

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVIII – N. 72 OTTOBRE-DICEMBRE 2009

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** La calda estate, il tiepido autunno e il freddo inverno della sanità
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia
Antonio Dal Canton, Mario Del Vecchio
- 39** Il Servizio Sanitario Militare
Federico Marmo, Valeria Rappini, Francesco Zavattaro
- 63** Spunti di riflessione sul management della sanità penitenziaria: il caso di «Rebibbia»
- Asl Roma B
Massimo Sargiacomo, Luca Ianni, Flori Degrassi, Antonio D'Urso

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 89** Analisi dei costi dell'assistenza domiciliare integrata: l'esperienza della Regione Calabria
Santo Ambrogio, Lara Gitto, Vittorio Mapelli, Giuseppe Sobbrivo
- 105** Misurare i servizi sanitari e socio-sanitari per un utilizzo efficiente delle risorse disponibili
M. Annicchiarico, A. Protonotari, I. Castaldini, G. Cavazza, L. Grazia, A. Renopi
- 123** Public eProcurement: definire, misurare e ottimizzare i benefici
Francesco Gardenal
- 141** Governare la qualità e l'economicità dei processi: il caso dell'Area veterinaria dell'Asl di Milano
Walter Locatelli, Piero Frazzi, Andrea Leonardi
- 159** Il federalismo sanitario e la contabilizzazione della spesa sanitaria nei bilanci regionali. Risultati di un'analisi empirica
Pina Puntillo

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 175** Novità bibliografiche
- 180** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

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 Barretta

Antonio Botti

Pier Luigi Catalfo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Corrado Cuccurullo

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

Mariafrancesca Sicilia

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

MECOSAN (MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA)



Aims & scope della Rivista

Rivista accreditata AIDEA

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale leader in Italia nel campo della gestione delle aziende sanitarie. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli.

Per realizzare la sua missione la rivista accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento importante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, consulenti e operatori.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese.

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
20136 Milano - Via Röntgen, 1
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, art. 1, c. 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, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

La calda estate, il tiepido autunno e il freddo inverno della sanità

ELIO BORGONOVÌ

Il 2009 sarà probabilmente ricordato come l'anno della «calda estate, del tiepido autunno e del freddo inverno» della sanità. Calda estate non tanto per la temperatura torrida, almeno nel nostro Paese, e per le sue inevitabili conseguenze negative su anziani e altri soggetti debilitati da malattie, ma per una serie di eventi del nostro Paese e a livello mondiale. Sparito dai media per alcune settimane per non deprimere ulteriormente un settore turistico già fortemente condizionato in negativo dalla crisi economica, il tema dell'influenza A H1N1 è ritornato sulle prime pagine alla fine di agosto, per restarvi in settembre e ottobre e poi sparire, pressoché definitivamente alla fine di novembre, ricomparendo a gennaio 2010 per la questione «vaccini inutilizzati». Infatti, l'allarme suscitato si è rivelato infondato poiché solo poche centinaia di migliaia di persone hanno accettato di vaccinarsi e gran parte dei vaccini prodotti è rimasta inutilizzata, anche se pagata dal Ssn.

Tiepido autunno, quindi, per la campagna a favore della vaccinazione, salvo per il Sottosegretario (ora Ministro) della sanità chiamato per varie settimane a spiegare la non pericolosità dell'influenza, meno aggressiva di quella stagionale, e al tempo stesso a suggerire la vaccinazione.

Freddo inverno se si considerano 24 milioni di dosi acquistate dall'Italia, 94 dalla Francia, 50 dalla Germania, 130 della Gran Bretagna, 51 del Canada rimaste largamente inutilizzate a causa della bassa percentuale di popolazione vaccinatasi. A gennaio 2010 ha avuto inizio la corsa alla «rivendita» o «svendita» del vaccino a Paesi nei quali l'epidemia dell'influenza è ancora diffusa (Ucraina, Egitto e soprattutto Cina) con rilevanti perdite per le finanze pubbliche.

L'estate 2009 della sanità è stata particolarmente calda anche a seguito di molteplici casi di «malasanità» e di morti causate da «disfunzioni e inefficienze», presunte o reali che siano, come accerteranno la magistratura e le varie commissioni di inchiesta regionali e ministeriali. Si tratta di eventi che vengono portati periodicamente all'attenzione dell'opinione pubblica, più frequenti in alcune Regioni specialmente del Sud i cui sistemi di tutela della salute sono considerati da tempo di bassa qualità. L'estate è stata calda perché i casi di presunta o reale malasanità si sono intrecciati con la questione dei «piani di rientro» concordati con il Governo dalle Regioni che presentavano elevati disavanzi.

Va sottolineato, peraltro, che anche nelle Regioni che si collocano nella parte bassa della graduatoria dei livelli di efficacia ed efficienza e che presentano elevata mobilità esterna e alti deficit sono presenti alcune strutture di eccellenza e che casi di malasanità si sono manifestati anche in Regioni considerate eccellenti.

Nella calda estate 2009 sono finite sotto i riflettori dei media e dell'opinione pubblica alcune Regioni nelle quali sono aperte «partite emblematiche» e profondamente diverse sul fronte della riorganizzazione e del risanamento.

In Sicilia è stato evitato il commissariamento in quanto la Regione, dopo una dura battaglia combattuta sul piano tecnico-organizzativo e ancor più su quello politico, ha approvato un coraggioso e innovativo Piano di riorganizzazione e di razionalizzazione che incide profon-

E
L
A
L
E
R
I
A
L
E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

damente sul sistema di interessi consolidati nel tempo attorno alla sanità. Un piano che ha attuato la riduzione delle aziende sanitarie da 29 a 17, decisione operativa da settembre, con la nomina dei nuovi Direttori generali secondo criteri che presentano una forte discontinuità rispetto al passato e che sono finalizzati a ridurre lo spazio per interferenze della politica sulla gestione. Il Piano prevede anche la «riconversione» in presidi assistenziali sul territorio, per lungodegenti, per l'assistenza agli anziani, di ospedali non idonei per le limitate dimensioni o per altri motivi strutturali a svolgere adeguatamente la funzione di assistenza per acuti. È corretto, e merita di essere evidenziato, usare il termine «riconversione» e non quello di «chiusura» come invece è stato denunciato nelle ricorrenti cronache di alcuni tragici eventi che hanno reso calda l'estate della sanità siciliana. Infatti, il Piano introduce un modello di organizzazione regionale basato sul concetto di «rete di strutture e di servizi» che dovrebbe, e dovrà garantire, una volta realizzata, la sicurezza dei pazienti, ossia l'erogazione di prestazioni compatibili con la dotazione di personale qualificato, di attrezzature e di altre condizioni in ognuna delle strutture. Il Piano ha le potenzialità per garantire un uso più razionale delle risorse finanziarie e un più elevato livello di produttività della spesa insieme a una migliore assistenza. Il concetto di ospedale «sotto casa», ma che non può dare garanzie sul piano della qualità dell'assistenza e della sicurezza per i pazienti, viene sostituito dal concetto di «servizi capillarmente distribuiti sul territorio», cui devono poter accedere con rapidità i pazienti secondo la complessità dei problemi di salute: servizi di pronto intervento, compreso un 118 funzionante, che dovranno prestare le prime cure, valutare la gravità delle condizioni del paziente ed eventualmente indirizzarlo altrettanto celermente a strutture attrezzate per l'assistenza di livello più complesso.

Tuttavia, a ricordare le difficoltà dei processi di cambiamento ci ha pensato uno dei casi portati agli onori, si fa per dire, della cronaca estiva nazionale, quello dell'ospedale di Mazzarino, che non è stato in grado di dare assistenza a un giovane, vittima di un incidente stradale, purtroppo in seguito deceduto durante il trasporto all'ospedale di Caltanissetta. Il luttuoso evento, oltre a creare il dolore di familiari e parenti, ha suscitato vivaci proteste della popolazione durante le quali è apparso un cartello che recitava «Questo è il primo morto della riforma voluta dall'Assessore». Coloro che hanno scritto questo cartello avrebbero reso un migliore servizio a se stessi e alla comunità del distretto in cui è inserito l'ospedale, se avessero scritto «Questo è il primo morto che si sarebbe potuto evitare se il Piano dell'Assessore fosse stato approvato sei mesi o un anno prima». Se ciò fosse avvenuto, probabilmente ad agosto 2009 l'ambulanza (o meglio l'eliambulanza) avrebbe portato immediatamente il ragazzo vittima dell'incidente in un ospedale attrezzato dove si sarebbe potuto salvare.

Se va compresa la reazione dettata dal dolore di parenti e amici, è probabile che nel coro delle proteste si siano inseriti coloro che hanno lo scopo di difendere interessi e privilegi consolidati che nulla hanno a che fare con la difesa del diritto dei siciliani alla tutela della salute. Far leva sul dolore reale per ostacolare o tentare di bloccare il cambiamento che colpisce interessi particolari, privilegi, sprechi e interessi illeciti è un classico comportamento evidenziato dalle teorie e da molte ricerche empiriche. Non può sorprendere che ciò sia accaduto nella patria del «Gattopardo», nella quale i piani di riorganizzazione formale del passato, che hanno lasciato quasi tutto inalterato, sono stati di gran lunga preferiti all'attuale piano che, se attuato, inciderebbe in modo strutturale e profondo sulla capacità del sistema di rispondere ai bisogni reali di salute, ma anche sull'intreccio di interessi consolidati tra gruppi di potere.

Alla calda estate ha fatto seguito un tiepido autunno, per quanto può esserlo un periodo di cambiamento strutturale, nel quale il confronto-scontro tra forze favorevoli e contrarie al rinnovamento non è stato meno duro, ma si è realizzato in modo più sotterraneo. Il gelido inverno sulla riforma sanitaria regionale è cominciato con la crisi politica e la formazione, a inizio gennaio 2010, di una giunta di minoranza con una forte presenza di «tecnici», soluzione atipica nel contesto istituzionale, dato che richiede il sostegno dell'assemblea su singoli provvedimenti con la creazione di maggioranze ad assetto variabile.

Molto diverso è il caso della Regione Calabria, nella quale gli eventi di «malasanità» (sempre presunti o reali) sono stati pure numerosi nella calda estate del 2009 e, purtroppo, si sono ripetuti nell'autunno e nell'inverno. Per questa Regione è stato concordato con il (o imposto dal) Governo un «piano di rientro» che, tuttavia, non si è tradotto in un organico piano di riorganizzazione e ristrutturazione del sistema di offerta regionale. È auspicabile, anche se ciò rattrista chiunque si richiami al buon senso e abbia un minimo di rispetto delle persone, che le «morti evitabili» attraverso un sistema più efficiente (la considerazione vale per la Calabria, ma anche per le altre Regioni in cui si sono manifestati eventi simili) possano tradursi in uno stimolo forte a rompere quell'intreccio di interessi, spesso illeciti e malavitosi, che finora hanno prevalso sulla volontà di coloro che desiderano un reale cambiamento. Auspicio difficile da realizzare nella Regione che ha visto l'assassinio dell'Assessore Fortugno che aveva denunciato la situazione di illegalità che ruota attorno al sistema sanitario. Se lo shock provocato nella popolazione calabrese, oltre che nell'opinione pubblica nazionale, da quelle «morti inspiegabili e assurde» servisse a dare forza e sostegno ai processi di razionalizzazione del sistema, si potrebbe dire che «dal sangue degli innocenti sarà scaturita una speranza per il futuro». È quanto emerge anche dalle parole di genitori e parenti di alcuni dei pazienti deceduti nella calda estate 2009. Ciò non si è ancora avverato poiché, mentre in Sicilia alla «campagna di primavera» (approvazione della riorganizzazione) ha fatto seguito una «controffensiva di estate» (di coloro che vogliono mantenere lo status quo), si può rilevare che per la Calabria il trauma umano e sociale di una tragica estate di morti nei luoghi che hanno la funzione di tutelare la vita non ha prodotto una «campagna di autunno» caratterizzata da efficaci e coraggiose politiche capaci di affrontare e cominciare a sciogliere i nodi profondi delle disfunzioni.

L'autunno è stato «tiepido» sul piano del cambiamento e l'inverno è stato rigido per una Regione che ha dovuto ridurre la spesa, ma non ha saputo, o potuto a causa di condizionamenti esterni, imboccare la via della modernizzazione della propria struttura di offerta.

Le altre Regioni commissariate o sottoposte alla procedura dei piani di rientro con riguardo ai livelli di spesa (Lazio, Campania, Abruzzo, Molise) hanno vissuto una estate apparentemente meno calda sul piano della esposizione mediatica della sanità, anche se in alcune di esse non sono mancati casi di malasanità o di assistenza inadeguata, nonché proteste per la chiusura di alcuni ospedali (ad esempio il San Giacomo di Roma), il ridimensionamento di altri, la scarsità dei finanziamenti. In alcune di esse il clima della sanità si è surriscaldato in autunno per i fatti esterni alla sanità, come nel Lazio a seguito della vicenda del Governatore Marrazzo che era anche Commissario per l'attuazione del piano di rientro, o per una accelerazione interna, come in Campania con la nomina di un Vicecommissario cui è stato attribuito il compito di attuare interventi più incisivi. Il vero freddo, non meteorologico, per queste Regioni e anche per le altre che fino al 2009 avevano i conti «abbastanza in equilibrio», è forse arrivato con l'approvazione della legge finanziaria per il 2010. È vero che essa ha recepito il «Patto per la salute» stipulato tra le Regioni e lo Stato con i relativi aumenti degli stanziamenti per il triennio 2010-2012, ma con questa manovra sono stati resi più rigidi i vincoli di spesa. Si può anche ritenere che, sul piano generale e della compatibilità economica del Paese, la manovra sia stata necessaria e possa spingere tutte le Regioni, e specialmente quelle con deficit strutturale più elevato, a recuperare efficienza, ma non si può negare che vincoli rigidi imposti a un sistema sanitario che spende meno della media OCSE (2.700 dollari circa contro 3.000) rappresentano un «vento freddo» per tutti con il rischio della riduzione dei livelli effettivi di assistenza. Il riconoscimento di 106,2 miliardi di euro per la spesa sanitaria del 2010, accompagnato tuttavia da politiche di contenimento di cassa e dal «congelamento» delle procedure di pignoramento e di riscossione coatta da parte dei creditori del Ssn, ha alimentato un vento freddo di inverno che metterà a dura prova le Regioni, quelle giudicate inefficienti e quelle ritenute virtuose, ma anche imprese e istituzioni finanziarie che operano nel settore.

L'estate del 2009 è stata calda, anzi caldissima, anche all'estero, specie negli Stati Uniti dove sarà ricordata come l'estate dello scontro sulla «riforma sanitaria» voluta dal Presidente Obama. Una riforma che cerca di affrontare alcuni dei nodi più drammatici del sistema di tutela della salute del Paese. Poco meno di cinquanta milioni di cittadini privi di assicurazione privata o dell'assistenza garantita dai principali programmi pubblici (MEDICAID, MEDICARE, VETERAN e altri minori), numero in rapida crescita come conseguenza della crisi economica e dell'aumento della disoccupazione cui è associata la perdita della copertura assicurativa aziendale, indicatori di salute che collocano il più ricco e potente Paese del mondo in posizioni assai basse nelle classifiche dell'Organizzazione mondiale della sanità e di altri organismi internazionali, circa l'80% di cittadini che si dichiarano «insoddisfatti» della qualità dei servizi ricevuti sono numeri che il Presidente Obama ha citato centinaia di volte a sostegno del proprio progetto. Fanno poi riflettere i risultati di una indagine condotta nel 2004 secondo cui più di un terzo degli oltre seimila intervistati dichiarava di «aver dovuto rinunciare a cure essenziali per motivi economici» (percentuale oggi probabilmente più alta). A ciò si aggiunga il fatto che una spesa globale pari ormai al 16.5% del Prodotto interno lordo e «costi amministrativi» pari a oltre il 25% della spesa totale e che stanno salendo rapidamente avvicinandosi al 30%, sono insostenibili anche sul piano economico e contribuiscono a ridurre la competitività delle imprese statunitensi.

L'esigenza di modificare il sistema per introdurre una copertura generalizzata ha fatto breccia anche nella società USA, ma proprio nell'estate del 2009, di fronte a un preciso progetto di legge, essa ha dimostrato di essere ancora pervasa dal timore nei confronti dell'intervento pubblico. L'iniziale progetto del Presidente, che prevedeva la copertura generalizzata tramite assicurazioni obbligatorie offerte anche dagli stati (la ormai famosa public option), non solo ha suscitato la forte opposizione dei repubblicani, ma ha destato perplessità anche nel partito democratico e nell'opinione pubblica. La «campagna d'estate» contro la riforma sanitaria di Obama ha assunto subito toni forti con accuse al Presidente di voler mettere la salute dei cittadini «nelle mani di oscuri, e beceri, burocrati» o, addirittura, di proporre una riforma che istituiva «tribunali della morte, che decideranno se, e quali, pazienti avranno accesso alle cure», come recitava uno slogan di Sarah Pallin, ex candidata alla vicepresidenza per il partito repubblicano. Gli oppositori più strenui della riforma nell'estate 2009 hanno rappresentato Obama con le fattezze di Hitler e si sono attivati con spot sulle principali reti televisive per invitare gli americani ad aderire a comitati e associazioni contro il progetto di legge. Spot che hanno utilizzato motivazioni nobili, quali la tutela della libertà di scelta degli individui, ma che hanno agitato «fantasmi» ben radicati nella cultura americana quali la «pericolosità» che sarebbe connaturata a ogni intervento pubblico. Motivazioni, queste ultime, da giudicare incomprensibili e strumentali di fronte ai costi sostenuti dalla finanza pubblica che, nei mesi precedenti, aveva accettato il salvataggio di banche, assicurazioni, imprese del settore automobilistico e di altri settori colpiti dalla crisi provocata da una finanza speculativa e da una economia che si era sviluppata al di fuori di regole e controlli pubblici. La società USA aveva accettato come «male necessario» costi stimati in 1570 dollari per ogni cittadino, considerando i fondi utilizzati ad agosto 2009, ai quali si aggiungono 1000 miliardi di disavanzo pubblico previsti per ognuno dei dieci anni successivi. Motivazioni che fanno presa sull'opinione pubblica e nel mondo economico perché i costi per gli interventi anticrisi sono considerati necessari, di breve periodo e forse anche recuperabili, almeno in parte, se la ripresa consentirà al Tesoro di rimettere sul mercato le azioni acquisite in occasione dei salvataggi, mentre la maggiore spesa pubblica per l'assistenza sanitaria generalizzata è considerata strutturale e non recuperabile. Nel caso della spesa per la salute, pochi considerano la potenziale riduzione ottenibile con un sistema che darà più spazio alla prevenzione e alle cure extraospedaliere.

Le posizioni contrarie alla proposta di riforma sanitaria sono sostenute da tre forti gruppi d'interesse che esercitano la loro azione di lobbying nella società e nell'ambito del Congresso. Quella dei medici che temono un cambiamento che prevede l'introduzione di regole, di controlli e di valutazioni del loro operato. È forte il timore dei medici di perdere l'auto-

nomia professionale, aspetto che correttamente essi difendono, e l'autoreferenzialità, che invece è la faccia negativa dell'attuale sistema. La seconda lobby è costituita dalle imprese farmaceutiche, da quelle produttrici di tecnologie mediche e in generale dalle imprese che forniscono beni e servizi a ospedali, centri diagnostici e altre strutture assistenziali. Esse ritengono che interventi di razionalizzazione rispetto all'attuale situazione di frammentazione dell'offerta possa determinare una riduzione dei prezzi unitari di acquisto di farmaci, device, attrezzature sanitarie e di conseguenza dei loro ricavi e profitti. La terza lobby che ha contribuito a rendere calda l'estate della riforma Obama è quella delle assicurazioni private che temono i fondi pubblici, in quanto essi potrebbero diventare in futuro pericolosi concorrenti qualora riuscissero a garantire livelli di assistenza più elevati a costi più contenuti. Le assicurazioni private sono scese in campo contro la riforma segnalando il potenziale effetto «di distorsione della concorrenza» dovuto alla presenza di fondi assistenziali finanziati, almeno in parte, con denaro pubblico. Non è da escludere, tuttavia, che esse vogliano difendere rendite di posizione accumulate nel tempo e siano contrarie al possibile effetto «calmieratore» che potrebbe essere determinato dai fondi gestiti non con una logica di profitto ma nell'interesse generale.

Alla calda estate della sanità USA, in cui sono stati protagonisti i media e gli scontri diretti tra i protagonisti, ha fatto seguito un autunno «tiepido» solo nella forma, poiché il confronto-scontro si è spostato nelle ovattate aule della Camera dei Rappresentanti e del Senato dove si è svolta una intensa attività di ricerca di compromessi che ha portato, all'inizio dell'inverno, alla approvazione della riforma. Un inverno che per la sanità USA non è stato gelido, ma è servito per raccordare i due testi approvati dalla Camera e dal Senato. Una stagione che è servita per far germogliare definitivamente la pianticella di una riforma attesa da decenni da milioni di cittadini per i quali la tutela della salute non era un diritto.

In conclusione, si può sostenere che la calda estate, il tiepido autunno e il freddo inverno della sanità 2009 hanno messo in evidenza come le dinamiche di questo settore siano fortemente condizionate da tre principali fattori: la fiducia (o la mancanza di fiducia) tra i diversi soggetti, il potere collegato a interessi precostituiti, la cultura dei diversi contesti socio-economici, sintetizzabile nella questione meridionale nel nostro Paese e nella opposizione al presunto interventismo pubblico negli USA. La ricerca di un equilibrio tra questi fattori è condizione ineludibile per rendere efficaci i piani di rientro delle Regioni meno virtuose in Italia e per il definitivo decollo della riforma negli USA. Per cambiare la cultura e conseguire gli obiettivi desiderati, occorre esercitare il potere in maniera tale da conquistare la fiducia della popolazione con la quale è possibile battere le lobbies e abbattere gli interessi illeciti.

Annuario Sanità Italia 2010

Un peccato non averlo,
un privilegio possederlo!



L' Annuario Sanità Italia 2010 da ben 21 anni è:

- + il miglior partner di chi investe nella ricerca, nell'aggiornamento e nel progresso medico-scientifico
- + lo strumento di lavoro al servizio della professione medica
- + la soluzione completa e conveniente ad ogni esigenza dei professionisti della Sanità

Indispensabile e prezioso per

- + effettuare ricerche e consultazioni
- + svolgere analisi di mercato mirate e specifiche
- + realizzare operazioni di direct marketing
- + essere aggiornato sul quadro normativo di settore

www.annuariosanita.it

Tel +39 06.69380070

Periodicità: Annuale

Uscita: Marzo

Tiratura media: 10.000 copie

Formato: mm 170 x 240

Composizione opera: tre volumi

Prezzo di copertina: € 100,00

CD ROM: € 180,00*

CD ROM + cartaceo: € 100,00* + 100,00

*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

**EDITORIALE
PUBLIACI**

Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia

ANTONIO DAL CANTON, MARIO DEL VECCHIO

The diffusion of multidisciplinary departments as the main organizational units in hospitals; the changing status of health professions and nursing in particular; the needs for new forms of integration between hospitals and primary and secondary care; the pressure for outsourcing services are the main forces changing the perspectives for the development of medical specialties. The research explores some critical areas for the future of the professional community of nephrologists and analyzes three different strategic options that can cope with the increasing demand for nephrological services, on the one hand, and the expected shortage of nephrologists in the near future, on the other. The article suggests a strategy based on a strengthening of the scientific position of the discipline, the devolution to other professions and/or organizations of non core activities, the diffusion of network forms of organizing.

Keywords: nephrology; professional communities strategy; medical and health professions demography

Parole chiave: nefrologia; strategia delle comunità professionali; demografia dei medici e delle professioni sanitarie

Note sugli autori

Antonio Dal Canton è professore ordinario di nefrologia all'Università di Pavia e presidente Sin
Mario Del Vecchio è professore associato di Economia aziendale presso l'Università di Firenze e Direttore Master in Management Sanitario dell'Università Bocconi di Milano

Attribuzione

L'articolo è frutto del lavoro congiunto e paritario dei due Autori, che ringraziano Carlo De Pietro, Elena Rebora, Alessandra Susi e Valeria Tozzi per il contributo di ricerca su cui è stata sviluppata la riflessione

1. I presupposti di una ricerca

Ciò che viene di seguito presentato sono i risultati di una ricerca che il Cergas (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria) dell'Università Bocconi e il Cusas (Centro universitario di studi sull'amministrazione sanitaria) della Facoltà di medicina dell'Università di Firenze hanno condotto in collaborazione con la Società italiana di nefrologia (Sin) sulle prospettive di sviluppo della specialità nel nostro Paese.

Il tema di come una comunità professionale in campo medico possa guardare al proprio futuro in relazione all'evoluzione di variabili diverse da quelle che tradizionalmente ne orientano i comportamenti è di indubbio interesse. L'appartenenza a una specialità è, infatti, un elemento di primaria importanza nel definire orientamenti e comportamenti dei medici. Per la maggior parte della categoria essa non solo costituisce il tratto identitario prevalente – la cui importanza è testimoniata da una costante tensione alla difesa e al rafforzamento dell'identità stessa attraverso la ricerca di forme sempre più incisive di istituzionalizzazione –, ma connota anche l'ambito nel quale si svolge la parte più rilevante della propria vita lavorativa, essendo le organizzazioni sanitarie strutturate tipicamente in unità organizzative che riflettono la partizione disciplinare dei saperi.¹

A fronte dell'importanza che la specialità riveste per l'insieme degli individui che ne fanno parte, tale ambito è raramente assunto come dimensione rispetto alla quale svolgere una riflessione esplicita e condivisa su possibili corsi di azione. In altri termini, è possibile osservare come le comunità professionali che si creano in relazione alle singole specialità sperimentino oggettive difficoltà a esprimere vere e proprie strategie di sviluppo che tengano conto di quanto avviene non so-

SOMMARIO

1. I presupposti di una ricerca
2. Impianto logico e organizzazione dello studio
3. L'analisi delle variabili rilevanti
4. Prospettive strategiche per la nefrologia
5. Alcune criticità realizzative

lo sul terreno strettamente scientifico-professionale, ma anche su quello organizzativo e gestionale, cioè del sistema sanitario e delle organizzazioni che in esso operano.

Le ragioni di tali difficoltà sono molteplici e, per quanto qui ci interessa, è importante segnalarne almeno una relativa a una tendenziale separazione tra i due terreni appena menzionati. Così, mentre nella dimensione dell'agire concreto della singola unità o del singolo professionista, il terreno gestionale – e quindi, ad esempio, le questioni attinenti al perseguimento delle condizioni organizzative più favorevoli per lo sviluppo delle proprie attività – è oggetto di un insieme di riflessioni e di azioni preordinate in vista del conseguimento di un fine, nella dimensione collettiva, della comunità professionale nel suo insieme, questo non avviene. Si tende, infatti, a considerare le condizioni organizzative per lo sviluppo come una variabile esogena o subordinata a scelte che vengono effettuate con esclusivo riguardo a dinamiche relative al sapere disciplinare e alle sue potenziali applicazioni ai bisogni della popolazione. Dal punto di vista della comunità professionale come soggetto collettivo, lo sviluppo della disciplina nel sistema e nelle organizzazioni non è, né può essere, un elemento problematico. Esso è, infatti, il risultato, non intenzionalmente ricercato, dell'intreccio, da una parte, tra l'agire di una forza impersonale quale è la dinamica della popolazione e dei suoi bisogni e, dall'altra, le scelte sui sentieri di sviluppo scientifico e tecnologico da privilegiare; scelte, queste, realizzate sulla base delle potenzialità percepite in termini di risultati attesi sulla salute, ma anche di posizionamento della disciplina in relazione alle altre.

È bene sottolineare come quella che può apparire come una sottovalutazione dell'ambiente gestionale e organizzativo nelle strategie degli attori collettivi può avere avuto una sua «buona ragione» nell'effettiva assenza di problemi su tale fronte. Se le condizioni prevalenti sono state per lungo tempo tali da assicurare un sostanziale adeguamento dell'ambiente gestionale e organizzativo alle dinamiche delle variabili epidemiologiche e alle scelte di posizionamento disciplinare, in altri termini, se i tassi di sviluppo nel sistema non trovavano ostacoli significativi nel siste-

ma stesso, ogni problematizzazione sarebbe stata, evidentemente, inutile.

Che cosa ha dunque spinto la società scientifica nella quale si riconoscono i nefrologi italiani e un gruppo di ricercatori a strutturare una riflessione sulle prospettive di sviluppo della nefrologia assumendo il sistema sanitario in alcune sue dinamiche rilevanti come ambiente prioritario di riferimento? Come spesso accade, più che di una diagnosi definita si è trattato di un insieme di elementi, i quali, però, convergevano nel segnalare possibili discontinuità sulla dimensione gestionale e organizzativa, mettendo così in discussione uno dei presupposti impliciti nel modello che aveva guidato lo sviluppo della specialità. Molti di questi elementi sono comuni all'intero mondo medico, pur prendendo una specifica configurazione per la nefrologia, altri sono tipici della specialità. In sintesi, è opportuno richiamarne almeno quattro.

1.1. La dipartimentalizzazione

Nella maggior parte delle aziende sanitarie pubbliche del nostro Paese, la tradizionale forma di organizzazione delle attività ospedaliere basata sulla centralità di unità operative definite su base specialistica (le divisioni) sta subendo una profonda trasformazione con l'emergere di un nuovo livello organizzativo e gestionale rappresentato dal dipartimento (Cicchetti, 2002; Carbone, Lega, Salvatore, Tozzi, 2007). Al di là di un giudizio sull'effettivo stato di avanzamento di un processo che si è finora dimostrato piuttosto laborioso, la tendenza, così come i suoi presupposti, sembra essere sufficientemente definita. Limitandosi ai soli temi dell'efficienza, è evidente come la pressione sulle risorse spinga tutte le organizzazioni al superamento della frammentazione interna e alla ricerca di condizioni di migliore operatività attraverso l'utilizzo sempre più condiviso di risorse sempre più scarse. L'abbattimento dei confini tra le divisioni – che in alcuni casi può arrivare fino all'organizzazione per intensità di cura nella quale le diverse *équipe* mediche condividono la medesima «piattaforma assistenziale» – modifica profondamente, e non solo a livello micro, lo scenario entro il quale si collocano le dinamiche che caratterizzano le diverse specialità.

In termini più immediati, è lo stesso concetto di divisione come soggetto, ma soprattutto oggetto dei processi di sviluppo che tende a perdere di significato a favore di una organizzazione basata, per la componente medica, su insiemi di professionisti che possono essere sì aggregati sulla base della specialità di riferimento, ma che possono anche trovare criteri di aggregazione profondamente diversi. Sul piano delle attività tale evoluzione potrebbe, poi, spostare su un terreno più esplicito e, al tempo stesso, intensificare i fenomeni, già oggi in parte presenti, di competizione tra le diverse specialità su tipologie di pazienti o patologie.

Guardando agli effetti di più lungo periodo, un punto centrale da considerare è che la dipartimentalizzazione spezza il tradizionale legame tra partizione disciplinare dei saperi e struttura organizzativa e l'importanza di tale legame non deve essere sottovalutata. Non si tratta solo dell'influenza esercitata finora da quanto avviene sul piano scientifico sulla concreta realtà delle organizzazioni, per cui ad ogni nuova prospettiva di intervento che la disciplina riusciva ad aprire corrispondevano nuove e maggiori potenzialità di sviluppo per le corrispondenti unità organizzative, ma anche dell'influenza in direzione inversa. Ciò che avveniva all'interno delle unità operative, ciò che esse erano effettivamente in grado di fare contribuiva a sua volta a definire confini e contenuti della disciplina. In questa prospettiva, si tratterà di vedere se, e come, sopravvivranno le varie attuali forme di istituzionalizzazione delle separazioni tra i diversi campi del sapere medico.

1.2. L'emergere delle professioni sanitarie

Storicamente, quella medica è stata la professione largamente dominante in campo sanitario e tale dominanza si è sempre rispecchiata sia nella distribuzione dei ruoli all'interno dei processi operativi, sia nella struttura delle responsabilità, formalizzata a livello organizzativo e gestionale. L'emergere e il consolidarsi – prima in termini di contenuti e poi attraverso i riconoscimenti formali garantiti dai percorsi di studio – di altre famiglie professionali mette ora in discussione gli assetti tradizionali (Giarelli, Venneri, 2009). In particolare, l'evoluzione della componente infermieristica, che

per numerosità e «contiguità» allo spazio di azione dei medici rappresenta la variabile di riferimento, può modificare profondamente il ruolo assegnato a questi ultimi, alterando così le «regole del gioco» che hanno governato i processi di crescita e di sviluppo delle diverse componenti all'interno delle organizzazioni sanitarie. È bene sottolineare come, nella prospettiva della componente medica, l'alterazione in questione non debba essere considerata soltanto in termini di riduzione dello spazio potenziale, ma possa anche essere fonte di nuove opportunità e, comunque, distribuendosi minacce e opportunità derivanti da un rafforzato *status* professionale per gli infermieri diversamente rispetto alle diverse specialità, ne altera in ogni caso gli equilibri relativi.

1.3. L'integrazione ospedale-territorio

I rapporti tra i due maggiori contesti organizzativi nei quali l'assistenza viene praticata sono, almeno dalla nascita del Ssn, oggetto di molte analisi e conseguenti interventi, spesso tesi a riequilibrare quello che viene considerato come un peso eccessivo della componente ospedaliera nel complessivo sistema di offerta. Il compito non si è dimostrato, finora, semplice, anche per via delle attese e degli interessi dei principali attori coinvolti – collettività servite comprese – tuttavia, un insieme di elementi sembra avere mutato il quadro complessivo, rendendo difficile alle aziende sanitarie eludere il tema. In un quadro di invecchiamento della popolazione e di aumento della cronicità, per citare un esempio, l'appropriatezza delle prestazioni nei diversi contesti di fruizione diventa, infatti, una variabile-chiave per garantire una sostenibilità economica sempre più difficile da perseguire (Barretta, 2009). In questa prospettiva, per ogni disciplina si pone il problema di come organizzare al proprio interno le relazioni tra ospedale e territorio e, in particolare, di come venga modificato il ruolo del «presidio disciplinare» più forte, tradizionalmente rappresentato dall'ospedale.

1.4. La diffusione delle pratiche di *outsourcing*

Una delle assunzioni implicite nei quadri di riferimento per l'azione, utilizzati da mol-

te delle famiglie professionali nel definire le proprie strategie, è un certo grado di monopolio nell'erogazione dei servizi. Così, viene dato per scontato che ogni incremento nel bisogno e/o domanda cui consegua un adeguamento nella capacità di offerta non possa che produrre un aumento delle risorse assegnate alle corrispondenti unità operative. In altri termini, l'affidamento all'esterno è stato sempre considerato una eccezione che poteva essenzialmente interessare i servizi non sanitari, mentre quelli sanitari – rappresentando il *core* delle attività ed essendo considerati per definizione come non standardizzabili – dovevano rimanere saldamente ancorati all'opzione *make* (opposta all'opzione *buy*). L'idea che le attività implicanti atti medici dovessero necessariamente essere organizzate direttamente dalle aziende sanitarie pubbliche sta vistosamente declinando e, anche in questo campo, si fa strada la concezione per cui molti processi produttivi, compresi quelli considerati *core*, possono essere affidati a organizzazioni specializzate, spesso considerate più efficienti, e i loro *output* riconnessi in un servizio unitario (Macinati, 2008).

Se tale tendenza tocca molte specialità, imponendo loro un ripensamento sul ruolo che, accanto all'efficacia, gioca l'efficienza operativa come condizione fondamentale per garantirsi lo sviluppo, nel caso della nefrologia essa appare di particolare importanza. Considerando, infatti, la spinta alla diffusione e allo sviluppo delle unità operative di nefrologia che negli ultimi decenni è venuta dalla dialisi, emerge chiaramente un rischio. Una crescente standardizzabilità delle attività operative connesse alla dialisi e l'entità delle risorse economiche correlate, fanno di tale servizio un candidato di particolare interesse per l'esternalizzazione, con riflessi certamente non secondari sulle prospettive di tutta la nefrologia. È bene chiarire che non si tratta qui di entrare nel merito e prendere posizione su un fenomeno in parte già in atto, quanto di segnalarne l'esistenza e valutarne le possibili conseguenze.

2. Impianto logico e organizzazione dello studio

Le quattro tendenze appena descritte hanno rappresentato il punto di partenza di una

riflessione critica su quella che, retrospettivamente, può essere considerata come una vera e propria «strategia» che ha guidato lo sviluppo della nefrologia nel sistema. Si tratta di una strategia in quanto, sulla base di alcune assunzioni sugli ambienti di riferimento, in parte implicite e in parte esplicite, e di uno schema interpretativo delle dinamiche prevalenti, è rintracciabile un modello di comportamento condiviso dalla comunità professionale, coerente rispetto sia ai presupposti, sia alle finalità perseguite di crescita della specialità nei singoli contesti e nel sistema nel suo complesso. Tale strategia, di carattere tanto generale da potere essere condivisa dalla maggior parte delle famiglie professionali mediche, si basa essenzialmente su una stretta connessione tra espansione del campo potenziale di intervento e crescita della specialità.

Se per ogni disciplina il campo potenziale è dato dall'insieme di individui e condizioni rispetto ai quali gli specifici saperi e tecniche possono essere utilmente impiegati, esso è stato – ed è – in continua espansione in ragione delle dinamiche demografiche, da una parte, e dei progressi scientifici e tecnologici, dall'altra. A partire da questa constatazione, nella strategia tradizionale le variabili da presidiare e sulle quali intervenire – in assenza di altri vincoli – sono quelle che rappresentano per la disciplina una sorta di «moltiplicatore per unità di bisogno». Da questo punto di vista, un'area di intervento tipico, spesso interamente delegata alla disciplina stessa, è costituita dagli standard di qualità i cui miglioramenti, in termini di copertura dei bisogni o di intensità di risposta alla domanda, sono tradizionalmente stati un vettore rilevante di crescita.

La percezione che i presupposti della strategia finora adottata possano non essere più utilizzabili nel futuro ha imposto una esplicitazione, e contestuale rivisitazione, del modello logico di riferimento, iniziando a prendere atto che i legami tra espansione del campo potenziale e processi di crescita non potevano più essere dati per scontati. Nel sorreggere questo cambiamento di prospettiva, ha giovato una breve analisi preliminare del «posizionamento competitivo» della nefrologia riguardo alle attività di ricovero, condotta sulla base delle schede di dimissione ospedaliera del 2005 e del 2006 rese di-

sponibili dal Ministero della salute attraverso il Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS).

Limitandosi per brevità al 2006 (per il 2005 l'analisi è, in larga parte, sovrapponibile), la **tabella 1** mostra nella prima colonna il totale dei ricoveri (ordinari e DH) per Drg effettuati nel 2006 dalle unità operative afferenti alla nefrologia, mentre la seconda e la terza colonna mostrano rispettivamente la quota percentuale di ogni Drg sul totale della produzione e la cumulata corrispondente a ogni Drg, essendo questi collocati in ordine decrescente di apporto alla produzione totale. Questa prima fotografia ci consegna l'immagine di ciò che fanno le nefrologie e quale sia il loro grado di «specializzazione produttiva». Emerge un quadro nel quale un solo Drg (316-insufficienza renale) copre circa il 40% di tutta la produzione e i successivi quattro si collocano tra il 4 e il 9%, coprendo tutti insieme circa il 60%. A parte questi primi cinque Drg, il resto della produ-

zione appare disperso e frammentato (si veda la **figura 1**).

La seconda parte della stessa tabella 1 considera le attività delle nefrologie da un'altra prospettiva. Per i medesimi Drg presi in considerazione nelle prime tre colonne, viene evidenziata la produzione attribuibile a unità operative non nefrologiche, avendo preventivamente selezionato le sole strutture dove la nefrologia è presente. Si tratta, quindi, di pazienti che, in termini e nei limiti della classificazione Drg, avrebbero potuto teoricamente ricoverarsi in un reparto nefrologico, effettivamente presente nella struttura, ma sono stati trattati da un'altra specialità. Così la quarta colonna mostra, per i Drg considerati, il totale della produzione assicurata dalle specialità non nefrologiche nelle strutture dove la nefrologia è presente e sono di conseguenza calcolabili (quinta e sesta colonna) le rispettive «quote di mercato». Come emerge in maniera più evidente dalle **figure 2 e 3**, molta della produzione

Tabella 1

Attività nefrologica dedotta dalle dimissioni dei reparti di nefrologia a confronto con le altre discipline
Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

Dimessi (SDO 2006)	LE NEFROLOGIE (disc.29-48-54-77)			ALTRE DISCIPLINE	QUOTE DI MERCATO		TOTALE N.
	N.	%	Σ %		Nefrologie	Altre discipline	
316 - Insufficienza renale	57,735	40.3%	40.3%	18,573	75.7%	24.3%	76,308
332 - Altre dia. rene e vie urinarie, età > 17 senza CC	10,100	7.1%	47.4%	12,517	44.7%	55.3%	22,625
315 - Altri int. su rene e vie urinarie	9,122	6.4%	53.8%	3,372	73.0%	27.0%	12,494
134 - Ipertensione	6,571	4.6%	58.4%	53,377	11.0%	89.0%	59,948
333 - Altre dia. rene e vie urinarie, età < 18	5,719	4.0%	62.4%	11,705	32.8%	67.2%	17,424
331 - Altre dia. rene e vie urinarie, età > 17 con CC	3,919	2.7%	65.1%	4,680	45.6%	54.4%	8,599
317 - Ricovero per dialisi renale	2,674	1.9%	67.0%	283	90.4%	9.6%	2,957
324 - Calcolosi urinaria senza CC	2,205	1.5%	68.5%	28,216	7.2%	92.8%	30,421
120 - Altri int. su app. circolatorio	2,153	1.5%	70.0%	4,460	32.6%	67.4%	6,613
321 - Infezioni rene e vie urinarie, età > 17 senza CC	2,065	1.4%	71.4%	13,063	13.7%	86.3%	15,128
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1,663	1.2%	72.6%	84,896	1.9%	98.1%	86,559
326 - Segni, sintomi rene e vie urinarie, età > 17 senza CC	1,324	0.9%	73.5%	9,377	12.4%	87.6%	10,701
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1,303	0.9%	74.4%	116,961	1.1%	98.9%	118,264
144 - Altre dia. app. circolatorio con CC	1,286	0.9%	75.3%	20,695	5.9%	94.1%	21,981
416 - Setticiemia, età > 17	1,205	0.8%	76.2%	17,043	6.6%	93.4%	18,248
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia (ESWL)	1,045	0.7%	76.9%	35,736	2.8%	97.2%	36,781
322 - Infezioni rene e vie urinarie, età < 18	1,026	0.7%	77.6%	8,836	10.4%	89.6%	9,862
395 - Anomalie dei globuli rossi, età > 17	1,014	0.7%	78.3%	50,112	2.0%	98.0%	51,126
302 - Trapianto renale	984	0.7%	79.0%	564	63.6%	36.4%	1,548
478 - Altri int. vascolari con CC	918	0.6%	79.7%	11,363	7.5%	92.5%	12,281
Altri (in totale sono 445)	29,098	20.3%	100.0%				
TOTALE	143,137	100%					619,868

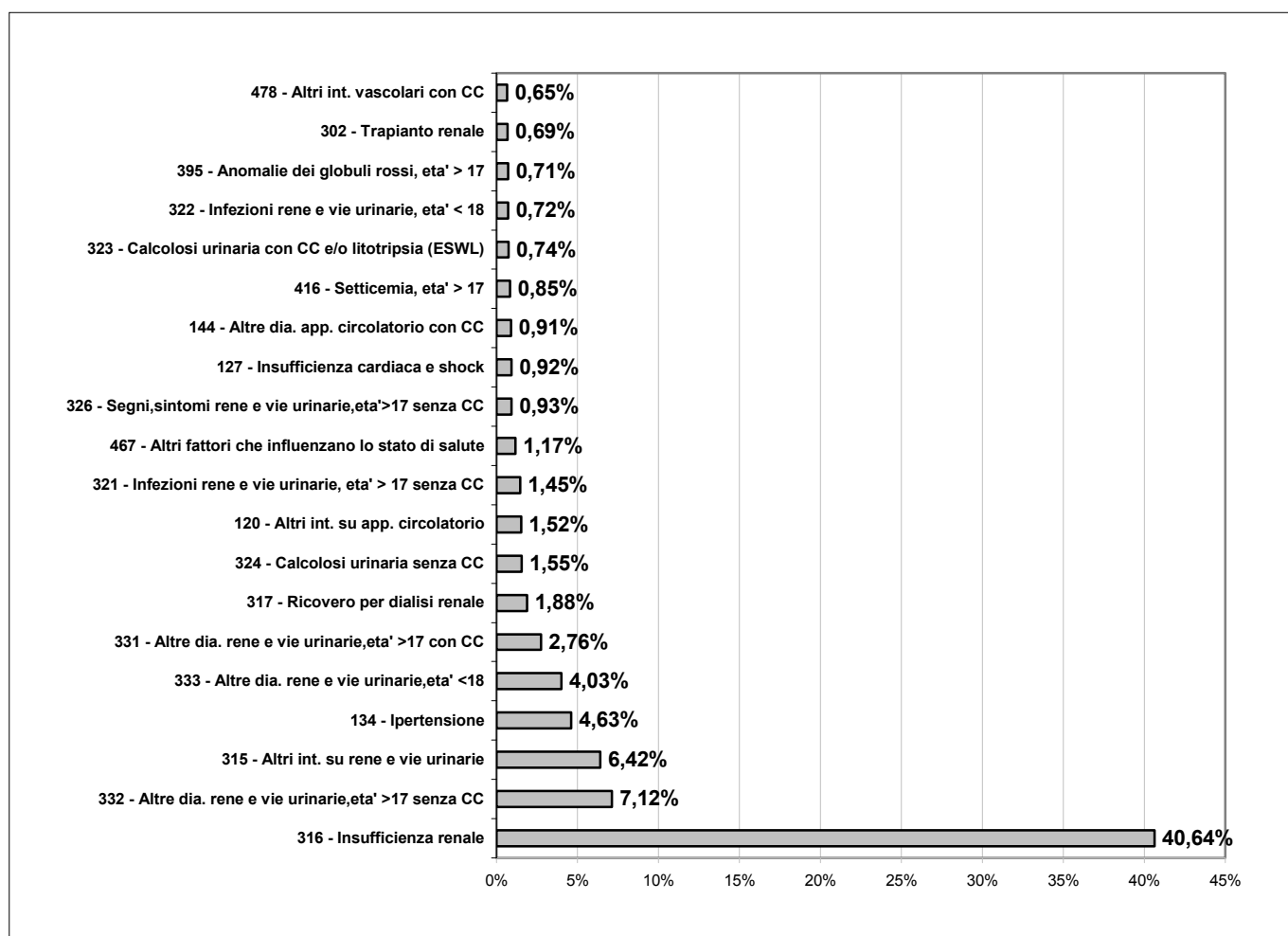


Figura 1

Attività nefrologica dedotta dalle dimissioni dei reparti di nefrologia in Italia

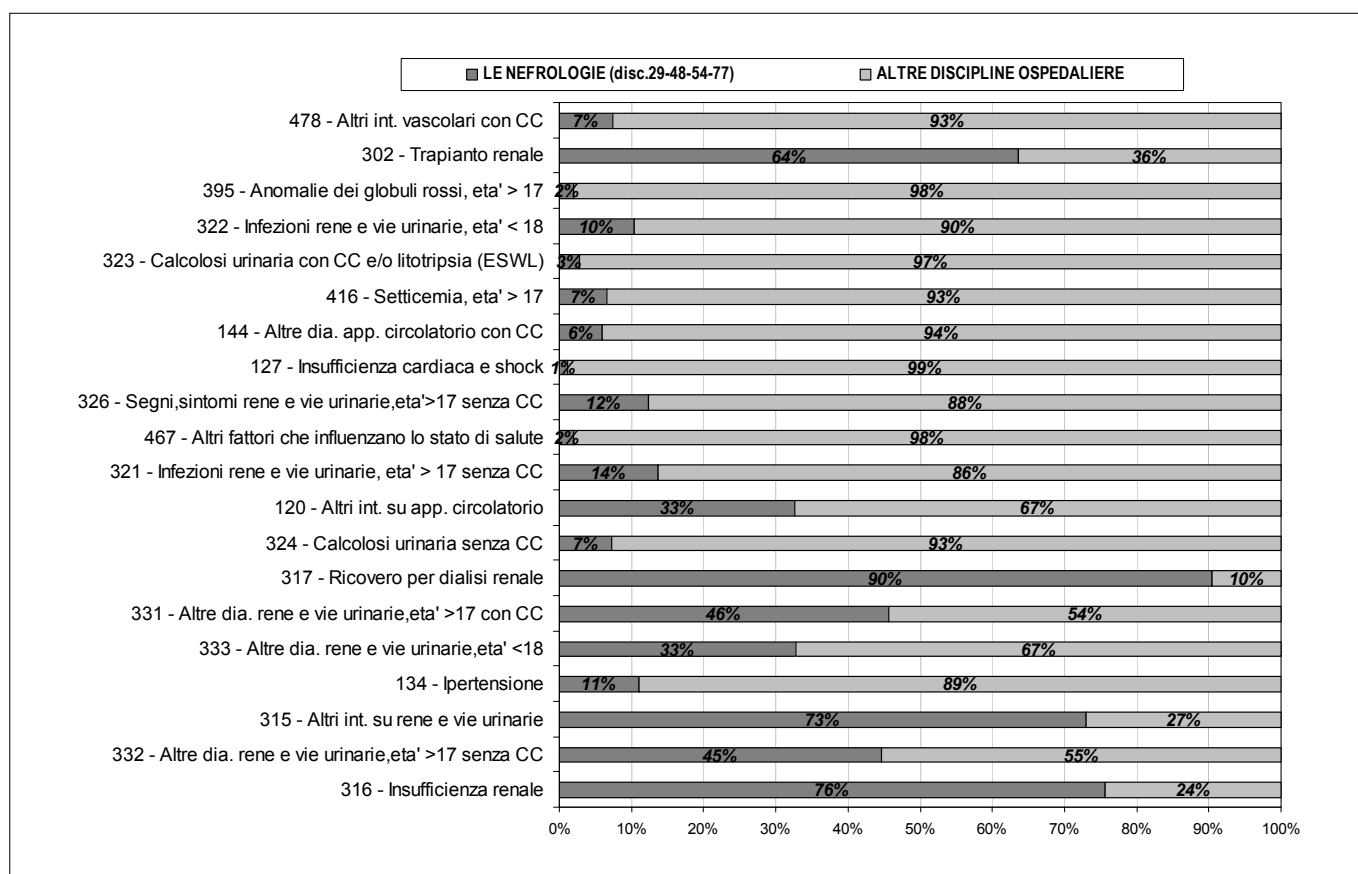
Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

che caratterizza le nefrologie viene dimesa anche da altre specialità, la medicina *in primis*. Le due dimensioni di analisi - quella interna della «specializzazione produttiva» e quella esterna della «attrazione competitiva» - possono essere congiunte in una classica matrice strategica che tendenzialmente individua quattro insiemi di Drg cui è possibile applicare specifici schemi di ragionamento (si veda la **figura 4**).

Esula dagli scopi di questo articolo una analisi e una discussione approfondita dei dati presentati, ciò che qui interessa è come una riflessione nei termini appena indicati contribuisca a modificare radicalmente il modo di guardare al campo potenziale nelle sue relazioni con la crescita della disciplina.

Consideriamo, ad esempio, una possibile connotazione del campo attraverso l'utilizzo di due variabili: da una parte, i livelli di

insufficienza renale rispetto ai quali è utile/desiderabile l'intervento e, dall'altra, il tipo di quadro generale nel quale si presenta la patologia nefrologica che può andare da un contesto di monopatia/acuzie a quello di una pluripatia/cronicità (i due termini nei binomi non sono evidentemente coincidenti, ma indicano una comune direzione evolutiva). Le variabili proposte possono essere considerate sufficientemente rappresentative delle due dimensioni, più volte citate, dei progressi scientifici e tecnologici - i livelli di insufficienza rispetto ai quali può essere utile intervenire progressivamente si abbassano - e delle dinamiche demografiche - l'invecchiamento della popolazione contribuisce ad aumentare la domanda correlata alle patologie plurime e alla cronicità - variabili che contribuiscono a spiegare la continua crescita del campo potenziale. Ciò che modifica la



prospettiva tradizionale non è quindi la crescita delle opportunità, che come minimo rimane inalterata, ma il fatto che nella lettura del campo potenziale irrompono altri attori, le altre specialità, di cui bisogna tenere adeguatamente conto (si veda la **figura 5**). Si tratta di attori che da sempre sono stati presenti, ma che rimanevano sullo sfondo fino a quando i confini delle diverse unità operative sono stati sufficientemente garantiti. Le nuove tendenze indeboliscono i confini tra le diverse specialità e rendono problematico il rapporto tra potenzialità di espansione presenti nell'ambiente e opportunità effettive di crescita della specialità. Così, come mostra la figura 5, la nuova lettura prende atto del ruolo che le altre discipline possono esercitare, non solo nell'area di maggiore espansione rappresentata tipicamente dal paziente anziano e pluripatologico, ma anche in quella dell'acuzie specifica (patologie indiscutibilmente nefrologiche che sfuggono alle nefrologie) o del trapianto (dove si registra un rapporto dialettico e variabile con le chirurgie).

In termini più generali e astratti, l'analisi della produzione che dovrebbe rappresentare quella di riferimento per la nefrologia (i Drg che ne caratterizzano l'attività) e la «scoperta» che il soddisfacimento di tale domanda potenziale è condiviso con altre specialità conduce a una prima, importante innovazione nel modo di guardare al problema della crescita della specialità.

Il «sapere nefrologico» definisce un campo potenziale di intervento, ma le modalità di traduzione di tale sapere in attività concrete e risorse destinate a sorreggerle sono varie e oggetto di dinamiche non sempre controllabili dalla comunità dei nefrologi. Così, accanto a situazioni di intervento tendenzialmente esclusivo del nefrologo, esiste una area crescente di interazione tra specialità diverse, area nella quale il «governo strategico» del paziente può essere realmente condiviso o, molto più spesso, vedere la prevalenza di una specialità (non sempre la nefrologia) in posizione dominante e le altre collocate in funzione di supporto e consulen-

Figura 2

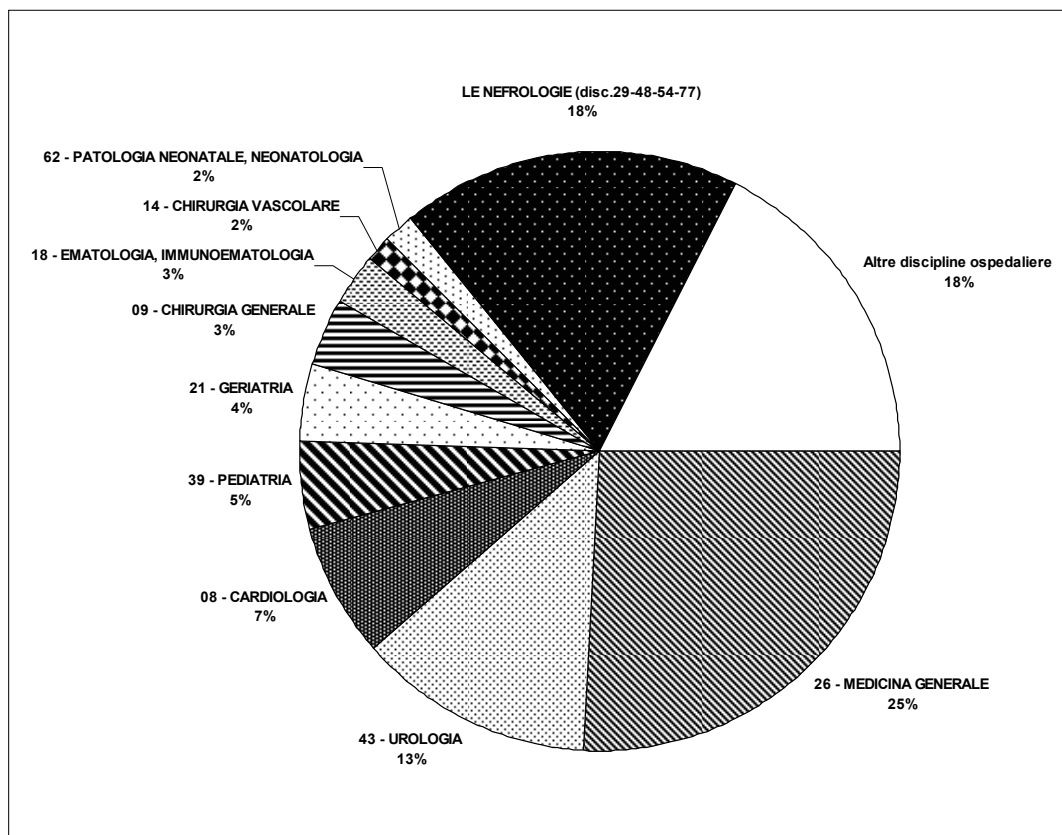
Quote di mercato della nefrologia per i Drg di sua competenza

Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

Figura 3

Quota di mercato della nefrologia e delle altre discipline

Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

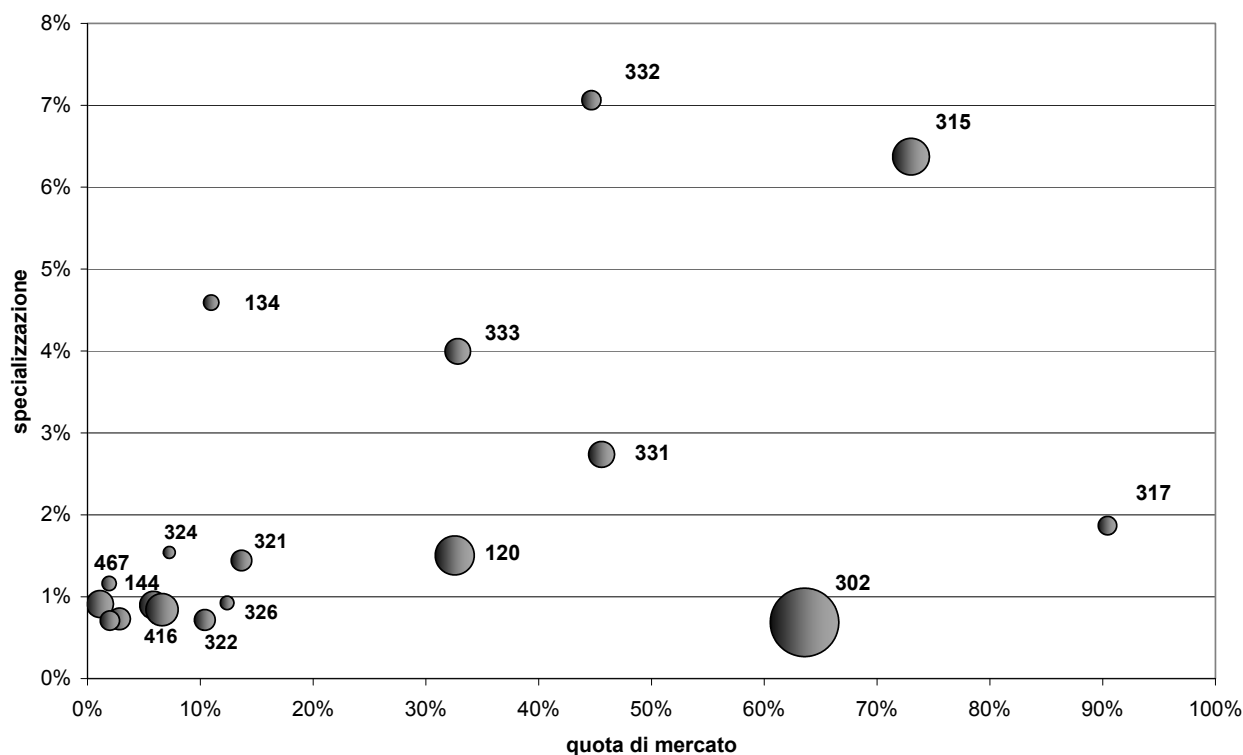


za. In alcuni contesti assistenziali, come ad esempio l'assistenza primaria, le competenze nefrologiche possono essere poi, addirittura, trasferite – e le responsabilità demandate – ad altri professionisti come i medici di medicina generale. I riflessi per la comunità dei nefrologi conseguenti all'espansione delle potenzialità legate ai «bisogni nefrologici» vengono, quindi, mediati dalle relazioni di collaborazione e concorrenza che la specialità è in grado di instaurare rispetto alle altre.

La configurazione specifica di tali relazioni dipende, come già precedentemente accennato, da ciò che concretamente accade non solo nel campo dei saperi – e quindi rispetto alla capacità di ogni matrice disciplinare di trovare risposte più efficaci di altre ai bisogni di salute dell'umanità –, ma anche e soprattutto nelle organizzazioni e nei sistemi nei quali i saperi stessi vengono applicati. In questa prospettiva, ed è un secondo elemento di innovazione rispetto alla visione tradizionale, nella fase di selezione delle aree di sviluppo ogni tentativo di governo delle dinamiche della disciplina deve

superare il riferimento pressoché esclusivo a ciò che si ritiene utile e desiderabile, per arrivare a considerare la difendibilità o meno delle aree prescelte rispetto all'arena inevitabilmente competitiva rappresentata dagli specifici contesti organizzativi e di sistema. Non può essere, inoltre, sottovalutato come, mentre sul terreno del sapere la possibilità di «tenere il campo» dipende dalle capacità di esprimere eccellenze, nelle organizzazioni e nei sistemi è l'intera comunità professionale che è chiamata a confrontarsi. La scelta delle aree sulle quali concentrare l'attenzione non potrà, quindi, non tenere conto delle effettive competenze presenti tra tutti i nefrologi e della loro distribuzione.

La nuova visione qui delineata, condivisa tra i ricercatori e la Sin nei suoi organi istituzionali, ha ispirato una struttura di ricerca volta a raccogliere un insieme di elementi variegati che potessero rappresentare la base per un quadro di riferimento entro il quale collocare le prospettive di sviluppo della nefrologia nel nostro Paese. È bene sottolineare che per la natura del soggetto



- 332 - Altre dia. rene e vie urinarie, età > 17 senza CC
 315 - Altri int. Su rene e vie urinarie
 134 - Ipertensione
 333 - Altre dia. rene e vie urinarie, età < 18
 331 - Altre dia. rene e vie urinarie, età > 17 con CC
 317 - Ricovero per dialisi renale
 324 - Calcolosi urinaria senza CC
 321 - Infezioni rene e vie urinarie, età > 17 senza CC
 120 - Altri int. su app. circolatorio
 416 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute
 326 - Segni, sintomi rene e vie urinarie, età > 17 senza CC
 144 - Altre dia. app. circolatorio con CC
 322 - Infezioni rene e vie urinarie, età < 18
 302 - Trapianto renale

Il Drg 316 (*outlier* con valori 0,75 e 0,40) è stato escluso dalla matrice per avere un dettaglio più chiaro dei Drg immediatamente successivi che si riportano in matrice

considerato – una comunità professionale e, quindi, un insieme di soggetti autonomi «debolmente connessi» – e del risultato che si è inteso conseguire – un quadro di riferimento per l’azione rispetto a una strategia accuratamente e pienamente definita – l’enfasi è stata posta su una condivisione dei presupposti per l’azione e la generazione di uno schema che

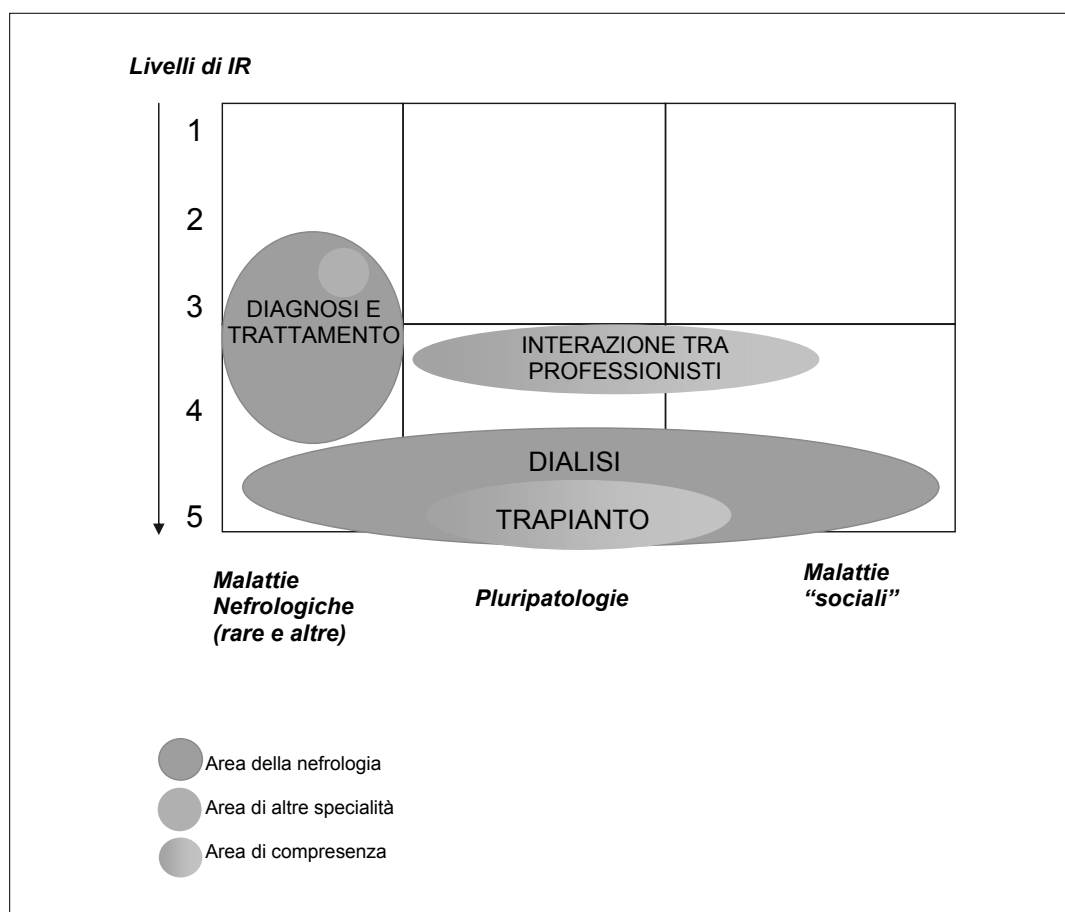
potesse risultare compatibile con le variabili prese in considerazione. In altri termini, da una parte, sono stati esplicitati e analizzati una serie di elementi ritenuti rilevanti per lo sviluppo della disciplina, con l’idea che un loro apprezzamento condiviso produca di per sé un allineamento dei comportamenti e, dall’altra, è stata individuata una prospettiva

Figura 4
 Matrice delle quote di mercato e di specializzazione della nefrologia
 Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

Figura 5

Livelli di severit  della malattia renale cronica e ipotesi di posizionamento attuale

Fonte: elaborazioni CERGAS (2009)



che, se non deriva direttamente e necessariamente dall'analisi, ha con questa elevati gradi di coerenza.

3. L'analisi delle variabili rilevanti

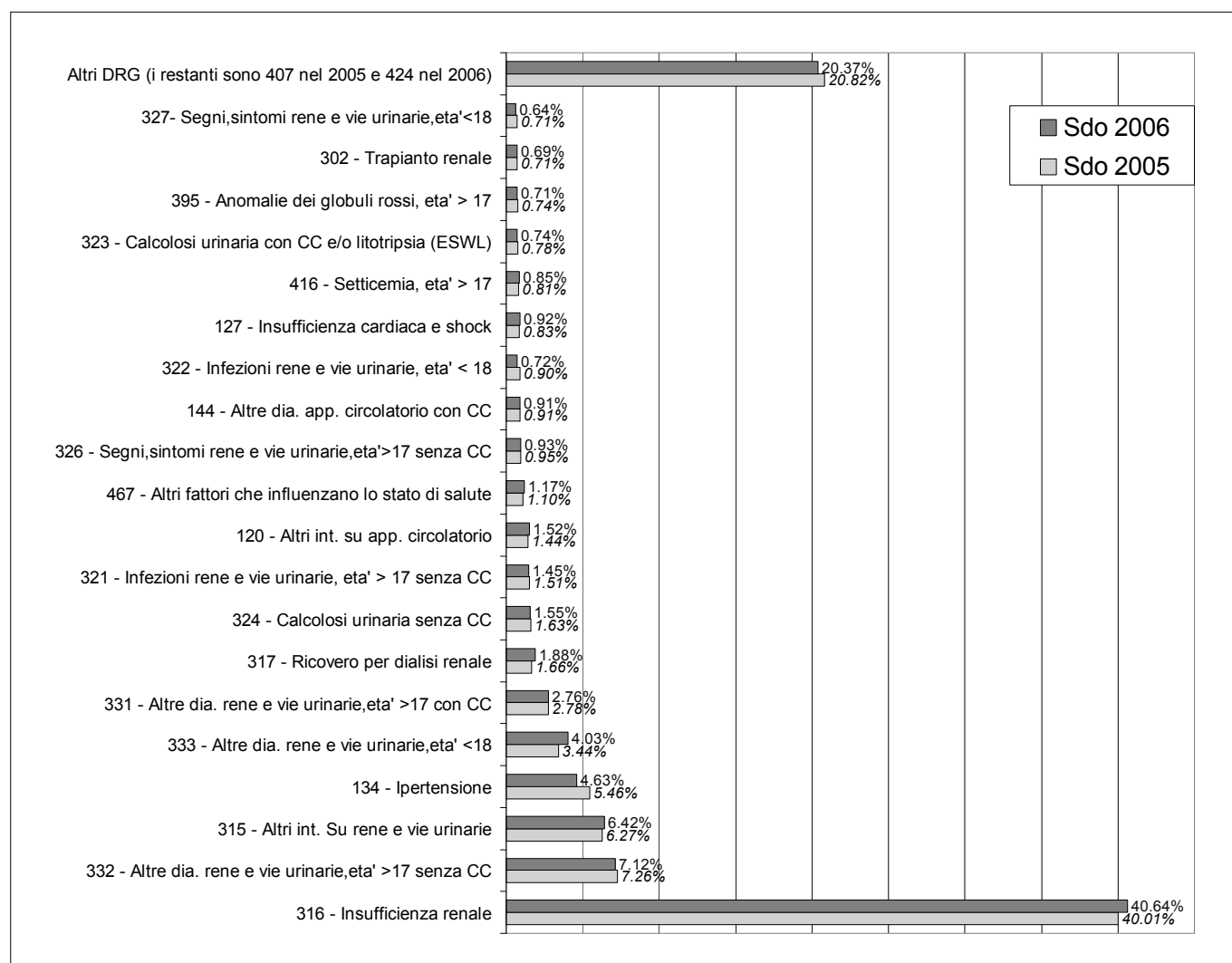
Il tentativo di creare le condizioni affin  la comunit  dei nefrologi possa trovare punti di orientamento comuni in grado di guidarne le scelte ha avuto come momento fondamentale una analisi di alcune dinamiche dell'ambiente, compresi alcuni attori collettivi di particolare rilievo. Come si   detto, il contributo di tali analisi deve essere considerato sia in relazione alla condivisione di una comune «descrizione del mondo», la cui variabilit  all'interno della stessa comunit  professionale impedisce un naturale allineamento dei comportamenti, sia come riferimento per valutare l'opportunit  di alcuni corsi di azione rispetto ad altri. Da questo punto di vista, le analisi hanno offerto stimoli e definito i vin-

coli per l'identificazione delle prospettive di azione.

Gli elementi presi in esame, che vengono di seguito sinteticamente presentati,² attengono sia all'ambiente propriamente detto come, ad esempio, l'analisi della nefrologia nei Piani sanitari regionali o il punto di vista sulla disciplina di attori quali i direttori generali o le associazioni dei pazienti, sia a fenomeni che investono direttamente la nefrologia come, ad esempio, la demografia della professione e le percezioni e opinioni dei nefrologi.

3.1. La produzione ospedaliera delle nefrologie

Come   stato precedentemente accennato, una prima attivit  di ricerca ha riguardato, sulla base del *database* nazionale Sdo 2005 e 2006, la produzione ospedaliera delle nefrologie, individuando tra le circa 150.000



dimissioni (tendenzialmente stabili nel biennio) delle discipline nefrologiche (nefrologia, emodialisi, nefrologia pediatrica) nelle strutture ospedaliere pubbliche presenti sul territorio nazionale i Drg più frequenti (si veda la **figura 6**).

La casistica risultante mostra una certa frammentazione: dopo i primi quattro Drg, tra i quali il Drg 316 (Insufficienza renale) rappresenta da solo il 40% delle dimissioni, il resto è composto da circa 450 Drg, dei quali più di 400 rappresentano meno dell'1% dell'attività.

È possibile ipotizzare che tale distribuzione sia, da un lato, il frutto di una inadeguatezza della classificazione italiana la quale potrebbe non essere in grado di descrivere

accuratamente la casistica nefrologica. In tal senso si giustificerebbe in parte la polarizzazione sul Drg 316, la frammentazione della produzione su Drg spesso non tipicamente nefrologici. Dall'altro, si può ritenere che sia il risultato di un posizionamento «ampio» della disciplina, che si ritiene vocata a trattare utilmente un insieme particolarmente esteso di patologie, indipendentemente da una tradizionale e stretta collocazione disciplinare delle patologie stesse. A favore di tale interpretazione potrebbe giocare la sostanziale accettazione da parte dei nefrologi coinvolti di quanto veniva emergendo, in termini di ampiezza della casistica trattata, e gli accenti che essi ponevano sulla natura «multidisciplinare» dei pazienti nefrologici.

Figura 6
Attività nefrologica ospedaliera a confronto per il biennio 2005-2006
Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

Anche assumendo come ipotesi più probabile una combinazione delle due possibili spiegazioni, rimane comunque il problema di come rafforzare la riconoscibilità della nefrologia nella unica forma di rappresentazione oggi utilizzata nel contesto del nostro sistema. Quanto più il sistema dei Drg verrà impiegato, anche a livello macro, per formulare giudizi e assumere decisioni, tanto più sarà, infatti, importante offrire un quadro di ciò che la nefrologia rappresenta, non solo veritiero, ma anche facilmente decifrabile. Ciò comporta la necessità di intervenire in almeno due direzioni: da un lato, una maggiore focalizzazione che individui meglio un'area di competenze e di patologie considerate centrali per la disciplina, dall'altro, una qualche forma di intervento sui sistemi e le pratiche di codifica affinché ciò che risulta sia in grado di descrivere meglio ciò che le nefrologie effettivamente fanno in ambito ospedaliero.

Se insieme alle caratteristiche della produzione nefrologica si analizza il posizionamento sui medesimi Drg della nefrologia rispetto alle altre discipline, emergono alcune criticità. Infatti, in prima approssimazione, le situazioni meno problematiche sono quelle caratterizzate da una correlazione diretta tra specializzazione e «quote di mercato»: la produzione delle nefrologie è concentrata sui Drg nei quali la nefrologia stessa occupa una posizione dominante rispetto alle altre discipline. In altri termini, ciò che le nefrologie fanno è ciò che l'ambiente riconosce loro come attività caratterizzante. Considerando la precedente figura 4, si osserva come tale correlazione non sia presente, esponendo la nefrologia a situazioni nelle quali alla rilevanza interna non corrispondono adeguate «quote di mercato» o viceversa. La problematicità viene poi acuita se nell'analisi interviene la dimensione economica rappresentata dalle diverse tariffe connesse agli specifici Drg (diametro delle bolle nella stessa figura 4).

3.2. L'analisi dei Piani sanitari regionali

Una seconda area di ricerca è stata dedicata alla mappatura della presenza e visibilità della nefrologia all'interno dei Piani sanitari regionali (Psr). In generale, analizzando tutti i Psr aggiornati al 2009, la nefrologia non appare rappresentare una specifica priorità,

anche se nel complesso i Piani stessi riservano una particolare attenzione alle malattie cronico-degenerative, rispetto alle quali la nefrologia non gioca certamente un ruolo secondario.

Analizzando nel dettaglio i Piani sono quindi state individuate diverse forme di intervento a seconda dello stato dell'arte dei progetti/programmi attuati o da attuare nel periodo di riferimento e i risultati sono sintetizzati nella **tabella 2**. La visibilità delle nefrologie nei Psr è stata valutata in relazione a tre livelli di copertura che danno un'idea sommaria, ma efficace di se e quanto la nefrologia è presa in considerazione tra le altre priorità di intervento. Vi è, infatti, una netta separazione tra le Regioni che: (i) citano in maniera specifica la nefrologia e gli interventi in atto o da attuare per potenziarne la capacità di risposta; (ii) menzionano in generale le malattie cronico-degenerative, segnalando la necessità di potenziare la rete di assistenza territoriale; (iii) non trattano della nefrologia in nessun modo, né diretto né indiretto.

La nefrologia è presa in diretta considerazione dai Psr di alcune delle maggiori Regioni italiane (Lombardia, Campania, Puglia, Toscana, Sardegna, Abruzzo e Umbria ne trattano in maniera mirata) che definiscono in maniera diversa gli ambiti di intervento per il potenziamento dell'assistenza, ma sposano la causa comune di contenere la prevalenza crescente della insufficienza renale cronica. Molte di queste Regioni identificano risorse dedicate alle Nefrologie, in particolare i posti-letto complessivi assegnati, e a volte, in particolare per le Regioni minori, scendono nel dettaglio assegnandoli struttura per struttura (Campania, Piemonte, Sardegna, Marche, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia e Provincia autonoma di Bolzano).

Tra le Regioni che trattano indirettamente la nefrologia, pur riconoscendo l'importante ruolo delle malattie cronico-degenerative nella gestione dei servizi sanitari e la conseguente necessaria loro riorganizzazione, vi sono Lazio, Piemonte, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Calabria, Provincia autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. A tale attenzione, però, non sono associati specifici interventi né risorse dedicate, segno di carenza della famosa «concretezza» che la legge nazionale e la genesi stessa dei Psr richiedono come condizione necessaria per l'esistenza

I Psr a confronto a febbraio 2009	La nefrologia è citata nell'ultimo piano disponibile	L'assistenza nefrologica è tra le priorità di intervento	Attuazione nuovi programmi dedicati	Potenziamento programmi dedicati già esistenti	Assegnazione risorse dedicate	Le reti nefrologiche
Lombardia	Sì, Psr 2007-2009	Sì , è essenziale il coinvolgimento di diverse professionalità e la messa in atto di programmi coordinati nella prevenzione delle nefropatie, vista la prevalenza crescente.		Sì , potenziando la messa in rete dei servizi regionali (Registro lombardo Dialisi e trapianto) sfruttando sinergie pubblico-privato.		Registro lombardo di Dialisi e trapianto
Campania	Sì, nel Piano regionale ospedaliero 2007-2009 (ultimo Psr 2002-2004)	Ni , sono riportate interessanti analisi sull'epidemiologia in Campania e sui dati di prevalenza crescente, anche se obsoleti (2002).	Ni , si ribadisce la necessità di aumentare l'offerta pubblica dei servizi dialitici e in generale di assistenza nefrologica (2007).		Sì , il piano assegna 15 PL a strutture complesse sia di Nefrologia con emodialisi e trapianto a elevata assistenza che di Nefrologia con emodialisi a media assistenza (2007).	
Lazio	No, non specificatamente (ultimo Psr 2002-2004, ancora in vigore)					
Sicilia	No (ultimo Psr 2000-2002)					
Veneto	No (ultimo Psr 1996-1998)					
Piemonte	No, non specificatamente (ultimo Psr 2007-2010)				Sì , come per ogni disciplina, in base ai tassi di ospedalizzazione, assegna alla Nefrologia un ridimensionamento complessivo regionale di 4 PL su 141 per la disciplina di Nefrologia e un aumento di 4 PL su 32 per la Nefrologia abilitata al trapianto.	

di una programmazione sanitaria regionale «motivata».

La nefrologia riveste, quindi, un ruolo non necessariamente secondario nella programmazione sanitaria regionale, anche se sovente viene inserita nel più ampio insieme delle malattie croniche gravi per le quali è necessario un dispiego di risorse superiore alla media. Esiste, dunque, un potenziale di intervento per la nefrologia nei Psr che non è stato sempre sfruttato, soprattutto in relazione alla capacità dei Piani di destinare risorse specifiche e di rappresentare un punto di riferimento per le strategie di sviluppo.

3.3. Le percezioni di alcuni attori rilevanti

Le informazioni analizzate in questa parte della ricerca sono state tratte dalle interviste condotte nei diversi approfondimenti effet-

tuati, come le analisi di caso, e sono spunti di tipo qualitativo, descrittivi del contesto di posizionamento della nefrologia in Italia. Sono utilizzabili come punti di vista, espressi da alcuni rappresentanti significativi dei diversi gruppi coinvolti nella ricerca, anche se sempre molto limitati rispetto alla popolazione complessiva. Non hanno, perciò, pretesa di rappresentatività, ma sono osservazioni utilizzabili come spunti utili a perfezionare l'approccio alla ricerca e alle linee di sviluppo per il futuro. Si è trattato quasi sempre di interviste, effettuate ai diversi ruoli che interagiscono con il lavoro del nefrologo, per alcuni ruoli di tipo semistrutturato, per altri libero.

In particolare, i punti di vista esaminati sono stati quelli di:

- Direttori generali di Aziende sanitarie

Tabella 2a

La matrice della nefrologia nei piani sanitari (Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia, Veneto, Piemonte) (febbraio 2009)

I Psr a confronto a febbraio 2009	La nefrologia è citata nell'ultimo piano disponibile	L'assistenza nefrologica è tra le priorità di intervento	Attuazione nuovi programmi dedicati	Potenziamento programmi dedicati già esistenti	Assegnazione risorse dedicate	Le reti nefrologiche
Puglia	Sì, Psr 2008-2010	Sì , dedica un paragrafo alla prevenzione delle malattie cronico degenerative.	Sì , l'organizzazione di una rete delle malattie renali che ricomprenda al suo interno una rete di dialisi, una di trapianti e una di assistenza per i neonati nefropatici.	Sì , particolare sensibilità per l'assistenza del paziente cronico e <i>focus</i> sulla riorganizzazione dei servizi territoriali di concerto con la rete ospedaliera, sviluppo dei servizi domiciliari e di garanzia di accesso universale ai servizi territoriali.		
Emilia Romagna	No, non specificatamente (ultimo Psr 2008-2010)					
Toscana	Sì, Psr 2008-2010	Ni , l'assistenza nefrologica è equiparata a quella oncologica nei livelli di assistenza e di cura per i nefropatici gravi.	Ni , vanno messi in atto interventi specifici per l'assistenza nefrologica, vanno create reti di assistenza domiciliare, serve in generale un'azione di potenziamento, ma non si specificano tempi, modi e risorse dedicate.			Coordinamenti regionali di Alta specialità (storico e consolidato quello di Nefrourologia)
Calabria	Ni, Psr 2002-2004	Ni , la nefrologia è considerata polo d'attrazione registrando bassi tassi di mobilità passiva se paragonata ad altre discipline.				
Sardegna	Sì, Psr 2006-2008	Ni , tra le priorità di intervento non compare l'assistenza nefrologica <i>tout court</i> anche se si dà comunque priorità al potenziamento dell'attività di trapianto e all' <i>expertise</i> per le malattie rare.		Sì , il piano assegna 51 PL alla Nefrologia abilitata al trapianto e 23 alla Nefrologia con emodialisi e trapianto ad alta intensità.		
Liguria	No, non specificatamente (ultimo Psr 2003-2005).					

Tabella 2b

La matrice della nefrologia nei piani sanitari (Puglia, Emilia Romagna, Toscana, Calabria, Sardegna, Liguria) (febbraio 2009)

locali e di Aziende ospedaliere anche universitarie;

- Medici di medicina generale;
- alcune altre specialità mediche;
- Infermieri;
- pazienti, attraverso un paio di associazioni, una primaria a livello nazionale, un'altra a livello regionale.

Per i Direttori generali (una quindicina di intervistati provenienti da varie parti d'Italia) nella interpretazione della specialità è determinante il ruolo della dialisi, mentre solo in un secondo momento vengono ricordati i trapianti o le malattie nefrologiche. Centrale nella visione dei Dg è il rapporto ospedale-territorio: in futuro bisognerà trovare un as-

setto più coerente rispetto sia alla domanda (che spinge verso un'anticipazione dell'intervento rispetto al momento dell'acuzie), sia alle esigenze di appropriatezza. Anche il tema dei costi è importante, alcuni Dg hanno realizzato azioni di razionalizzazione della spesa (omogeneizzazione, esternalizzazione e raggruppamento degli acquisti e dei magazzini, ad esempio) che hanno comportato risparmi.

Per quanto riguarda le altre specialità ospedaliere, le relazioni con la nefrologia sono emerse come molto solide, con una rappresentazione del ruolo del nefrologo come consulente esperto, chiamato, praticamente, da tutte le altre specialità. Le relazioni sono di due tipi. La prima riguarda la presa in ca-

I Psr a confronto a febbraio 2009	La nefrologia è citata nell'ultimo piano disponibile	L'assistenza nefrologica è tra le priorità di intervento	Attuazione nuovi programmi dedicati	Potenziamento programmi dedicati già esistenti	Assegnazione risorse dedicate	Le reti nefrologiche
Marche	No, non specificatamente (ultimo Psr 2007 2009)				Sì , conferma gli attuali saldi.	
Abruzzo	Sì, Psr 2008 2010	Ni , obiettivi prioritari sono 1 - la promozione delle attività di prevenzione e di diagnosi precoce delle nefropatie; 2 - la diffusione delle competenze nefrologiche nel territorio; 3 - la distribuzione omogenea delle unità operative di Nefrologia; 4 - il potenziamento delle attività di trapianto renale, ecc. (ma non si definiscono le misure concrete d'attuazione).	Ni , è necessario prevedere, entro il 2008, la definizione da parte della comunità nefrologica di 1 - percorsi assistenziali che prevedano il coinvolgimento del territorio; 2 - l'istituzione di un Programma di Nefrologia territoriale che funga da interfaccia tra i Medici di medicina generale e le Strutture ospedaliere.	Sì , verranno potenziate le attività di monitoraggio epidemiologico (Registro epidemiologico regionale di Dialisi e trapianto renale, Registro dell'insufficienza renale cronica).	Sì , prevede un adeguamento dei posti dialisi al numero crescente delle richieste con aumento al termine del prossimo triennio del 15% (aumento del 5% annuo) e il potenziamento delle risorse dialitiche per pazienti acuti e ad alta complessità assistenziale con la creazione di posti-letto dedicati (10-15% dei posti dialisi).	Rete nefrodialitica macro-ospedaliera Registro Abruzzo di Dialisi e trapianto
Friuli Venezia Giulia	Ni, Psr 2006-2008.				Ni , assegna la competenza dell'assistenza nefrologica a determinate strutture per ogni provincia.	
Umbria	Sì, Psr 2003-2005	Sì , si parla di lotta alle nefropatie con obiettivi esplicitati				
Basilicata	No (ultimo Psr 1997-1999)				Ni , assegnazione per l'anno 1999 di un Fondo sociale per nefropatici.	
Prov. Aut. di Trento	No (ultimo Psr 1998-2000)					

rico del paziente e implica interazioni con l'urologia, la diabetologia, l'infettivologia e la dermatologia, mentre per quanto riguarda il pre e post-trapianto, con la radiologia, le discipline chirurgiche in generale, la terapia intensiva e la rianimazione. La seconda forma di collaborazione, più spontanea, verte sulle collaborazioni scientifiche, che riguardano ematologia, cardiocirurgia e infettivologia, pneumologia, cardiologia ed endocrinologia. Dal punto di vista dell'attività di consulenza, è emerso un ruolo molto ampio per il nefrologo, utile a quasi tutte le specialità ospedaliere

(«noi andiamo dappertutto», nelle parole di un nefrologo ospedaliero). Alcuni esponenti di altre specialità confermano, inoltre, come il tema demografico dei medici e la crisi nei «numeri» dei nefrologi, approfondita in altra parte della ricerca, non sia un problema circoscritto alla sola nefrologia, ma sia comune anche ad altre specialità. Il riconoscimento di una carenza strutturale, quindi indipendente dai numeri della prevalenza della malattia renale, spinge, da questo punto di vista, verso la ricerca di soluzioni diverse dalla semplice richiesta di «posti in più» che, da sola, an-

Tabella 2c

La matrice della nefrologia nei Piani sanitari (Marche, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata, Provincia Autonoma di Trento) (febbraio 2009)

I Psr a confronto a febbraio 2009	La nefrologia è citata nell'ultimo piano disponibile	L'assistenza nefrologica è tra le priorità di intervento	Attuazione nuovi programmi dedicati	Potenziamento programmi dedicati già esistenti	Assegnazione risorse dedicate	Le reti nefrologiche
Prov. Aut. di Bolzano	Ni, Piano sanitario provinciale 2000-2002					Ni, ricognizione dei reparti, ambulatori e posizioni dirigenziali per ogni disciplina (compresa la Nefrologia). Previsione di un servizio di trasporti sanitari effettuati con mezzi non attrezzati dal punto di vista sanitario, ad esempio per malati nefrologici e oncologici, rispettivamente in terapia dialitica e radiante.
Molise	No (ultimo Psr 2004-2006)					
Valle d'Aosta	Ni, nel Piano regionale per la salute e il benessere sociale (2006-2008)					Ni, si parla delle particolarità e delle caratteristiche naturali che rendono la Regione Valle d'Aosta una tra le più frequentate mete turistiche che può, se accompagnata da adeguati servizi sanitari, rendere possibile agli amanti della montagna che necessitano di cure costanti un soggiorno comunque piacevole (...). Ne è un esempio il servizio dialitico offerto in periodo estivo a nefropatici cronici in villeggiatura.

Tabella 2d

La matrice della nefrologia nei Piani sanitari (Provincia autonoma di Bolzano, Marche, Valle d'Aosta) (febbraio 2009)

rebbe a confliggere con analoghe richieste avanzate dalle altre specialità.

Il punto di vista degli infermieri, tratto da interviste a referenti nazionali della professione, sottolinea come l'infermiere dedicato ad attività nefrologiche acquisisca solo con un lavoro sul campo le competenze necessarie e come tale percorso sia stato avviato da tempo dalla categoria, per cui la relazione con i nefrologi è considerata molto buona. L'evolvere delle competenze specifiche della professione infermieristica, il lavoro a contatto con i nefrologi e il contatto con il paziente sono cambiamenti rilevanti che anche i nefrologi riconoscono agli infermieri, così come riconoscono la necessità di un percorso formativo *ad hoc*, sia preliminare che sul campo. I percorsi di studio, avviati in qualche realtà, ancora non hanno ricevuto un riconoscimento formale, ma dal punto di vista del contributo alle attività di assistenza nefrologica, la visione degli infermieri e quella dei nefrologi è concorde nel considerare il loro apporto come molto efficace e di livello molto più elevato rispetto al passato.

Per quanto riguarda i pazienti, le due associazioni intervistate focalizzano l'attenzione, come era logico aspettarsi, sulla dialisi,

lasciando sullo sfondo gli altri campi di intervento della nefrologia. I pazienti, seppure con intensità diverse, sottolineano la centralità della relazione con il nefrologo. Questa, diversamente da ciò che avviene nella maggior parte delle altre specialità, si sviluppa tipicamente su orizzonti temporali estesi che si possono misurare in decenni. La relazione è continua, intensa e nel tempo tende, nelle intenzioni del paziente, a caratterizzare il nefrologo come il perno su cui sarebbe meglio riuscire a far ruotare tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie, anche afferenti altre specialità. Questo significherebbe, per il paziente dializzato, avere il proprio medico nefrologo come consulente in ogni situazione clinica, con un notevole impatto sulla domanda di tempo e di estensione delle competenze che viene posta al medico. Anche l'infermiere, come punto di riferimento del paziente dializzato, è centrale per tutto quello che è la quotidianità della dialisi, e l'attuale ripartizione di responsabilità tra medico e infermiere è stata valutata come molto positiva dalle associazioni dei pazienti intervistate. La conferma della necessità di trovare il modo di anticipare l'accesso alla specialità attraverso uno spostamento sul territorio, al

fine di ritardare il più possibile l'inizio della dialisi, è espressa in modo rilevante anche dai pazienti.

3.4. Le percezioni dei nefrologi

Al fine di cogliere la percezione interna dello stato della disciplina è stato somministrato a tutti i soci Sin, attraverso il sito *web* dell'associazione, un questionario sulle biografie professionali, sulle loro condizioni lavorative odierne e sulle comuni aspirazioni per il futuro della disciplina.

I rispondenti, circa 500, rappresentano approssimativamente un quarto dell'intera popolazione di riferimento. L'età media dei rispondenti è relativamente alta (solo il 15% dei rispondenti ha un'età inferiore ai 40 anni) e sembrerebbe rispecchiare la struttura per età della categoria e della classe medica in generale con riguardo ai soggetti «strutturati». Il dato desta, comunque, una certa sorpresa in quanto sarebbe stato lecito attendersi un maggiore tasso di partecipazione delle leve più giovani, considerati sia i temi toccati (il futuro della professione), sia il canale scelto (il *web*).

Riguardo alla collocazione nei nuovi dipartimenti, più della metà dei rispondenti dichiara di lavorare in un dipartimento di Medicina interna, anche se non sorprendentemente una buona percentuale (43%) preferirebbe lavorare in un eventuale dipartimento nefro-urologico. Dalle risposte emerge una certa consapevolezza dei processi di dipartimentalizzazione in atto, al punto che taluno lamenta una non sufficientemente estesa condivisione di risorse con altri reparti, ma, al tempo stesso, si avverte un oggettivo malessere, testimoniato dalla preferenza per un dipartimento, come quello nefro-urologico, che ricalca le logiche delle divisioni tradizionali.

Nelle percezioni dei partecipanti l'autonomia professionale non sembra essere particolarmente minacciata da vincoli professionali o gerarchici, mentre il maggior limite per l'autonomo svolgimento della propria professione è individuato, da più del 60% dei rispondenti, nella scarsità di personale medico e assistenziale. A fronte di tale scarsità, un eventuale *outsourcing* della dialisi, che potrebbe alleviare il problema, viene considerato negativamente dal 42% dei nefrologi.

I rapporti con i colleghi sembrano essere generalmente buoni. La figura degli infermieri è invece ritenuta centrale per l'ottimale svolgimento delle attività nefrologiche, infatti più del 60% del campione pensa che la loro professionalizzazione potrebbe qualificare ulteriormente l'assistenza nefrologica. Questo vale sia per l'attività di dialisi in senso stretto che per l'assistenza nefrologica nel suo insieme.

Per quanto riguarda la presa in carico del paziente nefropatico, sembra emergere una variabilità nelle pratiche cliniche, sia effettive che auspiccate, più ampia di quanto ci si potrebbe aspettare. Infatti, sebbene il 43% dei nefrologi segua direttamente il paziente a partire dal terzo stadio di IRC, resta una certa dispersione sugli altri stadi, con una maggiore propensione agli stadi primitivi della malattia, primo stadio (15%) e secondo (22%), delineando così una certa eterogeneità nelle pratiche cliniche (si veda la **figura 7**).

3.5. La demografia professionale

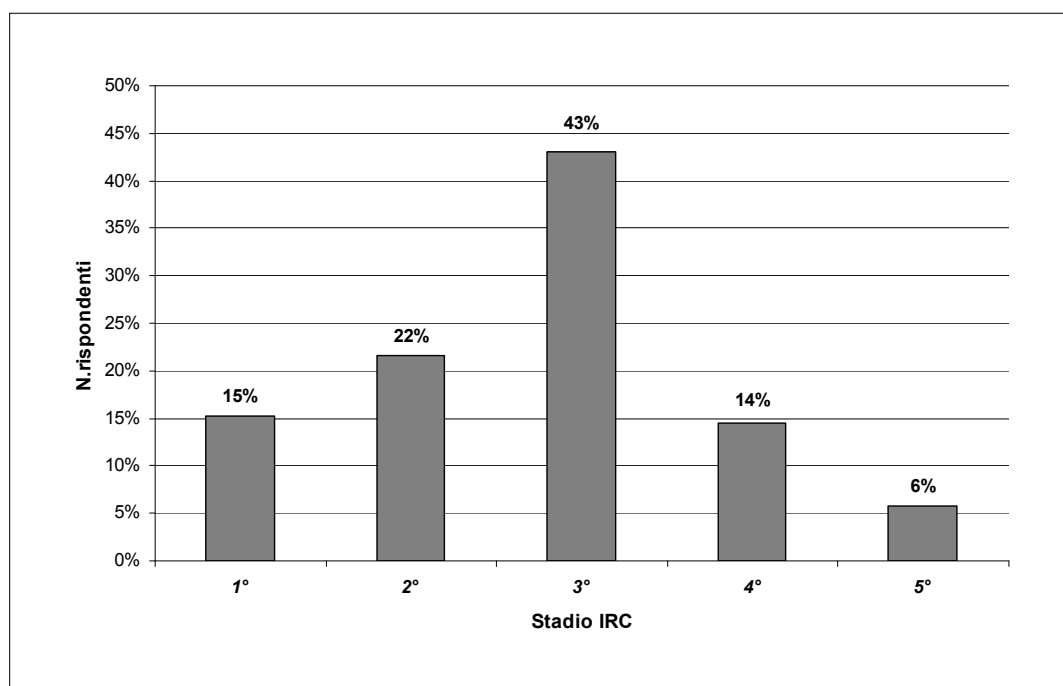
Qualunque ipotesi circa lo sviluppo della disciplina deve necessariamente tener conto della demografia professionale. In particolare, l'analisi svolta pone in evidenza tre fenomeni che stanno modificando strutturalmente l'offerta di nefrologi in Italia e cioè: la riduzione del loro numero assoluto, l'innalzamento dell'età e la femminilizzazione della disciplina. Si tratta di aspetti che più in generale stanno caratterizzando l'evoluzione della professione medica nel nostro Paese (De Pietro, 2009), ma che nel caso della nefrologia sono particolarmente acuti.

Negli ultimi anni, il numero medio di diplomati delle scuole di specializzazione in nefrologia si è mantenuto sotto le 100 unità, mettendo in crisi il rimpiazzo di coloro che finiscono di esercitare la professione (per pensionamento o per altre ragioni). Si tratta di una situazione condivisa anche da altre discipline, ma ciò non rende meno urgente il problema di trovare modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi diversi da quelle tradizionali. In parte la soluzione passerà attraverso una riorganizzazione interna alla disciplina, ad esempio verificando le ragioni delle ampie differenze tra Regioni o aziende nel numero di pazienti dializzati per medico. Con tutta probabilità tali soluzioni

Figura 7

Stadio della malattia renale cronica dal quale il nefrologo prende in carico esclusivo il paziente

Fonte: elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)



interne non saranno però sufficienti a risolvere il problema. In assenza di una decisa revisione del numero di posti nelle scuole di specialità – ipotesi che al momento appare poco realistica – la risposta ai bisogni clinici e assistenziali dovrà necessariamente passare per una nuova divisione del lavoro tra nefrologi, medici di medicina generale, altri specialisti e infermieri.

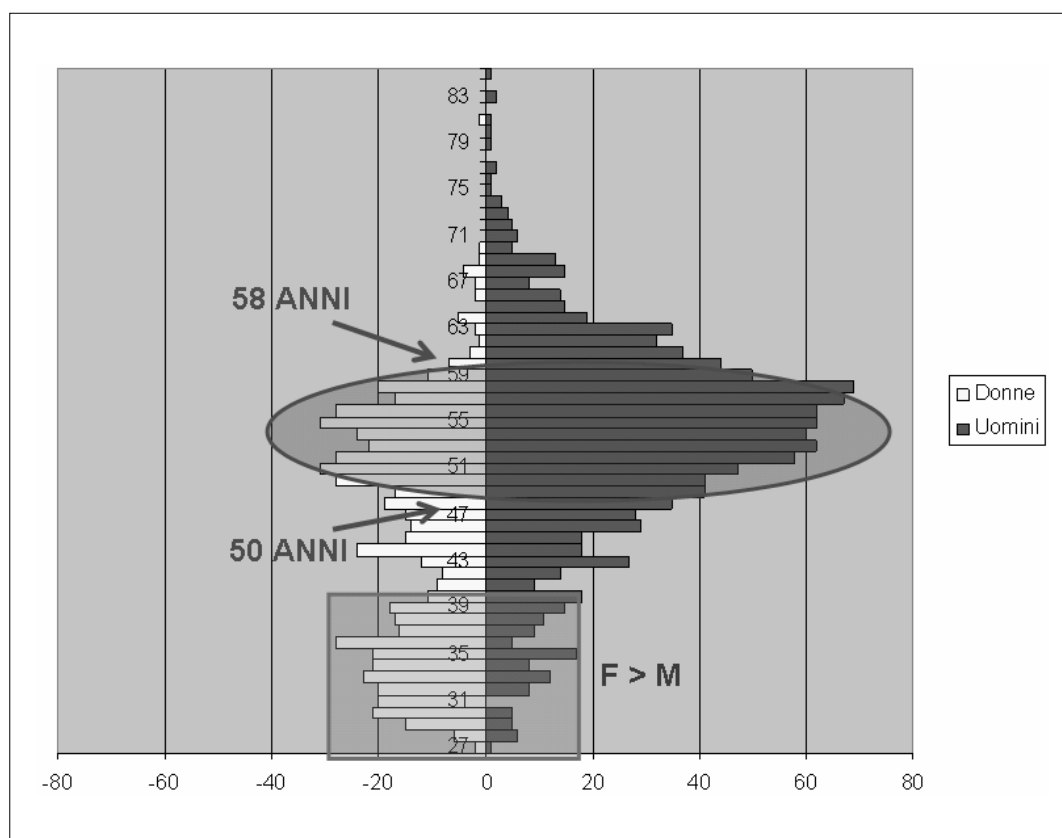
L'invecchiamento e la femminilizzazione della disciplina sono ben rappresentati nella **figura 8**, costruita sui dati anagrafici dei 1.821 soci Sin per i quali, al momento della rilevazione (28 febbraio 2009), si disponeva dell'anno di nascita. Gli iscritti Sin alla stessa data erano 2.191 e rappresentavano circa i due terzi dei nefrologi attivi in Italia. La distribuzione mostra infatti:

- uno sbilanciamento della distribuzione per età, con una «gobba» – cioè una forte concentrazione – nelle classi di età comprese tra 50 e 60 anni;
- una forte femminilizzazione, che ha comportato il sorpasso delle donne sugli uomini per le classi di età inferiori ai 40 anni (in particolare, tutti e 20 gli iscritti nati nel 1978 – oggi 31enni – sono donne).

La presenza di una forte concentrazione di professionisti in un intervallo limitato di età (50-58 anni) pone importanti problemi di mantenimento e trasferimento delle competenze sviluppate dalla disciplina, una volta che queste coorti di nefrologi entreranno in età pensionabile. Se già oggi la percezione dei nefrologi è di depauperamento dei gruppi in cui lavorano, tale situazione sarà amplificata in modo rilevante e repentino tra pochi anni.

La femminilizzazione, dal canto suo, finora non ha portato a modifiche percepibili nelle attività svolte né nei comportamenti professionali. Nonostante ciò, rimane evidente la necessità di tener conto della femminilizzazione nelle decisioni riguardanti il fabbisogno di personale e, quindi, il numero chiuso alle scuole di specialità, ecc. Le donne infatti, a regole attuali, beneficiano più degli uomini dei congedi parentali, ricorrono con maggiore frequenza al lavoro a tempo parziale (nonostante nel nostro Paese esso rimanga estremamente limitato) e vanno in pensione prima degli uomini.

La nefrologia, disciplina giovane che nei decenni passati ha sperimentato un aumento dei suoi effettivi in Italia, si trova quindi davanti a un cambiamento radicale della

**Figura 8**

Dati su invecchiamento e femminilizzazione dei nefrologi (28 febbraio 2009)

Fonte: dati anagrafici soci Sin

propria struttura demografica, che richiede nuove forme di organizzazione del lavoro e di distribuzione delle competenze nefrologiche.

Se nel passato l'aumento del numero di nefrologi in attività ha permesso di crescere in parallelo al progresso scientifico e tecnologico e alla prevalenza delle malattie renali, già oggi ciò non è più possibile e tanto meno lo sarà in futuro. Le condizioni della demografia professionale costituiscono una delle principali ragioni – se non la principale ragione – che rendono urgente un nuovo posizionamento strategico della disciplina all'interno del sistema sanitario.

3.6. Infermieri e nefrologia

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un'accelerazione nel processo di professionalizzazione degli infermieri. Elementi di tale evoluzione sono il pieno riconoscimento della loro autonomia professionale (l. 42/1999), l'integrazione dei percorsi di formazione in

università (l. 251/2000), la crescente responsabilizzazione – anche gestionale – all'interno delle aziende sanitarie.

Di fronte a tale evoluzione, e tenuto conto delle difficoltà poste alla nefrologia dalla sua demografia interna, sembra possibile e opportuno ipotizzare una nuova divisione del lavoro tra nefrologi e infermieri, con l'attribuzione a questi ultimi di alcune attività tradizionalmente svolte dai medici. Si tratta di una prospettiva certamente realistica, che peraltro si basa su relazioni tra infermieri e nefrologi già positive, specialmente se confrontate con quanto avviene con altre discipline mediche. Il ruolo degli infermieri e delle loro competenze assistenziali è peraltro destinato ad acquistare rilevanza a seguito dell'aumento dell'età media dei pazienti, che rendono centrali la gestione della cronicità, la *compliance* e i comportamenti individuali che influiscono sull'efficacia dei servizi prestati e sulla qualità di vita dei malati.

Per approfondire tale prospettiva, la ricerca si è basata su interviste rivolte ad alcuni

dei leader degli infermieri di nefrologia e dialisi in Italia, operanti in ambito assistenziale, associativo e universitario. Le analisi e le proposte rilevate con tali interviste sono state poi oggetto di discussione all'interno dei *focus group* organizzati con i referenti regionali della Sin.

Quanto segue rappresenta, dunque, una sintesi di idee e diagnosi che, originate da alcuni leader della professione infermieristica, sono state verificate e condivise da nefrologi attivi nella società scientifica.

In particolare, gli ambiti per una nuova collaborazione tra nefrologi e infermieri sembrano almeno i seguenti:

- *dialisi*: nel caso della dialisi è possibile ipotizzare un maggior ricorso a soluzioni simili agli attuali Cal (Centri dialisi ad assistenza limitata). Si tratta di strutture in cui le attività di dialisi per IRC di pazienti non problematici sono svolte dagli infermieri, senza presenza medica continua;

- *ricerca*: finora il coinvolgimento degli infermieri è stato per lo più limitato alla raccolta dei dati o ad altre attività di supporto. Per quanto detto sopra, è evidente che un più attivo coinvolgimento degli infermieri potrebbe portare a benefici importanti sia per le conoscenze scientifiche, sia per la pratica clinico-assistenziale;

- *attribuzione agli infermieri di attività oggi svolte dai medici*, tra cui in particolare:

- a) attività amministrative e documentali da svolgere in vista del trapianto;

- b) parte delle attività ambulatoriali pre e post trapianto;

- c) attività di presa in carico sul territorio, quali le prenotazioni da altri specialisti (cardiologi ecc.) e quelle tese ad assicurare la *compliance* da parte del paziente e dei suoi familiari. Su quest'ultimo punto particolare, gli infermieri affermano di poter gestire molta parte dell'attività ambulatoriale distrettuale e, in prospettiva, di poter prendere in carico i pazienti dallo stadio 1 dell'insufficienza renale, lasciando poi al medico la diagnosi e la cura dei pazienti che dovessero raggiungere lo stadio 3;

- *formazione*: la formazione per gli infermieri impegnati in nefrologia e dialisi è oggi svolta sul campo, mentre l'esperienza di un master universitario attivato alcuni anni fa non è stata poi proseguita. Nonostante tale ar-

resto temporaneo, la definizione di programmi di formazione sovra-aziendali potrebbe in realtà essere utile ad acquisire competenze omogenee e verificate per l'assistenza infermieristica in nefrologia e dialisi e potrebbe favorire un ulteriore avanzamento scientifico e professionale. In questo, i medici nefrologi potrebbero dare un supporto rilevante, partecipando in veste di docenti e convogliando attenzione istituzionale e risorse – eventualmente anche facilitando il reperimento di risorse presso imprese fornitrici, associazioni dei pazienti, aziende Ssn – sulla necessità di tale formazione specialistica.

Di più e al di là delle interviste fatte agli infermieri e del dibattito che ne è seguito tra i nefrologi partecipanti ai *focus group*, è verosimile pensare che i recenti e importanti sviluppi del processo di professionalizzazione degli infermieri rendano questi ultimi potenzialmente interessati a stringere relazioni preferenziali con le discipline medico-chirurgiche che saranno più capaci di offrir loro condizioni utili allo sviluppo professionale e più coerenti con gli attuali livelli di formazione. La nefrologia, minacciata dalla sua stessa demografia professionale, dovrebbe essere dunque fortemente interessata a sviluppare tali relazioni preferenziali, accompagnando una revisione della divisione del lavoro tra le due professioni (nefrologi e infermieri) e supportando le richieste degli infermieri di nefrologia e dialisi in termini di attività di ricerca, formazione specifica e collegati riconoscimenti contrattuali e retributivi.

Tale prospettiva diviene ancora più opportuna quando si consideri la stessa demografia infermieristica, che vede ampie zone del Paese caratterizzate da una carenza infermieristica anche importante (De Pietro, 2006). In tale quadro, le specialità mediche chirurgiche che saranno capaci di offrire le prospettive più promettenti agli infermieri potranno, infatti, evitare o comunque ridurre i problemi che derivano da quella carenza.

3.7. Le reti e la nefrologia

L'ampia letteratura sulle reti in medicina ci dice cosa è una rete e ne differenzia le tipologie. In estrema sintesi, le reti, in generale, nascono quando i sistemi si riempiono di connessioni tra gli attori (denominati «no-

di») che ne fanno parte e maturano convenienze diffuse a sviluppare relazioni di collaborazione piuttosto che di competizione. Le reti possono spingere a orientare/riorientare la vocazione produttiva delle strutture di offerta fino a tradursi in progetti che rappresentano i modelli di assistenza specialistici per aree provinciali o addirittura regionali. In tali situazioni, si possono osservare forme di istituzionalizzazione più o meno spinta se i sistemi sanitari assumono nelle loro decisioni le scelte e i comportamenti della comunità professionale. Si pensi agli esempi di rete oncologica di scala nazionale sviluppati in Italia a partire dalla fine degli anni '90.

Relativamente alla tipologia e alla natura dei legami tra professionisti si possono individuare tre gradienti di intensità:

a) si hanno *enclave network* (reti professionali in senso stretto) quando i professionisti sono uniti da collegamenti «deboli», basati sulla conoscenza personale reciproca. In tal caso gli scambi tra professionisti sono estemporanei e non modificano l'organizzazione e il *mix* di attività delle strutture di offerta;

b) se la collaborazione professionale si stabilizza attraverso pratiche e routine organizzative (ad esempio, meccanismi di invio dei pazienti, modalità condivise di dimissione e accoglienza del paziente, ecc.) si manifesta nei cosiddetti *managed clinical network*;

c) se l'allineamento professionale riguarda comunità professionali diverse accumulate dalla gestione della medesima tipologia di paziente si hanno i *managed care network*; in questo caso la rete manifesta elevati livelli di complessità e gli strumenti attivati vanno dai PDTA (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali) fino alla condivisione di alcune piattaforme produttive (dalla tecnologia diagnostica fino alle piattaforme chirurgiche).³

La ricerca ha consentito di osservare che la nefrologia si caratterizza per intense e numerose reti professionali locali, molte delle quali stanno evolvendo in *managed clinical network* mentre altre tentano processi di integrazione «a monte» piuttosto che «a valle».

Relativamente alla prima fattispecie, la ricerca ha consentito di osservare l'organizzazione dei servizi nefrologici in una delle province lombarde composta dai nodi ospeda-

lieri di diversa natura istituzionale (dall'Ircss alla struttura convenzionata). Si tratta di una rete stratificatasi nel tempo a mano a mano che il territorio si arricchiva dell'intera filiera dei servizi nefrologici. Il legame professionale tra i circa 30 nefrologi si manifesta in forme di collaborazione scientifica (attività di ricerca, ad esempio) e assistenziale (invio del paziente verso le strutture più prossime alla propria residenza).

I *managed clinical network* si stanno sviluppando frequentemente partendo dall'esperienza dei servizi nefrologici dedicati al trapianto di rene: essi richiedono un collegamento tra strutture dialitiche che inviano il paziente e altre che ne gestiscono la fase post-trapianto. Ciascuna Regione ha sviluppato una propria rete per i trapianti e ciò ha indotto una razionalizzazione dell'intera filiera dei servizi nefrologici delocalizzando i servizi di dialisi e concentrando negli ospedali ad alta specialità i servizi per le biopsie renali e i trapianti che richiedono adeguati volumi di attività.

Tra le forme di *managed care network* osservate si segnalano le seguenti esperienze: a) i processi di integrazione con la medicina generale; b) dipartimenti interaziendali; c) progetti di rete nefrologica definiti a livello regionale.

In merito all'esperienza di integrazione «a valle» con la medicina generale, l'esperienza sviluppata da un'Azienda ospedaliero-universitaria in collaborazione con l'Asl di riferimento nel 2007 ha consentito di evidenziare che, a fronte della domanda crescente, è possibile attivare funzioni di «filtro» della domanda attraverso forme di collaborazione con i medici di medicina generale. Estensione del sapere nefrologico ad altre comunità professionali e alleanze istituzionali tra aziende ospedaliere e territoriali sono apparse gli ingredienti del successo di tale esperienza.

Forma più evoluta di rete clinica su base provinciale è quella di un dipartimento interaziendale per l'assistenza specialistica integrata in Nefrologia. Si tratta di un'esperienza embrionale di *managed care network* poiché ha istituzionalizzato il sistema dell'intera filiera dei servizi nefrologici (dall'ambulatorio per l'ipertensione, alla dialisi, ai trapianti) integrando «verticalmente» i Medici di medicina generale, sviluppando forme di condivisione delle risorse e gare centraliz-

zate per l'acquisto di beni. Il dipartimento è composto dai presidi ospedalieri e i servizi distrettuali dell'Asl (nel pieno della fase di accorpamento per la costituzione di un'unica realtà provinciale), quelli dell'Aou di riferimento (dipartimento nefro-urologico) e quelli dell'Irccs privato. Istituito nel 2007, è in fase di completa attuazione in ragione della riorganizzazione della rete regionale e della fusione tra aziende territoriali. L'esperienza del dipartimento ha consentito di evidenziare che il processo di allineamento professionale, in primo luogo all'interno della comunità nefrologica e in seconda battuta con altri professionisti, è agevolato dalla possibilità di sviluppare programmi di formazione per l'intero dipartimento (e non per la singola azienda) e dalla mobilità delle persone al suo interno. I fenomeni di «migrazione professionale» all'interno del dipartimento sono stati considerati di grande importanza per il trasferimento dei saperi e delle pratiche e lo sviluppo di PDTA. Altra evidenza è relativa alle difficoltà di sviluppare sistemi operativi uniformi di dipartimento. Infatti, la «sintesi istituzionale» proposta dal dipartimento non risolve i problemi di difformità gestionale tra le aziende. Sebbene l'architettura del dipartimento sia formalizzata e condivisa, la parziale implementazione della rete è dovuta all'assenza di sistemi gestionali di dipartimento.

In merito ai progetti di rete clinica regionali, Lega e Tozzi (2009) hanno rilevato 96 reti cliniche per 17 contesti regionali. Si osserva una media di quasi 6 reti cliniche per regione e sebbene l'oncologia e la cardiologia siano le specialità maggiormente rappresentate, la nefrologia si sta affacciando alla formalizzazione di reti di assistenza a livello regionale con 5 progetti.

4. Prospettive strategiche per la nefrologia

L'idea di fondo alla base della ricerca era, in vista di migliori opportunità di sviluppo, quella di definire alcune prospettive di riferimento in grado di orientare, in un orizzonte di medio-lungo periodo, comportamenti intenzionali e consapevoli da parte della comunità professionale. Che le discipline scientifiche, ossia collettivamente gli individui che in essa si riconoscono, esprimano – in

maniera diversa e con diversi gradi successo – comportamenti intesi a rafforzarne il posizionamento nei diversi ambiti di riferimento è un fenomeno conosciuto e studiato, sia in termini generali come espressione dell'agire di gruppi di interesse organizzati (*lobbies*), sia in termini di specifici comportamenti dei professionisti (*turf wars*). Quando gli stessi comportamenti sono oggetto di uno sforzo in direzione di un loro esplicito governo, è opportuno richiamare le ragioni di fondo che dovrebbero alimentare l'impegno e assicurare la legittimità sostanziale di comportamenti il cui scopo è quello di modificare «il corso naturale degli eventi».

Alla base del tentativo di aumentare le possibilità di sviluppo della nefrologia, così come di qualunque altra disciplina, vi dovrebbe essere, come è accaduto in questo caso, la sincera convinzione sul contributo che dal suo sviluppo viene alla tutela e alla promozione della salute della popolazione. È la passione, che dovrebbe animare ogni professionista, che nasce dalla convinzione dell'utilità e dell'importanza del proprio mestiere per il benessere degli altri e della collettività in generale. Non si tratta di ignorare che lo sviluppo, ad esempio, della nefrologia coincide spesso con gli interessi particolari dei nefrologi, ma di fondare sempre la legittimazione degli interessi particolari sulla ricerca e il perseguimento di interessi generali. Solo quando ciò avviene effettivamente, quando gli interessi generali non vengono strumentalmente usati per coprire interessi particolari, le comunità professionali riescono a mobilitare le energie interne ed esterne necessarie per influenzare significativamente le dinamiche del mondo reale.

Con questa convinzione di fondo e a partire dagli elementi forniti dalle diverse aree coperte dalla ricerca, sono state definite e analizzate tre possibili prospettive di sviluppo che potrebbero essere assunte come quadro di riferimento per comportamenti coerenti e condivisi dalla comunità professionale. Prima di passare alla loro presentazione, due premesse risultano opportune. La prima è il vincolo che è emerso chiaramente dall'analisi della demografia professionale: ogni ipotesi per il futuro non potrà che confrontarsi con una stabilizzazione o, addirittura, un ridimensionamento del numero dei nefrologi. Non si tratta di una previsione, ma

di una conseguenza di eventi in atto rappresentati, da una parte, dalla struttura per classi di età dei nefrologi attualmente in servizio e, dall'altra, dalle scelte operate sul numero di studenti da ammettere alle facoltà di medicina. Da questo punto di vista le esigenze di rimpiazzo dei nefrologi e la disponibilità di nefrologi nel prossimo decennio sono variabili già largamente definite. La seconda riguarda la non neutralità dei ricercatori rispetto alle possibili opzioni. Come emergerà dalla lettura, il confronto con la comunità professionale ha condotto a una convergenza di massima sulla terza delle prospettive presentate che risulta, quindi, più sviluppata delle altre in alcune delle sue implicazioni.

4.1. Assecondare le dinamiche in atto

Una prima opzione disponibile è l'assecondamento delle dinamiche in atto. Si tratterebbe di accompagnare i processi evolutivi della disciplina, così come oggi si configurano, favorendo gli adattamenti locali di maggiore interesse rispetto agli scenari qui disegnati e stimolando una naturale migrazione delle soluzioni più efficaci nei contesti dove si sperimentano le difficoltà maggiori. I vantaggi di una prospettiva «inerziale» risiedono, naturalmente, nella assenza di complessità legate alla costruzione di un consenso preventivo sulla direzione da intraprendere e nella relativa semplicità che ne contraddistingue la fase di attuazione e i relativi strumenti. È bene sottolineare come, in questa prospettiva, non si ipotizzi una completa assenza di azioni deliberate tese a rafforzare il posizionamento della specialità rispetto ai prevedibili mutamenti dell'ambiente, ma queste si limiterebbero ad aggiustamenti marginali di strategie concepite e realizzate su base essenzialmente locale e su una più rapida ed efficace circolazione delle esperienze, nella convinzione che fenomeni imitativi spontanei possano essere sufficienti per far evolvere l'intera comunità professionale.

Al di là dei problemi posti dal vincolo, che prima o poi emergerebbe, del numero dei nefrologi, i rischi connessi sono, in parte, evidenti. Questi sono legati a una «postura» tendenzialmente passiva che scommette sui tassi di cambiamento delle condizioni rilevanti nel sistema e nelle aziende che lo compongono poco accentuati. In particolare, dovrebbero

rimanere relativamente stabili le relazioni e gli equilibri attualmente esistenti con le altre famiglie professionali. Soprattutto quest'ultima ipotesi pare, però, poco realistica a fronte delle dinamiche che attraversano le organizzazioni sanitarie e alla cui alimentazione concorrono in maniera significativa, da una parte, il progresso scientifico e tecnologico e, dall'altra, le pressioni dell'ambiente in termini di domanda da soddisfare e di risorse a disposizione. Se i confini e gli equilibri che caratterizzano i rapporti tra le professioni all'interno delle organizzazioni sanitarie sono, e saranno sempre più, in movimento, la scelta di non intervenire attivamente, guidati da un disegno, non sembra essere la migliore, soprattutto per una specialità di dimensioni medio-piccole che rischierebbe così di subire le scelte di altri.

Meno evidenti, ma altrettanto concreti, sono i pericoli legati a una crescente e non governata divaricazione tra i modelli adottati nei contesti locali e nei loro livelli di efficacia nel garantirsi le condizioni di sviluppo. Infatti, le differenze già oggi registrabili – e che rimangono, però, in larga parte all'interno di un tessuto avvertito come unitario (la nefrologia italiana) – potrebbero superare alcuni livelli critici come risultato di una diversa velocità di adattamento ai cambiamenti, della natura cumulativa degli stessi processi – si pensi, ad esempio, alla competizione sulle «risorse nefrologiche» destinate a diventare più scarse – o della non replicabilità dei modelli considerati di successo. In altri termini, i contesti meno adeguati potrebbero non avvertire a sufficienza gli stimoli e le pressioni indotti da un mutamento di scenario anche non radicale, oppure adottare prospettive di sviluppo non coerenti con le specifiche condizioni locali.

4.2. Focalizzazione su aree di elezione

A fronte, da una parte, di una stabilizzazione dell'offerta di nefrologi e, più in generale, di tensioni sulle risorse necessarie ad alimentare lo sviluppo e, dall'altra, una maggiore mobilità dei confini tra le professioni all'interno delle organizzazioni sanitarie, una prospettiva da considerare attentamente potrebbe essere rappresentata dalla selezione delle aree a maggior interesse e difendibilità sulle quali concentrare attenzioni e investire

per lo sviluppo. Tale selezione, da operarsi, ovviamente, su base collettiva, investendo tutta la comunità professionale, identificherebbe le aree da presidiare, accentuando, al tempo stesso, la natura specialistica della disciplina. Si tratterebbe di identificare il *core*, gli elementi fondamentali e irrinunciabili, di ciò che la nefrologia è ma, soprattutto, intende essere, disinvestendo energie e risorse dalle aree ritenute periferiche.

I punti di forza di una prospettiva di focalizzazione sono molteplici, a partire dal processo stesso di identificazione delle aree da presidiare che, nella sua inevitabile labiosità, imporrebbe un approfondito dibattito all'interno della professione che, alla fine, ne potrebbe uscire con una maggiore consapevolezza e un più robusto senso di identità. Non bisogna, inoltre, dimenticare l'elevato tasso di razionalità insito in una prospettiva che enfatizza il tema della sostenibilità dei percorsi di sviluppo, partendo proprio dalle risorse prevedibilmente disponibili e che su quelle immagina una crescita intensiva piuttosto che estensiva. L'aspetto di maggiore interesse rimane, comunque, la ricerca di un posizionamento concentrato e di eccellenza, teso a disegnare, rispetto ad altre, un'area in cui la professione possa esprimere in maniera più netta e visibile le proprie competenze specifiche che, a quel punto, sarebbero più facilmente riconosciute e rispettate da tutti gli attori coinvolti.

Anche in questo caso le criticità non mancano. La possibilità di costruire un consenso sostanziale, sufficiente a sostenere una scelta tanto radicale in un contesto privo di una qualunque connotazione gerarchica appare perlomeno problematica, sia sul piano delle intenzioni, sia su quello della concreta attuazione. Sul piano dell'adesione a un disegno che esplicitamente definisca e metta in ordine di priorità le diverse linee di attività su cui sono impegnate le nefrologie, è opportuno ricordare come i processi di specializzazione, anche all'interno della stessa disciplina, siano spesso intensi e più orientati dalle contingenze e da interessi e visioni personali che da logiche e disegni collettivi, siano essi delle organizzazioni in cui i professionisti lavorano o delle comunità professionali cui appartengono. Il prevalere di comportamenti «imprenditoriali», che peraltro sono un sintomo della vitalità che connota i singoli pro-

fessionisti e i gruppi, rende particolarmente difficile un processo di selezione che, inevitabilmente, spiazza parte dei professionisti, collocandone alcuni al centro della professione e lasciandone altri alla periferia. Sul piano strettamente operativo, un disinvestimento significativo da alcune aree di attività non incontra soltanto il problema dei professionisti e delle competenze che ognuno di essi ha accumulato nel tempo, ma anche quello della risposta a una domanda consolidata, ai vuoti nell'offerta che i destinatari dei servizi e le aziende sanitarie potrebbero non tollerare. Da questo punto di vista, è opportuno ricordare come le dinamiche prevalenti nelle aziende sanitarie pubbliche mostrino una tendenza alla «stratificazione», con le attività e i servizi innovativi che si sovrappongono a quelli in essere senza sostituirli. Bisogna, infine sottolineare come l'identificazione delle aree da ridimensionare sia particolarmente delicata, in quanto valutazioni affrettate potrebbero condurre ad abbandonare attività che potrebbero poi rivelarsi a elevata potenzialità, mentre il mantenimento di un «presidio» rappresenta una opzione spendibile sul futuro.

4.3. Espansione delle capacità di presidio

Se non pare particolarmente attraente né la prospettiva di lasciarsi guidare dal passato e dalle sue inerzie, rinunciando ad anticipare consapevolmente il futuro, né quella di riorientare radicalmente i percorsi intrapresi dalla comunità professionale, è necessario interrogarsi se non sia possibile immaginare un deciso incremento nelle capacità della nefrologia nel suo insieme di presidiare un campo in espansione in un contesto di risorse professionali stabili o addirittura decrescenti. Si tratterebbe di mantenere e valorizzare gli attuali investimenti in competenze e attività, inserendoli in un disegno di insieme che riesca a migliorare l'efficienza del presidio complessivo attraverso una diversificazione delle modalità con le quali i nefrologi intervengono, un più esteso e consapevole utilizzo delle forme di collaborazione con altre comunità professionali, un deciso rafforzamento delle connessioni all'interno della nefrologia in modo da alimentare e proteggere processi di progressiva specializzazione. La prospettiva da perseguire sarebbe, in questo

caso, quella di ragionare unitariamente, assumendo la varietà di esperienze che la nefrologia ha finora maturato come elemento portante cui è, però, necessario assicurare una capacità di «tenuta» e livelli di efficienza che possono essere garantiti solo dall'inserimento in logiche unitarie (rete). Al tempo stesso, è necessario alleggerire una rete diventata a questo punto più robusta, trasferendo ad altri parti di processi che, pur basandosi su saperi e competenze nefrologiche, non necessitano di un presidio diretto.

La traduzione in termini operativi della prospettiva in questione implica un intervento deliberato e coerente su almeno tre aree: il rafforzamento della disciplina sul terreno dei saperi, uno stimolo al trasferimento di alcune attività oggi direttamente presidiate, una strutturazione a rete sufficientemente estesa delle nefrologie.

Una prima, fondamentale, area di intervento è il rafforzamento disciplinare. La base per ogni azione deliberata della comunità professionale rimane, infatti, il sapere nefrologico: la sua robustezza, rilevanza e riconoscibilità (quanta ricerca, in quali direzioni, in quali contesti) sono fondamentali per alimentare lo sviluppo della disciplina nel sistema, soprattutto nel momento in cui le relazioni tra posizionamento disciplinare e articolazioni organizzative perdono i tratti di meccanica trasposizione tipici del passato. Il contributo che il posizionamento della disciplina sul terreno del sapere offre al suo sviluppo nel sistema sanitario e nelle aziende diviene, infatti, meno diretto, ma non per questo meno decisivo. Ciò che i nefrologi sanno fare, il sapere e le competenze di cui sono portatori, la riconoscibilità della matrice disciplinare diventano gli elementi distintivi e le basi prevalenti per lo sviluppo, una volta che i confini organizzativi si indeboliscono e i confronti con le altre discipline avvengono a «campo aperto». Il rafforzamento disciplinare è fondamentale anche da un altro punto di vista. Esso rappresenta una condizione preliminare affinché l'utilizzo di competenze nefrologiche da parte di altri professionisti, conseguente al trasferimento di attività, sia possibile sul piano operativo, sia efficace rispetto ai risultati che produce, non mini lo stretto legame tra contenuti della disciplina e comunità professionale. Quanto più i nefrologi vengono riconosciuti come i «migliori

interpreti» del sapere che essi costruiscono, tanto migliori saranno le condizioni per una circolazione del sapere stesso e una diffusione delle competenze non limitate entro i confini della sola famiglia professionale. È evidente che non si ipotizza qui una responsabilità della nefrologia italiana sulle direzioni di fondo assunte dalla ricerca a livello globale, ma un intervento sui processi di diffusione e, in parte, sugli interessi della comunità scientifica nazionale è senz'altro possibile. Ciò implica, ma il tema meriterebbe uno specifico approfondimento, un ripensamento sulla visione tradizionale che tende a riservare i temi della ricerca a una componente ristretta ed elitaria, mentre diventa sempre più evidente che costruzione, diffusione e applicazione dei saperi sono strettamente connesse e come tali vanno unitariamente governate.

Una seconda direttrice di intervento è il graduale trasferimento di alcune attività ad altre componenti professionali o ad altre organizzazioni differentemente configurate, concentrando l'attenzione e le energie dei nefrologi sulle attività nelle quali il loro bagaglio di competenze e il loro apporto effettivo producono il massimo «valore aggiunto». Non si tratta di proporre un arretramento della nefrologia, ma di prendere atto che risorse scarse vanno impiegate laddove siano più evidenti i vantaggi differenziali e che una comunità professionale forte è in grado di mantenere il proprio ruolo di motore e garante dell'applicazione di un sapere nella pratica clinica e assistenziale, anche senza un coinvolgimento e controllo diretto. È bene chiarire che la prospettiva proposta non si limita al trasferimento dei soli processi operativi, ma implica anche un passaggio coerente di responsabilità e di possibile esercizio dell'autonomia. Sarebbe, infatti, irrealistico ragionare, ancora una volta, in termini di controllo diretto, di espansione della sfera di influenza attraverso estensione delle mere capacità operative garantita da persone e organizzazioni diverse dai nefrologi e dalle nefrologie. Perché la cooperazione, necessaria per rispondere a bisogni nefrologici crescenti, possa svilupparsi, deve essere garantita la «pari dignità» di tutti i soggetti coinvolti, nella consapevolezza di riuscire, sulla base delle competenze, a esercitare un ruolo guida nel governo del sistema di offerta, così configurato. Pur essendo esteso

il campo di attività che è possibile prendere in considerazione, due aree sembrano – almeno nel breve-medio periodo e per motivi diversi – meritare una particolare attenzione: la dialisi, da una parte, il rapporto con le professioni sanitarie e quella infermieristica in particolare, dall'altra.

Per quanto concerne la dialisi, che rimane una attività centrale nella definizione dell'identità professionale del nefrologo, si tratta di valutare se e come estendere alcune esperienze già in atto nelle quali l'affidamento a organizzazioni specializzate (*focused factories*) ha consentito di usufruire di maggiori livelli di efficienza produttiva, mantenendo l'efficacia delle prestazioni e soprattutto il «governo strategico» del paziente da parte dell'unità di nefrologia che lo aveva in carico. Non bisogna immaginare che l'*outsourcing* sia per definizione la soluzione migliore per attività che in molti casi mostrano tratti di standardizzabilità elevati, ma considerare, senza preconcetti, rispetto alle concrete e specifiche condizioni locali, quali siano i vantaggi (più elevata qualità della prestazione, minori costi, integrazione con altri servizi, ...) dell'opzione interna rispetto a quella esterna. Da questo punto di vista, sia per i vantaggi derivanti dalla specializzazione (più efficiente utilizzo di risorse scarse, nefrologi compresi), sia per quelli derivanti da un assetto istituzionale di tipo privato, l'affidamento all'esterno potrebbe talvolta rivelarsi conveniente, ma soprattutto consentire alle nefrologie di concentrare attenzioni e risorse su altre attività.

La crescita di competenze e *status* delle professioni sanitarie, che ha avuto un momento particolarmente significativo nella istituzione delle lauree magistrali, rappresenta una opportunità di ripensamento sui confini e sulle logiche che hanno tradizionalmente caratterizzato le relazioni di collaborazione tra nefrologi e altri professionisti della sanità. Nel contesto che stiamo descrivendo sarebbe nell'interesse della comunità dei nefrologi, oltre a quella della sanità nel suo complesso, costruire le condizioni perché la nefrologia diventi un terreno privilegiato per lo sviluppo delle professioni sanitarie. È evidente il vantaggio che ne verrebbe in termini di opportunità di crescita dei servizi connessi alla domanda di nefrologia, come è altrettanto evidente che le nuove professioni

possono guardare con interesse alla nefrologia nella misura in cui questa rappresenti una reale occasione di assunzione di responsabilità ed esercizio dell'autonomia tipico delle professioni consolidate. Si tratta, quindi, di aprire un confronto che, pur non implicando in orizzonti temporali brevi cambiamenti radicali rispetto alla attuale distinzione di compiti e responsabilità, assuma una chiara prospettiva di sviluppo per le professioni, individuando le aree di attività che potrebbero essere maggiormente interessate al fine di costruire gradualmente le competenze necessarie.

Una terza area e ultima area sulla quale intervenire è data dalla strutturazione a rete delle nefrologie. Come si è già avuto modo di osservare, l'idea della rete implica forme di coordinamento e collaborazione nel funzionamento delle diverse unità, le quali, con intensità diverse, innescano inevitabilmente processi di specializzazione. Se la prospettiva è quella di mantenere una capacità di presidio di un campo in espansione con risorse tendenzialmente stabili, l'aumento dei gradi di collaborazione e l'inserimento delle variegate esperienze delle nefrologie in un disegno unitario, caratterizzato da più elevati gradi di razionalità, rappresenta un percorso quasi obbligato per almeno due ragioni. La prima attiene ai livelli di efficienza che un funzionamento secondo logiche di rete è potenzialmente in grado di raggiungere. La redistribuzione delle attività tra i diversi nodi della rete, in relazione alle competenze e condizioni di funzionamento, non solo evita duplicazioni e tende ad allocare la domanda laddove esistono le migliori potenzialità di risposta, ma, in termini dinamici, alimenta una specializzazione che si traduce, se opportunamente governata, in maggiore efficacia ed efficienza. La seconda è il rafforzamento della posizione di ogni singolo nodo, all'interno delle rispettive organizzazioni, che può derivare dal suo inserimento in logiche sovraordinate. In termini molto generali, è possibile affermare che, in condizioni di buon funzionamento della rete, ogni nodo è in grado di mettere a disposizione dell'azienda nella quale è inserito l'insieme della potenzialità di offerta e le capacità dell'intera rete e ciò non può che rafforzare in ogni specifico contesto la legittimazione della singola unità e della nefrologia in generale.

Il rafforzamento intenzionale delle logiche di rete non è, comunque, una azione semplice. Da una parte, si tratta di esplicitare con maggiore chiarezza i tratti distintivi di ogni unità e il suo ruolo atteso nella rete. È del tutto evidente come l'accettazione di un posizionamento relativo esplicito rispetto all'intera comunità professionale richieda uno sforzo particolare nel valorizzare le capacità di ognuno in una logica tendenzialmente paritaria che non trasformi gli elementi di specializzazione necessari per il funzionamento a rete in altrettanti fattori di alimentazione di una gerarchia professionale. Dall'altra, si tratta di creare e mantenere le condizioni per cui a un sistema di ruoli attesi corrisponda un insieme coerente di comportamenti. Il mantenimento degli impegni assunti rispetto al funzionamento della rete può essere facilitato, oltre che dalla bontà del disegno iniziale – e in tal senso è fondamentale il processo di costruzione del consenso –, da adeguate forme di istituzionalizzazione, ossia dalla formalizzazione degli accordi e dal loro eventuale inserimento nei meccanismi preposti a regolare il funzionamento del sistema, come per esempio i Piani. Da questo punto di vista, le esperienze maturate e i legami consolidati attraverso le reti per i trapianti rappresentano una risorsa preziosa. Nel sostenere i comportamenti rimane, comunque, fondamentale, sia lo stimolo individuale a partecipare a un sistema che, nell'offrire migliori opportunità all'insieme della nefrologia, dovrebbe assicurare anche un bilancio positivo rispetto alle convenienze locali, sia il controllo sociale che la comunità professionale dovrebbe esercitare, anche per impedire il manifestarsi di fenomeni di *free ridership*, tipici delle situazioni in cui i vantaggi sono il frutto di un comportamento collettivo ed esiste una scarsa possibilità di controllo del comportamento individuale.

5. Alcune criticità realizzative

L'individuazione e l'esplicitazione di alcune prospettive strategiche che potrebbero consentire, a fronte delle molte problematichità, lo sviluppo della nefrologia nel medio periodo rappresenta solo un primo, seppur importante, passo per riuscire a produrre un comportamento intenzionale, coordinato e coerente da parte della comunità professio-

nale. L'importanza di quanto prodotto deve essere misurata in relazione alla strutturale debolezza, tipica di una associazione priva di leve gerarchiche, dei meccanismi di governo dei comportamenti. In questi casi – e soprattutto nei contesti professionali, tipicamente caratterizzati da una costante ricerca di omogeneizzazione degli schemi cognitivi che rappresentano l'elemento discriminante per l'appartenenza alla professione – l'allineamento delle premesse decisionali è un elemento fondamentale nell'assicurare una certa coerenza nei comportamenti collettivi. La condivisione delle medesime informazioni e un confronto sugli effettivi quadri cognitivi entro i quali le informazioni stesse vengono utilizzate tendono, infatti, a produrre comportamenti omogenei da parte di attori razionali che partecipano di obiettivi largamente comuni. L'allineamento delle premesse decisionali non è però da solo sufficiente a supportare una ragionevole attesa di concreta attuazione della strategia individuata. La possibilità che gli sforzi di orientare i comportamenti della comunità professionale conseguano i loro risultati dipende da un insieme variegato di condizioni, di cui alcune possono essere qui, in conclusione dell'intera riflessione, sinteticamente richiamate.

La prima attiene alla necessità di assicurare e rendere sufficientemente esplicite le coerenze tra i percorsi di sviluppo della professione, da una parte, e la missione e le condizioni di funzionamento del sistema sanitario nel suo complesso, dall'altro. Se, in termini generali, a legittimare un intervento teso a rafforzare la posizione della nefrologia può essere sufficiente la convinzione dell'apporto che da questa può venire alla tutela della salute, quando si tratta di orientare scelte concrete è opportuno – anche per non ingenerare inutili resistenze e conquistare preziosi alleati – rendere evidente tale apporto e mostrare come le strategie professionali siano in grado di inserirsi armonicamente e contribuire allo sviluppo del sistema e delle singole aziende. Da questo punto di vista, una particolare attenzione merita il raccordo tra una razionalità tipicamente sovra aziendale, come quella che ispira le logiche di rete, e le singole razionalità aziendali. Le strategie di rete avrebbero, infatti, poco respiro e scarsa possibilità di successo se non sapessero costruire le opportune coerenze e i necessari

collegamenti con le scelte che le unità fondamentali del sistema intendono adottare. In tal senso la già segnalata necessaria attenzione in direzione dell'istituzionalizzazione delle reti nefrologiche, potrebbe, se coronata da successo, individuare i tratti fondamentali di raccordo tra le diverse – e, a volte, divergenti – razionalità presenti nel sistema, oltre a rappresentare un elemento strutturale di consolidamento delle forme di coordinamento e cooperazione.

Il terreno dell'attuazione risulta poi quello privilegiato sul quale misurare l'effettiva capacità di «tenere insieme» sulle prospettive strategiche l'intera comunità professionale o, comunque, una parte sufficientemente significativa di essa. Nel disegno proposto non si tratta, infatti, di puntare su poche eccellenze, ma di investire su uno sviluppo unitario che implica la possibilità e la capacità di valorizzare la maggior parte delle esperienze in atto. La mobilitazione effettiva anche delle situazioni meno solide e il loro inserimento in un percorso di crescita, saldamento agganciato a quello dell'intera nefrologia, è una responsabilità che deve essere primariamente avvertita dalle esperienze più consolidate. Queste, godendo in prospettiva dei vantaggi maggiori, dovranno probabilmente prepararsi a sopportare i costi necessari per «mettere in moto» l'intera comunità e porsi attivamente il problema di una riduzione delle distanze nelle modalità di funzionamento e nei risultati prodotti dalle diverse unità. La logica da assumere dovrà essere, quindi, quella della messa a disposizione di opportunità e non di un semplice trasferimento di modelli, addirittura sotto forma di prescrizione.

Rimanendo nel campo dell'attuazione, è necessario che gli orientamenti strategici riescano a trovare rapidamente ambiti di applicazione operativa cui corrisponda anche una esplicita assunzione di responsabilità da parte di membri riconosciuti e influenti della comunità professionale. La costituzione, ad esempio, di gruppi di lavoro incaricati di avviare azioni specifiche rispetto a temi rilevanti per le prospettive strategiche risponde, da questo punto di vista, a due necessità diverse. La prima è che la strategia pur rimanendo essenzialmente un quadro generale di orientamento per decisioni e comportamenti di natura corrente, ha anche bisogno di azioni attuative specifiche, magari poche e signifi-

cative. Queste possono snodarsi anche in archi temporali estesi, ma vanno rapidamente avviate e nel tempo monitorate. La seconda è relativa al coinvolgimento e a una assunzione di responsabilità diffusa nella comunità professionale, indispensabile in un contesto di azione collettiva su base sostanzialmente volontaria, nel quale la costruzione del consenso sui corsi di azione da intraprendere rimane essenzialmente legata a processi di natura *bottom up*.

È appena il caso di sottolineare che l'attenzione che deve essere necessariamente posta su programmi e azioni che derivano dal perseguimento delle prospettive strategiche non può, comunque, fare dimenticare le esigenze del presente e del futuro più prossimo, come, ad esempio, quelle relative al dimensionamento delle scuole di specialità. Si tratta quindi di mantenere, nelle azioni che la comunità professionale promuove, un equilibrio tra esigenze che si collocano su archi temporali diversi. Infatti, una adeguata risposta alle domande del presente è condizione indispensabile per la sopravvivenza, ma il futuro deve essere preparato se si vuole garantire lo sviluppo.

Una ultima, fondamentale condizione da assicurare è relativa alla continuità che deve caratterizzare uno sforzo di orientamento dei comportamenti che si estenda sul medio-lungo periodo. Un ruolo centrale in tal senso assumono le persone designate a rappresentare la comunità professionale o che comunque sono in grado di esprimere un certo grado di *leadership*. Tra di esse possono essere presenti accenti diversi e gli stessi equilibri in termini di capacità di influenza e potere formale tra i diversi soggetti possono mutare con il passare del tempo, ma la visione di fondo relativa alle prospettive di sviluppo dovrebbe essere un elemento comune e fundamentalmente stabile. Non è pensabile l'alternarsi di prospettive diverse su temi che necessitano tempi relativamente lunghi per poter dispiegare i loro effetti, pena l'irrelevanza di ogni singola prospettiva che finirebbe così per essere soltanto uno strumento nella competizione per le zone di influenza, senza nessuna possibilità di ricaduta effettiva. Il mantenimento della continuità può essere facilitato dalla robustezza della prospettiva strategica o da alcuni meccanismi specifici di *governance* della professione, ma

difficilmente riesce a prescindere da un patto sostanziale che la *leadership* della professione deve costruire e che consegue a una piena ed effettiva assunzione di responsabilità nei confronti della nefrologia e del suo futuro.

La riflessione che è stata fin qui sviluppata si conclude quindi – e probabilmente non avrebbe potuto essere che così – con un richiamo al ruolo che la comunità professionale nei suoi livelli più rappresentativi può svolgere nell’influenzare il proprio futuro. Le variabili che possono intervenire nel definire i percorsi di sviluppo che la nefrologia sarà in grado di seguire sono molteplici e molte si collocano al di là della sfera di intervento della professione. Rimane, però, comunque fondamentale la capacità di operare scelte consapevoli e di aggregare intorno ad esse le migliori energie che la comunità professionale è in grado di esprimere. I contenuti

che sono stati qui presentati intendono essere uno stimolo in tal senso.

Note

1. La letteratura sulle professioni, e quelle sanitarie in particolare, è particolarmente estesa, soprattutto da parte degli studiosi di matrice sociologica, come, ad esempio Freidson (1988, 2001). Una utile introduzione con riferimento al contesto italiano si trova in Tousijn (2000).
2. Per una analisi dettagliata si rimanda al numero monografico del *Giornale Italiano di Nefrologia* di prossima pubblicazione (GIN n. 1, 2010).
3. Questo tipo di rete si manifesta quando i professionisti e le strutture all’interno delle quali operano (ad esempio, i nefrologi e le unità operative di nefrologia) collaborano con i professionisti o i servizi di specialità complementari (si pensi ai cardiologi, ai diabetologi e ai medici di medicina generale per la gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica, o ai chirurghi per i trapianti di rene) e condividono adeguati percorsi di diagnosi e cura.

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

- BARRETTA A.D. (a cura di) (2009), *L'integrazione socio-sanitaria: Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna.
- CARBONE C., LEGA F., SALVATORE D., TOZZI V. (2007), «Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- CICCHETTI A. (2002), *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro*, Vita e Pensiero, Milano.
- DE PIETRO C. (2009), «L'invecchiamento del personale SSN», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano, pp. 469-91.
- DE PIETRO C. (2006), «La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, pp. 565-90.
- FREISON E. (2001), *On the Practice of Knowledge Professionalism: the Third Logic*, The University of Chicago Press, Chicago.
- FREISON E. (1988), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, The University of Chicago Press, Chicago.
- GIARELLI G., VENNERI E. (2009), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Franco Angeli, Milano.
- LEGA F., TOZZI V. (2009), «Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- MACINATI M.S. (2008), «Outsourcing in the Italian National Health Service: findings from a national survey», *The International Journal of Health Planning and Management*, n. 1, pp. 21-36.
- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

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

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 contengano 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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

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.

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

Il Servizio Sanitario Militare

FEDERICO MARMO, VALERIA RAPPINI, FRANCESCO ZAVATTARO

According to the developments of the geopolitical strategic situation and the global economic dimension, military health services of the major NATO countries are experienced a deep transformation. The aim of this paper is to explain how history, traditions, structure and procedures of the Italian Military Health Service are taking action concerning the new strategies and the recent perspectives on modern warfare. The second paragraph introduces origins, general concepts, mission and basic functions of military medicine and health service support. The third paragraph tackles the discussion about the evolution of the Italian Armed Forces. The following paragraphs (4-7) deal with the current organization of the Italian Military Health Service and its main features and peculiarities. The eighth paragraph describes the solutions worked out in some European Countries in order to manage the transformation. Final perspectives and conclusion are in the last paragraph.

Keywords: military medicine, health service support, Military Health Service

Parole chiave: medicina militare, organizzazione sistemi sanitari, sistema sanitario militare

Note sugli autori

Il Magg. Gen. Federico Marmo è Vice-Comandante Logistico e Capo Dipartimento Sanità dell'Esercito
Valeria Rappini è docente SDA Bocconi ricercatore CER GAS

Francesco Zavattaro è docente senior SDA Bocconi

1. Premessa

Parallelamente a quanto sta avvenendo nel più ampio contesto delle Forze armate, anche i servizi sanitari militari dei principali Paesi aderenti alla Nato stanno attraversando un processo di profonda trasformazione e rinnovamento, le cui determinanti principali sono:

- la definizione di nuove strategie di intervento internazionale finalizzate al *peace keeping* e al *peace enforcing*, in territori fortemente caratterizzati dalla presenza di fenomeni terroristici;

- la modifica della composizione qualitativa delle Forze armate collegata al superamento della leva obbligatoria e alla conseguente professionalizzazione della figura del militare;

- l'orientamento verso forme di integrazione con i sistemi sanitari nazionali per fornire un'adeguata assistenza al personale militare in Patria e per garantire la necessaria formazione e addestramento al personale medico da impiegare nei teatri operativi.

Scopo del presente contributo è quindi quello di fornire un primo quadro rappresentativo della realtà del Servizio sanitario militare (Ssm) italiano, poco conosciuta e presente nella pubblicistica sulla sanità, con l'intento di stimolare alcune riflessioni su come le direttrici evolutive appena delineate si possano innestare nella storia e nel contesto attuale del Servizio sanitario militare stesso e delle Forze armate italiane più in generale.

In particolare:

- nel § 2 si introducono brevemente gli scopi e le funzioni che, in chiave storica, hanno assolto i servizi sanitari militari, evidenziando i principali fattori che ne hanno determinato, e ne potranno determinare in futuro, la trasformazione;

SOMMARIO

1. Premessa
2. Origine e funzioni della sanità militare
3. L'evoluzione del contesto delle Forze armate
4. L'attuale assetto del Ssm italiano
5. Le categorie di destinatari
6. L'organizzazione campale: i *ROLE*
7. La programmazione economico-finanziaria e il sistema di bilancio
8. Alcuni esempi europei di Servizio sanitario militare
9. Alcune considerazioni conclusive

– il § 3 è dedicato all'approfondimento dei principali vettori di cambiamento attualmente in atto nel contesto delle Forze armate italiane e con cui la stessa sanità militare è chiamata a confrontarsi;

– nei successivi paragrafi (4-7) si approfondiscono le caratteristiche dell'attuale assetto del Servizio sanitario militare (Ssm) italiano, descrivendone l'organizzazione, le categorie di utenti e il processo di programmazione economico-finanziaria;

– il § 8 riporta, a scopo comparativo, i principali tratti caratteristici dei servizi sanitari militari di alcuni Paesi europei con l'evidenziazione delle soluzioni adottate per fronteggiare i cambiamenti;

– infine, nell'ultimo paragrafo, si incrociano le istanze di cambiamento espresse in generale dalle Forze armate con le attuali caratteristiche del Ssm italiano per evidenziare, anche in relazione a quanto già in atto negli altri Paesi Nato, i problemi di fondo che il Servizio sanitario militare italiano si trova ad affrontare e alcuni possibili ambiti di riprogettazione.

2. Origine e funzioni della sanità militare

Anticamente i guerrieri si distinguevano per la forza e il coraggio che mostravano in battaglia, ma molto spesso anche per la capacità di sanare o lenire le ferite che i propri compagni riportavano in combattimento talché, almeno i più valorosi, erano un po' medici pur non potendosi dire tali nel senso pieno del termine, anzi mantenendo sempre la prioritaria identità di combattente. In tal senso, l'omerico Achille è certamente la figura più paradigmatica (tra l'altro su un vaso del 500 a.C., proveniente da Vulci, e conservato al Berlin Staatliche Antikensammlungen, è raffigurato Achille che medica Patroclo ferito). Se questa sia una verità o solo una leggenda non è dato sapere, ma certamente è interessante notare come il mito del «guerriero-guaritore» esprima una condizione certamente possibile, o quanto meno un'aspirazione o una necessità percepita fin dall'antichità, che trova corrispondenza nel tempo attuale in tutti gli eserciti dove si è affermata sempre più l'esigenza che ogni soldato sia capace non solo di combattere ma anche, pur non essendo medico, di soccorrere all'occorrenza se stesso e i suoi commilitoni. In tutti

gli eserciti moderni il soldato è addestrato a compiere le manovre salvavita essenziali per l'auto-mutuo soccorso ed esistono anche figure particolari di combattenti, i cosiddetti *combat medics*, soldati non medici addestrati per compiere manovre cliniche più complesse. Una tale associazione «combattente-soccorritore», al di là dell'indubbio fascino letterario ed etico, risponde oggi come allora a ragioni di opportunità e convenienza: *under fire* è certamente più funzionale la presenza di un soldato capace di effettuare un primo soccorso immediato al commilitone ferito, che non quella di un medico che, per ovvie ragioni, non sempre può essere immediatamente presente e che comunque, nell'imminenza del trauma e nelle condizioni operative in cui esso si verifica, ben poco di più può fare in virtù delle sue conoscenze. Il medico, peraltro, vincolato alle convenzioni di Ginevra e di diritto umanitario, deve anche essere difeso, sottraendo forze disponibili.

Le principali ragioni della nascita e dello sviluppo della medicina militare sono, dunque, da ricercare prevalentemente nelle specificità del contesto ambientale, quello della battaglia, in cui questa è esercitata. Quando si opera la medicina in situazioni ostili e in scenari di guerra sono necessarie e auspicabili modifiche e adattamenti comportamentali e tecnici rispetto alle abituali prassi. Le condizioni imposte dal campo di battaglia influenzano notevolmente le decisioni da prendere per il trattamento dei pazienti e le procedure di intervento possono anche diversificarsi da quanto è codificato per l'assistenza a un ferito in condizioni normali. La necessità di avere un servizio sanitario esclusivo è, quindi, dettata da esigenze specifiche di «aderenza» all'attività operativa, ma anche dalle peculiarità della condizione militare. Ed è proprio l'obiettiva necessità di una specifica professionalità e mentalità, più che una resistenza culturale nell'accogliere, tra i ranghi militari, medici d'estrazione borghese, o comunque non avvezzi alle prassi operative militari, che ha determinato nel tempo l'affermarsi della medicina militare quasi come una branca con una sua peculiare dimensione specialistica.

Il soccorso ai feriti ha da sempre rappresentato un problema cruciale degli eserciti, affrontato con maggiore o minore attenzione a seconda delle epoche, delle situazioni e delle culture. La battaglia di Kadesh del

1274 a.C. tra egizi e ittiti sembra essere il primo evento militare di cui si ha memoria nel quale sia stato impiegato personale con compiti sanitari. Merita una menzione, per l'interesse storico-artistico che riveste, l'affresco del I secolo d.C. ritrovato nella casa di Sirico a Pompei e conservato presso il Museo Archeologico di Napoli che raffigura il medico Yapi intento a curare Enea ferito nella battaglia contro Turno re dei Rutuli. L'episodio raffigurato è narrato nell'Eneide da Virgilio. Questa probabilmente è la prima immagine di un medico «italico» che cura un guerriero ed è pertanto particolarmente significativa, anche perché nel testo virgiliano e nella raffigurazione pittorica sono espressi valori e sentimenti che animano ancor oggi l'agire del medico militare. Da allora, figure più o meno qualificate nella cura delle ferite (anche i barbieri in certe epoche si dedicavano a tale attività) e poi veri e propri medici e chirurghi hanno seguito sempre le Forze armate, ma si può parlare di un vero e proprio servizio sanitario militare a partire dal tardo XVII secolo con la formazione degli eserciti permanenti, dove cominciano a trovar posto anche medici laureati regolarmente stipendiati per curare gratuitamente la truppa.

Nel tempo la medicina militare ha gradualmente ampliato le proprie competenze anche a ragione dell'evoluzione della scienza medica e della sua applicazione ai contesti operativi: dall'introduzione dei primi sistemi organizzati di assistenza chirurgica in guerra, che consentirono una consistente riduzione del numero di morti, fino allo sviluppo di più razionali tecniche d'igiene e profilassi indispensabili nei casi di convivenza di grandi masse d'individui e soprattutto per dominare gli enormi focolai infettivi che spesso causavano più perdite per malattie di quelle provocate dagli stessi combattimenti.

Il primo conflitto mondiale ha rappresentato una significativa novità rispetto a tutte le guerre precedenti. Un conflitto combattuto da eserciti di popolo, reclutati con la leva obbligatoria, con il problema di valutare l'idoneità al servizio di grandi masse di individui oltre a quello di assistere un numero enorme di feriti, spesso con la necessità di integrare la sanità militare con personale medico e infermieristico civile, senza con ciò indebolire l'assistenza alla popolazione nelle retrovie (Clerici, Mesturini, Steffano, 2001). Nata

inizialmente nell'ambito dell'esercito, la sanità militare si è quindi potenziata e strutturata nel corso delle grandi guerre, sviluppandosi contestualmente con soluzioni diverse, per le diverse finalità d'impiego, in Marina e in Aeronautica. La sanità militare è, quindi, cambiata nel tempo ampliando la gamma delle sue funzioni, che classicamente sono rappresentate da:

- assistenza sanitaria del personale militare, sia in patria, e durante i periodi di pace, sia in attività operative fuori dai confini nazionali;
- tutela della salute e attività di prevenzione estesa a tutti gli aspetti della vita del soldato: dalla sorveglianza igienica su alimentazione, approvvigionamento idrico, alloggiamenti, addestramento, fino alla lotta alle malattie infettive e parassitarie, alla promozione di corretti comportamenti e stili di vita, all'educazione e istruzione sanitaria;
- attività medico-legale per l'accertamento dell'idoneità psicofisica al servizio e il riconoscimento delle patologie dipendenti dal servizio ai fini risarcitivi e pensionistici;
- formazione avanzata e aggiornamento professionale del personale, basato soprattutto sul *training on job*.

Nel contesto militare, la tutela della salute è anche una responsabilità insita nella stessa funzione di comando e costituisce altresì una precisa responsabilità individuale. Nella disciplina militare è normalmente previsto che ogni militare si faccia carico della propria salute, di cui sono corresponsabili i livelli gerarchici superiori (**box 1**).

Rafforzato e specializzato per intervenire in situazioni di emergenza, negli anni del dopoguerra il servizio sanitario militare è anche spesso intervenuto a favore delle popolazioni civili in occasione di grandi calamità naturali e di epidemie. Nel tempo si è poi affermata l'idea di estendere l'assistenza sanitaria prevista per i militari in servizio anche alle loro famiglie. Nel 1884, in particolare, il Congresso degli Stati Uniti stabilì esplicitamente che «medical officers of the Army and contract surgeons shall whenever possible attend the families of the officers and soldiers free of charge» (Hosek, Cecchine, 2001). L'inclusione dei familiari nelle categorie assistite

Box 1

Riferimenti del regolamento di disciplina militare italiano in relazione allo stato di salute

«... Il militare ha il dovere di migliorare e conservare le proprie capacità fisiche e psichiche per poter disimpegnare con competenza ed efficacia l'incarico ricevuto e fare appropriato uso delle armi e dei mezzi affidatigli ...»

(Regolamento di Disciplina Militare, Art. 15).

«... Il superiore deve (...) assicurare il rispetto delle norme di sicurezza e di prevenzione per salvaguardare l'integrità fisica dei dipendenti ...»

(Regolamento di Disciplina Militare, Art. 21).

dal Sistema sanitario militare è presente in Italia e in molti altri Paesi.

Più recentemente, il quadro delle alleanze internazionali, le nuove dinamiche di conflitto nei teatri operativi, il passaggio dal servizio obbligatorio di leva al servizio volontario, lo sviluppo stesso della scienza medica e delle sue applicazioni hanno avviato un ulteriore processo di revisione e aggiornamento dei servizi sanitari militari. L'attuale Sistema sanitario militare sta sostanzialmente evolvendo da un modello di assistenza a largo spettro, tipico dell'esercito di leva, a un modello più mirato alle nuove specifiche esigenze operative delle Forze armate (Garano, 2006). Al soldato di oggi sono richieste non solo maggiori conoscenze e competenze tecniche, ma anche capacità di percepire e affrontare adeguatamente minacce e rischi di varia natura, non sempre prevedibili, e di resistere a condizioni ambientali talora estreme. In tale ottica, la moderna medicina militare deve essere in grado di assistere e sostenere il soldato nel continuo processo di promozione e mantenimento della propria efficienza psicofisica, in tutti i contesti e circostanze di operatività. Le attuali strategie e condizioni di intervento spingono quindi verso lo sviluppo di nuove aree di attività nei sistemi sanitari militari dei diversi Paesi alleati quali, ad esempio, l'*intelligence* sanitaria, la sorveglianza epidemiologica (Rödig, 2004) o, ancora, lo sviluppo di conoscenze per la difesa da minacce CBRN (protezione Chimica, Biologica, Radiologica e Nucleare), identificato come uno dei principali compiti trasversali di sicurezza in ambito Ue.¹

3. L'evoluzione del contesto delle Forze armate

Le Forze armate italiane, in analogia a quanto già avvenuto nei principali Paesi

aderenti Nato, hanno avviato un processo di profonda riorganizzazione, i cui elementi di maggiore novità sono:

- la sospensione della leva obbligatoria, con la contestuale professionalizzazione del servizio militare;
- lo sviluppo di nuove strategie di intervento internazionale per le attività di *peace keeping* e *peace enforcing*, in territori talora caratterizzati dalla presenza di fenomeni terroristici;
- l'introduzione di tecnologie di alta specializzazione in ogni settore dell'azione militare.

Per l'Italia, l'introduzione del modello cosiddetto professionale ha portato a «... un primo passaggio attraverso un modello transitorio misto leva/volontari, introdotto nell'anno 2000, e alla sua completa attuazione nel 2005, con un anticipo di 2 anni rispetto alle iniziali previsioni ... L'entità complessiva di 190.000 unità per Esercito, Marina e Aeronautica, prevista e raggiunta nel 2007, rappresenta una notevole diminuzione rispetto alle 290.000 unità precedenti, con una riduzione pari a circa il 30% della forza impiegata ... Il processo, ancora in corso, ha richiesto l'adozione di una grande quantità di misure e disposti legislativi ad hoc che hanno interessato pressoché tutti i settori delle Forze armate. In totale, si sono succeduti circa 580 provvedimenti di soppressione e di riorganizzazione in meno di 10 anni ...» (Camporini, 2008). Questa trasformazione ha avviato una profonda e complessa razionalizzazione organizzativa delle Forze armate, dando vita a una vera e propria «rivoluzione copernicana» nella struttura e nei meccanismi operativi di funzionamento. Il processo di riduzione numerica nei ruoli del personale dei dirigenti

militari nelle varie Forze armate è avvenuto soprattutto ricorrendo al criterio dell'anzianità di servizio, con conseguente riduzione dell'età media. Anche la categoria dei sottufficiali, composta dal ruolo dei Marescialli e dei Sergenti, è stata coinvolta da un'analoga consistente riduzione numerica sulla base dell'età e dell'anno di arruolamento.

La consistenza delle Forze armate, suddivise in Esercito Italiano (EI), Marina Militare (MM), Aeronautica Militare (AM), Arma dei Carabinieri (CC), è rappresentata nella **tabella 1** utilizzando la tipica suddivisione per categorie:

- Ufficiali;
- Sottufficiali (composta dal ruolo dei Marescialli e dei Sergenti);
- Truppa, composta dal ruolo dei Volontari in Ferma prolungata (VFP), che prestano servizio per un anno (salvo la possibilità di rafferma) e raffermati in servizio, mediante concorso, per ulteriori 4 anni, e dal ruolo dei Volontari in Servizio permanente (VSP).

Nella tabella 1 si riportano, oltre al dato delle consistenze delle Forze armate alla data del 1° gennaio 2006, anche i valori corrispondenti previsti a regime per il 1° gennaio 2021.

Proprio durante il processo di professionalizzazione dei sistemi militari, a partire dalla fine degli anni '90, inizia a svilupparsi in maniera esponenziale l'impegno delle Forze armate nelle operazioni all'estero. Accanto ai compiti specifici, e storicamente sviluppati, di difesa del territorio (terrestre,

marittimo e aereo), di salvaguardia delle istituzioni (come, ad esempio, la protezione di obiettivi sensibili, le operazioni di ordine pubblico e la lotta alla criminalità organizzata), di concorso per pubbliche calamità e in caso di necessità e urgenza (come la campagna antincendi, la bonifica del territorio o, più recentemente, per l'emergenza rifiuti in Campagna), è sensibilmente aumentato anche il contributo delle Forze armate per il mantenimento della pace e della sicurezza nel contesto mondiale, questione divenuta prioritaria per la Comunità internazionale. La Nato e l'Ue, che costituiscono i pilastri principali di riferimento delle relazioni internazionali per l'Italia, e quindi anche l'ambito privilegiato delle alleanze in cui la Difesa e le Forze armate italiane si trovano a operare, hanno richiesto uno sviluppo coerente delle capacità militari. Per dimensionare a grandi linee il fenomeno,² si può considerare che il coinvolgimento delle Forze armate italiane in operazioni collegate alla partecipazione a organizzazioni e comandi permanenti comporta un impiego totale di circa 2.500 unità (soprattutto Ufficiali e Sottufficiali di tutte le Armi, compresa quella dei Carabinieri) e richiede la presenza costante fuori del territorio nazionale di circa il 10% dei quadri ufficiali (22.250). La partecipazione a missioni nei diversi teatri operativi ha visto nel 2008 un impiego totale di circa 8.700 unità (Ufficiali, Sottufficiali e truppa), ma in passato ha raggiunto anche punte superiori alle 12.000 unità. L'impiego attuale risulta, peraltro, in linea con gli impegni assunti dall'Italia in ambito Nato, che prevedono un

		Esercito	Marina	Aeronautica	Carabinieri	Totale Forze armate
Personale interessato dal processo di professionalizzazione	Ufficiali	13.718	4.247	6.613	3.919	28.497
	Marescialli	22.572	14.678	28.762	29.268	95.280
	Sergenti	4.093	3.284	3.066	19.312	29.755
	VSP	21.889	3.594	2.007	59.654	87.144
	VFP	47.617	8.732	5.029	0	61.378
Altro personale		1.225	1.489	444	131	3.289
Totale		111.114	36.024	45.921	112.284	305.343
Valori a regime		112.000	34.000	44.000	112.284	302.284

Tabella 1

Le consistenze al 1° gennaio 2006 divise per ruolo e Forza armata

Fonte: Decreto Legislativo 8 maggio 2001 n. 215 e successivi

numero complessivo di uomini «proiettabili» pari a 14.900 unità.

La dimensione crescente dell'impegno in operazioni militari all'estero ha avuto ovviamente conseguenze negli assetti organizzativi delle Forze armate. In particolare, la ristrutturazione ha comportato, analogamente a quanto avvenuto in altri Paesi, l'introduzione di strutture di vertice e comandi operanti in una logica interforze. Attualmente, il Capo di Stato Maggiore della Difesa (legge n. 25 del 18 febbraio 1997) è posto in posizione sovraordinata rispetto ai Capi di Stato Maggiore delle Forze armate. Dipende direttamente dal Ministro della difesa ed è ora responsabile della pianificazione, della predisposizione e dell'impiego delle Forze armate nel loro complesso. Il Comando operativo interforze (COI), introdotto per effetto della stessa legge, è il Comando del Capo di Stato Maggiore della difesa, attraverso il quale egli pianifica, predisporre e dirige le operazioni. Il COI effettua la pianificazione operativa e dirige le operazioni e le esercitazioni interforze. Lo stesso COI sviluppa le metodologie per la simulazione degli scenari strategici e operativi, analizza le attività, trandone insegnamenti ed elaborando correttivi, sviluppa la dottrina operativa, fornisce il

contributo all'elaborazione della dottrina Nato e delle altre organizzazioni internazionali. In relazione alle caratteristiche di ciascuna operazione, viene costituita una *task force*, alle dirette dipendenze del Comando operativo interforze (COI) in cui possono confluire, Reggimenti dell'Esercito³ e altre unità delle diverse Armi.

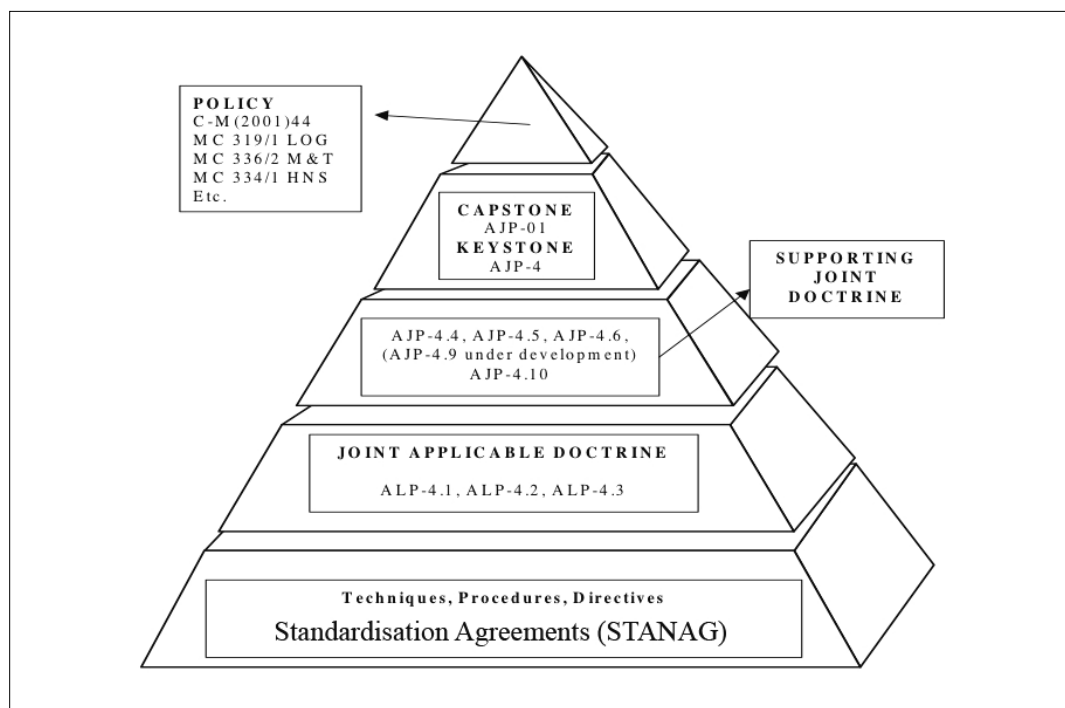
Le configurazioni del campo di battaglia in isole operative frammentate, di diversa intensità e con spazi di manovra asimmetrici, hanno avvalorato inoltre la necessità di sviluppare forme unitarie negli assetti logistici impiegati, indipendentemente dalla Forza armata di appartenenza e, nel prossimo futuro, anche dalla nazionalità. A partire dal 1992 si è operato un radicale cambio di prospettiva nell'affrontare il sostegno alle operazioni, superando il criterio sino allora adottato di titolarità esclusiva e introducendo un principio di responsabilità collettiva tra alleati (Panunzi, Castagnotto, 2005).

Le Forze armate italiane, in virtù della partecipazione attiva all'alleanza atlantica, fondano la propria dottrina logistica sulle procedure comunemente elaborate e condivise in ambito Nato. La piramide dei riferimenti logistici internazionali (figura 1) fornisce la cornice formale di riferimento all'interno

Figura 1

La piramide dei riferimenti del sistema logistico multinazionale

Fonte: Castagnotto, Panunzi (2005)



della quale si può realizzare il coordinamento:

- delle esigenze peculiari dei singoli contingenti nazionali, nonché di quelle collettive;
- dei diversi settori logistici coinvolti, che possono essere in parte nazionali, in parte multinazionali;
- dei trasporti, che possono essere tanto più complessi quanto più lontani sono dalle fonti di approvvigionamento e dalle infrastrutture di accoglienza.

Le politiche e i principi di organizzazione discendono dalle direttive nazionali emanate dai diversi stati maggiori e che trovano il loro riferimento dottrinale nelle pubblicazioni del massimo livello strategico (*Military Committee - MC*) e strategico operativo (*Allied Joint Publication - AJP*). Le prassi operative nei contesti militari sono poi specificamente dettagliate in documenti denominati «accordi di standardizzazione» (STANAG, che è l'abbreviazione per *Standardization Agreement*). Ciascuno stato aderente al Patto atlantico ratifica ogni STANAG e lo implementa nelle proprie strutture e «comunità» militari. Lo scopo di tutto ciò è garantire l'uniformità delle procedure sul piano operativo, amministrativo e logistico, in modo che ciascun apparato militare nazionale possa, all'occorrenza, fare affidamento sulle analoghe organizzazioni alleate.

Anche l'Unione europea sta sviluppando la sua dimensione politica e di sicurezza. In questo percorso, una tappa essenziale è costituita dall'adozione nel 2005, da parte del Consiglio europeo, del documento intitolato

«Cornice concettuale dell'identità di sicurezza e difesa europea nella lotta al terrorismo internazionale» (Centro Studi Difesa e Sicurezza, 2006). In tale documento la proliferazione delle armi di distruzione di massa e dei relativi vettori è identificata come una delle cinque maggiori minacce.

In sintesi, i cambiamenti in atto nelle Forze armate non possono non incidere profondamente sull'assetto organizzativo, logistico e professionale del Servizio sanitario militare che è chiamato sempre più a sostenerne l'attività in Patria e all'estero. Come si è cercato di evidenziare, in particolare si è creata una sorta di forbice tra le esigenze di una crescente capacità tecnico-professionale nelle proiezioni internazionali e il ridimensionamento dei quadri delle Forze armate, che riducono di fatto il bacino d'utenza dei servizi sanitari in Patria, al punto di creare una reale minaccia alla possibilità di sviluppare e mantenere la professionalità richiesta.

4. L'attuale assetto del Ssm italiano

Nell'attuale assetto istitutivo, il Servizio sanitario militare italiano (Ssm) assicura l'assistenza sanitaria per tutto il personale della Difesa, militare e civile, ovunque impiegato, svolgendo compiti di tutela della salute ad ampio spettro, oltre ai compiti più specifici di medicina legale, nonché di addestramento e formazione del personale sanitario e di gestione farmaci e altro materiale (**box 2**). Il Servizio concorre inoltre all'assistenza e al soccorso della collettività nazionale nei casi di pubbliche calamità e svolge altresì missioni umanitarie all'estero, in occasione di specifiche direttive impartite dal Governo.

TITOLO II

COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO MILITARE

Il Servizio sanitario militare è l'organizzazione di persone, materiali, mezzi e infrastrutture, volta ad assicurare la tutela della salute e l'assistenza sanitaria al personale dell'amministrazione della Difesa ovunque impiegato. La tutela della salute comprende:

- medicina di base, medicina preventiva ed educazione sanitaria;
- diagnosi, ricovero, cura e riabilitazione;
- medicina legale;
- addestramento e formazione del personale;
- approvvigionamento e rifornimento di materiali e farmaci.

Box 2

I compiti del Servizio sanitario militare

Fonte: Comando Logistico dell'Esercito, Dipartimento di Sanità (2007)

Tali compiti, a seconda delle situazioni e delle esigenze, possono essere svolti in assetti interforze o multinazionali.

Vale la pena ricordare che il Ssm italiano è stato istituito, analogamente a quanto avvenuto in molti altri Paesi, in un'epoca in cui la cosiddetta «sanità civile» non era ancora organizzata. Nel tempo si è tuttavia verificato che, mentre il Servizio sanitario nazionale ha subito continue riforme e radicali cambiamenti, il Ssm riconosce tuttora quale testo fondamentale il Regolamento sul Servizio sanitario territoriale approvato con Regio decreto del 17 novembre 1932. Pur in assenza di una riforma organica e non ancora totalmente definita nelle sue linee essenziali, il Ssm sta comunque attraversando un processo di lenta ma progressiva trasformazione, ricalcando quanto sta avvenendo da tempo nel più ampio contesto delle Forze armate. Considerando le principali dinamiche in atto, evidenziate nel precedente § 3, e che presumibilmente potranno determinare diversi e più significativi cambiamenti sull'organizzazione del Ssm, gli interventi più recenti hanno sostanzialmente riguardato l'adeguamento alla nuova logica interforze prevista per gli organismi militari (**box 3**). L'applicazione delle ultime circolari e direttive del Capo di Stato Maggiore della Difesa e approvate dall'organo politico conserva un'organizzazione sanitaria specifica di ogni singola Forza armata cui si affianca, a partire dal 2005, un assetto territoriale interforze delle strutture sanitarie militari.

A livello centrale, nell'ambito dell'area tecnico-amministrativa del Ministero della Difesa, è identificata una Direzione generale della Sanità militare (Difesan) che sovrintende tutta l'attività sanitaria militare e provvede inoltre all'amministrazione dei capitoli di bilancio di pertinenza. L'attuale articolazio-

ne organizzativa prevede un ufficio del direttore generale e otto divisioni:

- 1) ricerca e altre attività scientifiche, medicina preventiva e sociale, pubblicistica sanitaria militare;
- 2) organizzazione sanitaria, studio e sviluppo tecnico, rapporti internazionali, formazione del personale medico e paramedico;
- 3) medicina curativa e riabilitativa, controllo tecnico sulle convenzioni;
- 4) medicina legale, psicologia militare, informatica e statistica sanitaria;
- 5) pianificazione dei materiali e spese in economia;
- 6) contratti;
- 7) liquidazione contratti, convezioni, attività sanitaria;
- 8) programmazione bilancio.

Analogamente agli altri uffici centrali e direzioni generali dell'area tecnico-amministrativa del Ministero della Difesa, anche Difesan è alle dipendenze del Segretariato generale della difesa - Direzione Nazionale degli Armamenti - DNA.⁴

L'area tecnico-militare del Ministero della Difesa, posta alle dipendenze dello Stato Maggiore della difesa, si articola negli Stati maggiori di Esercito, Marina, Aeronautica e nel Comando generale dell'Arma dei carabinieri, ciascuno con il proprio Ssm. L'Esercito riconduce al Comando logistico (COMLOG) la dipendenza del proprio servizio sanitario, il cui vertice è rappresentato dal Dipartimento di sanità. Quest'ultimo, a sua volta, ha alle dipendenze il Policlinico Militare «Celio» di Roma e il Centro studi e ricerche di sanità e veterinaria. Dal Comando logistico dipendono invece direttamente le due Direzioni di sanità territoriali (Nord e Sud) e, da quest'ultime, i Dipartimenti militari di Medicina legale (DMML), il centro

Box 3

La riforma strutturale delle Forze armate nell'articolo 1 del D.L.vo del 28 novembre 1997 n. 464

ARTICOLO 1

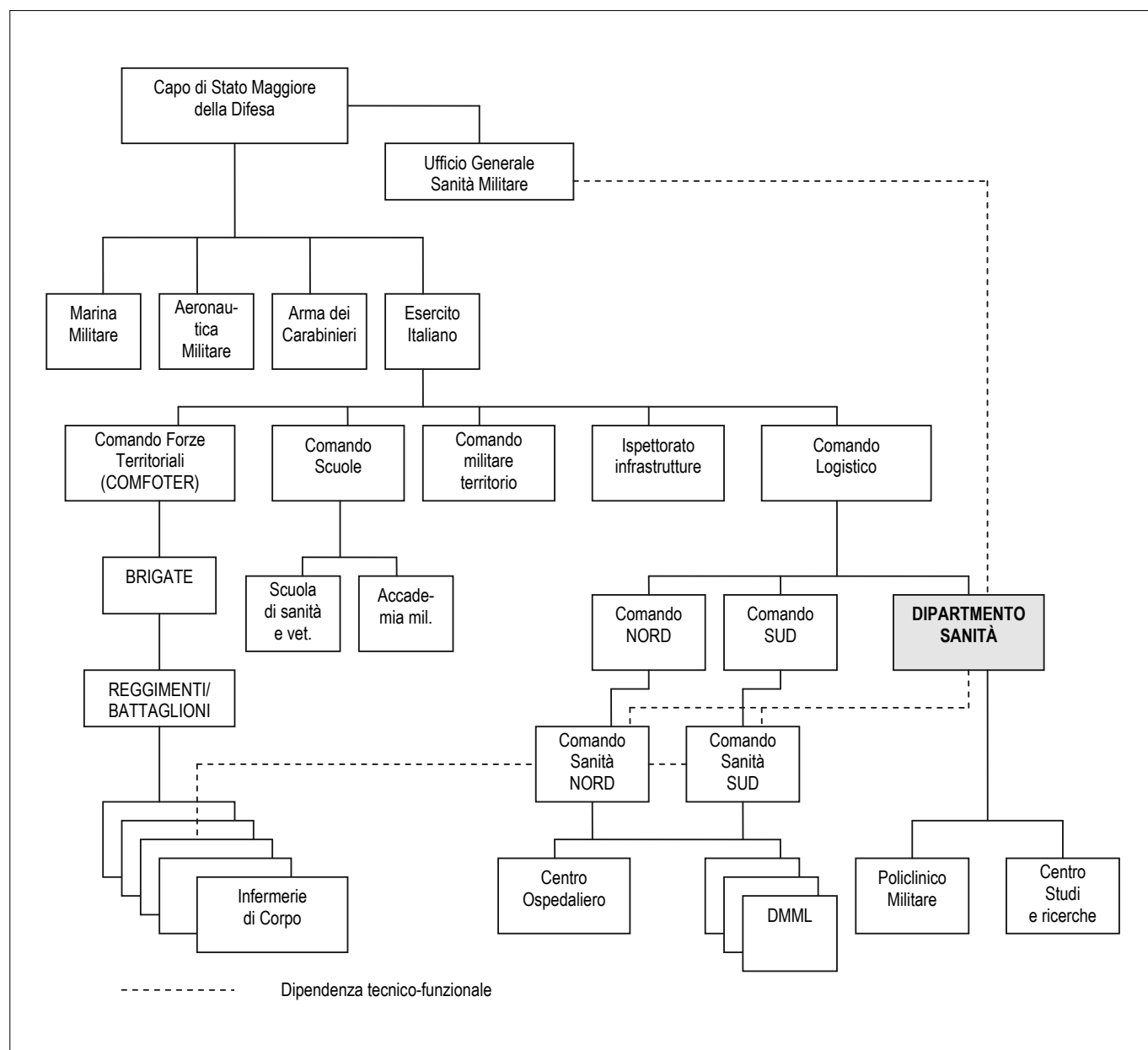
«... lo strumento militare, riordinato per effetto dei provvedimenti di cui al presente decreto, è volto a consentire la permanente disponibilità di strutture di comando e controllo di Forza armata e interforze, facilmente integrabili in complessi multinazionali, e di unità terrestri, navali ed aree di intervento rapido preposte alla difesa del territorio nazionale e delle vie di comunicazione marittime ed aree nonché finalizzato a partecipare a missioni anche multinazionali per interventi a supporto della pace ...».

medico di Milano e, con alcune significative eccezioni, le infermerie di corpo e presidiarie (**figura 2**). L'afferenza organizzativa del servizio sanitario dell'Aeronautica militare è equivalente a quella dell'Esercito, in quanto è alle dipendenze del Comando logistico ma, a differenza dell'Esercito, l'Aeronautica militare non dispone di un ospedale militare di ricovero e cura. Anche l'Arma dei carabinieri colloca il proprio vertice del sistema sanitario (Direzione sanità) alle dirette dipen-

denze dell'organo logistico (IV Reparto) ma, come l'Aeronautica, non dispone di strutture di ricovero e cura. Diversamente, il vertice sanitario della Marina militare (Ispettorato di sanità) è alle dirette dipendenze del Capo di Stato Maggiore della Marina e dispone di un centro ospedaliero con compiti di ricovero e cura (Centro Militare Ospedaliero di Taranto).

Di recente istituzione, e precisamente dell'aprile 2007, è l'Ufficio generale della

Figura 2
L'organizzazione del Ssm nell'Esercito italiano
Fonte: Comando Logistico dell'Esercito, Dipartimento di Sanità (2007)



Sanità militare, posto alle dirette dipendenze dello Stato Maggiore della difesa (figura 2) con il compito di trattare le problematiche di valenza trasversale quali, ad esempio, le attività di studio e ricerca di interesse per la sanità militare, il coordinamento dei progetti di telemedicina, la diffusione e l'aggiornamento della dottrina sanitaria militare interforze adottata in ambito Nato, la formazione del personale sanitario, nonché la pianificazione delle risorse finanziarie per gli organismi interforze. Nello svolgimento delle sue attività, l'Ufficio generale della Sanità militare opera in coordinamento con lo Stato Maggiore della difesa, le diverse strutture sanitarie delle quattro Forze armate e la Direzione generale della Sanità militare.

Come già precedentemente evidenziato, l'organizzazione del Ssm sul territorio nazionale si sta progressivamente trasformando. Già fortemente ridimensionata per effetto delle disposizioni di passaggio al cosiddetto modello professionale, analogamente a quanto avvenuto nel più ampio contesto delle Forze armate, a partire dal 1° gennaio 2007 risulta funzionante l'Assetto territoriale interforze degli Organismi sanitari militari, introdotto con una specifica direttiva del Capo di Stato Maggiore della Difesa (7 giugno 2005). Tale direttiva introduce elementi di novità, prevedendo un assetto in cui le diverse strutture sanitarie sul territorio

nazionale possono esprimere organici misti dell'Esercito, della Marina, dell'Aeronautica e dei Carabinieri (il cosiddetto personale EMAC). Attualmente sul territorio nazionale sono operanti tre principali tipologie di strutture (**tabella 2**) cui corrispondono specifiche funzioni:

– n. 1 Policlinico militare, il «Celio» di Roma, con funzioni di assistenza clinico terapeutica e di aggiornamento scientifico, costituisce l'unica struttura sanitaria con capacità di operare anche in settori di avanguardia, di collaborare in sperimentazioni cliniche e di svolgere attività didattica teorico-pratica per il personale sanitario;

– n. 2 Centri ospedalieri, dotati di capacità diagnostica di ricovero e cura e di organi medico legali necessari per la specifica attività;

– n. 13 Dipartimenti di medicina legale, preposti all'espletamento delle funzioni medico-legali secondo le normative in vigore.

I Servizi sanitari di corpo (Ssc) rappresentano l'unità organizzativa di base dell'organizzazione sanitaria militare. Apposite direttive delle quattro diverse Forze armate stabiliscono la loro distribuzione territoriale e logistica, gli ambiti di competenza e la dipendenza disciplinare e tecnica dei Servizi sanitari di corpo. I Ssc svolgono i seguenti compiti:

Tabella 2

Le strutture ospedaliere e medico legali nell'assetto territoriale interforze

Fonte: Comando Logistico dell'Esercito, Dipartimento di Sanità (2007)

Struttura sanitaria	Sede	Dipendenza di Forza armata
Policlinico militare «Celio»	Roma	Esercito
Centro Ospedaliero	Milano	Esercito
Centro Ospedaliero	Taranto	Marina
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Padova	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	La Spezia	Marina
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Roma	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Cagliari	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Bari	Aeronautica
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Torino	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Firenze	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Chieti	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Caserta	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Messina	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Palermo	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Milano	Esercito
Dipartimento Militare di Medicina Legale (DMML)	Taranto	Marina

- educazione sanitaria al personale;
- medicina preventiva;
- vigilanza igienico sanitaria;
- addestramento al primo soccorso;
- assistenza sanitaria;
- medicina legale.

Le «Infermerie di corpo» costituiscono la sede fisica dove è assicurato il servizio sanitario ai Corpi. Nei diversi enti, distaccamenti e reparti che sono sprovvisti di tale struttura, qualora necessario, possono essere istituiti appositi posti di medicazione, allo scopo di garantire la capillarità del primo intervento sanitario. A differenza delle Infermerie di corpo, queste strutture non dispongono di una sala di degenza per il ricovero di ammalati, ma di una semplice sala medica.

Complessivamente nel sistema sanitario delle Forze armate operano circa 4.500 tra medici, infermieri e operatori tecnici dell'assistenza (**tabella 3**). Per la formazione dei futuri medici militari ogni Forza armata dispone di una propria accademia, mentre la formazione di base è garantita dalle università civili. L'Esercito dispone inoltre di una Scuola a valenza interforze con sede a Rieti, il cui compito è quello di addestrare e specializzare personale delle Forze armate, e di altri Dicasteri, a prevenire e fronteggiare le emergenze in campo chimico, biologico, radiologico e nucleare – le cosiddette minacce CBRN –, sul territorio nazionale e in operazioni all'estero. La Scuola dispone, in particolare, di un'area di addestramento di circa 20 ettari, dove sono disponibili una ventina tra strutture, postazioni e ricostruzioni idonee a riprodurre situazioni operative sia per personale civile che militare. Allo scopo di consentire a tutte le componenti della Difesa, anche civile, di adire alle conoscenze di

base sulla difesa da minacce CBRN, lo Stato Maggiore della difesa ha, in via sperimentale, autorizzato l'apertura da parte della Scuola di un sito interattivo per la frequenza di corsi *on line*, di supporto ai corsi per il personale delle Forze armate, ma accessibili anche a personale individuato e segnalato da differenti Dicasteri.

5. Le categorie di destinatari

Nel passato il militare di leva veniva preso in carico dal Ssm e veniva di fatto cancellato dall'elenco degli assistiti del medico di base. L'emergere di nuove esigenze operative e dei conseguenti nuovi compiti della sanità militare, in un contestuale quadro di esigenze economiche, ha comportato la necessità di ridefinire in maniera precisa e dettagliata le tipologie di utenza aventi titolo alle prestazioni della sanità militare. Con specifico Decreto interministeriale del 31 ottobre 2000 il Ministro della sanità e il Ministro della difesa hanno individuato le categorie di destinatari e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari italiane. Sono state valutate «le esigenze che, nel mutato contesto organizzativo e operativo delle Forze armate, la sanità militare è chiamata a soddisfare» rilevando altresì «la necessità di assicurare un supporto sanitario di consistente e qualificato livello tecnico-professionale al personale militare nonché ad alcune particolari categorie di cittadini ed alle popolazioni civili nel corso di missioni e operazioni fuori area e negli interventi in occasione di pubbliche calamità». Inoltre è stata considerata «a tali fini la necessità di garantire l'ampliamento e l'aggiornamento della professionalità dei sanitari militari, impegnati in un ampio e diversificato ventaglio

	EI	AM	MM	CC
MEDICI	1010	298	217	68
FARMACISTI	58	–	14	2
VETERINARI	95	–	–	–
ODONTOIATRI	9	–	16	–
PSICOLOGI	37	–	6	–
INFERMIERI PROFESSIONALI	450	480	576	203
TECNICI RADIOLOGIA MEDICA	55	–	–	–
IGIENISTI DENTALI - ODONTOTECNICI	16	–	–	–

Tabella 3

Consistenza attuale del personale sanitario nelle Forze armate (dato soggetto a variazioni)

di patologie e tenuti a fornire prestazioni sanitarie di rilevante profilo su pazienti di ambo i sessi di tutte le fasce di età». All'art. 1 del Decreto interministeriale (si veda **box 4**) vengono elencate le specifiche categorie destinatarie delle prestazioni erogate dalla sanità militare, individuate al successivo art.

2. Infine l'art. 3 regola gli eventuali accordi contrattuali stipulabili.

6. L'organizzazione campale: i **ROLE**

In analogia con quanto previsto per il sistema logistico, anche i modelli di funzio-

Box 4

Decreto interministeriale del 31 ottobre 2000, il Ministro della sanità e il Ministro della difesa (*Gazzetta Ufficiale*, n. 271 del 20-11-2000)

All'**Articolo 1** vengono elencate categorie destinatarie delle prestazioni erogate dalla sanità militare:

1. La sanità militare eroga le prestazioni di cui all'art. 2 in favore delle seguenti categorie:
 - a) militari in servizio di leva nonché, ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio militare, iscritti di leva e loro parenti;
 - b) personale militare e civile della Difesa, in servizio e in quiescenza, per patologie correlate a ferite, lesioni e infermità riconosciute dipendenti da causa di servizio.
2. Possono beneficiare delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari, nei limiti consentiti dall'organizzazione dei servizi e fatte salve le prioritarie esigenze di cui al comma 1, le seguenti categorie:
 - a) personale militare e civile della Difesa, in servizio e in quiescenza, per cause diverse da quelle indicate al comma 1, lettera b);
 - b) coniuge, parenti e affini di primo grado del personale militare e civile della Difesa, in servizio e in quiescenza;
 - c) personale in servizio delle Forze di polizia ad ordinamento militare e, previa intesa con le strutture sanitarie militari, personale in servizio del Corpo militare della Croce rossa italiana, del Corpo delle infermiere volontarie ausiliarie delle Forze armate, appartenenti agli ordini religiosi che prestano la loro opera presso strutture militari;
 - d) personale in servizio presso gli organismi di informazione e sicurezza;
 - e) personale militare estero accreditato o in servizio in Italia e relativi coniuge, parenti ed affini di primo grado, a condizioni di reciprocità;
 - f) componenti degli organi costituzionali, sulla base di apposite convenzioni;
 - g) cittadini italiani e stranieri che, per motivi di opportunità o di sicurezza, necessitano di trattamenti sanitari in ambienti «protetti», previa autorizzazione del Ministro della difesa;
 - h) cittadini italiani e stranieri, che costituiscono casi di particolare interesse scientifico, clinico o umanitario, individuati di volta in volta con apposita determinazione dell'amministrazione della difesa, previa comunicazione al Ministero della sanità e nel rispetto, per i cittadini stranieri, delle vigenti disposizioni di legge in materia di autorizzazione al ricovero e cura in Italia;
 - i) cittadini ricoverati, per ragioni d'urgenza, su richiesta del sistema di emergenza sanitaria territoriale;
 - j) personale in servizio delle Forze di polizia ad ordinamento civile e delle altre amministrazioni pubbliche, limitatamente alla sola assistenza presso le strutture sanitarie militari campali, nel corso di missioni, operazioni fuori area ed in occasione di interventi di protezione civile.

All'**Articolo 2** sono specificate le tipologie delle prestazioni erogate dalla sanità militare: le strutture sanitarie militari erogano, nei limiti consentiti dall'organizzazione dei servizi, prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale, di day-hospital e di ricovero afferenti alle branche mediche e chirurgiche ritenute di peculiare interesse dall'amministrazione della difesa.

Infine l'**Articolo 3** regola gli eventuali accordi contrattuali stipulabili.

1. Con successivi decreti del Ministro della Sanità e del Ministro della Difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, tenuto conto delle categorie di beneficiari di cui all'art. 1, comma 2, e delle prestazioni di cui all'art. 2, sono individuate le strutture sanitarie militari, le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni oggetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, comma 2-ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
2. In attesa della stipula degli accordi di cui al comma 1 e salvo quanto sarà previsto dagli accordi medesimi, le strutture sanitarie militari possono avviare l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 2 in favore delle categorie destinatarie di cui all'art. 1.

namento della sanità militare in operazioni discendono dai principi e dalle politiche formulate in ambito Nato (si veda precedente figura 1) e, specificamente, dalla pubblicazione del massimo livello strategico MC 326/2 (Nato, 2004) e dalle correlate linee guida dottrinali AJP 4.10 (Nato, 2004). Gli accordi di standardizzazione discendenti, denominati STANAG, dettagliano, tra gli altri, anche aspetti procedurali molto specifici sui trattamenti sanitari in operazioni. Il modello organizzativo, amministrativo e il livello organico rimane comunque di pertinenza di ogni singolo Stato e si armonizza, in maniera differente da Paese a Paese, con l'assetto nazionale delle Forze armate e i rispettivi Servizi sanitari nazionali vigenti. Pur con alcune differenze di enfasi e focalizzazione, tutti i diversi Paesi alleati riconoscono l'importanza di una fase iniziale di preparazione alle missioni e includono nei propri programmi sanitari di supporto sia attività di prevenzione sia di riduzione dei rischi connessi. La **figura 3** riporta la schematizzazione elaborata dall'apposito centro della difesa inglese sui principi della propria dottrina (The Development Concepts

and Doctrine Centre, 2007) e valida, in linea generale, per descrivere le possibili fasi del processo di preparazione, pianificazione e erogazione del supporto sanitario alle operazioni. Durante la fase di intervento, le finalità dei programmi sanitari in ambito Nato sono quelle di esprimere nuclei sanitari omogenei, anche multinazionali (Department of Peace Keeping Operations, 1999). Tali nuclei adottano procedure standardizzate, applicando quanto previsto in documenti preventivamente approvati e ratificati, oltre a quelli creati *ad hoc* per ciascuna missione (*Standard Operative Procedures - SOP*).

Nei teatri operativi, soprattutto al di fuori dei confini nazionali, e in ambito forze multinazionali, le attività sanitarie militari campali hanno come obiettivo il mantenimento dell'efficienza psicofisica del personale attraverso:

- interventi di prevenzione;
- interventi finalizzati al soccorso immediato, stabilizzazione, sgombero, smistamento, trattamento di urgenza degli ammalati e/o feriti.

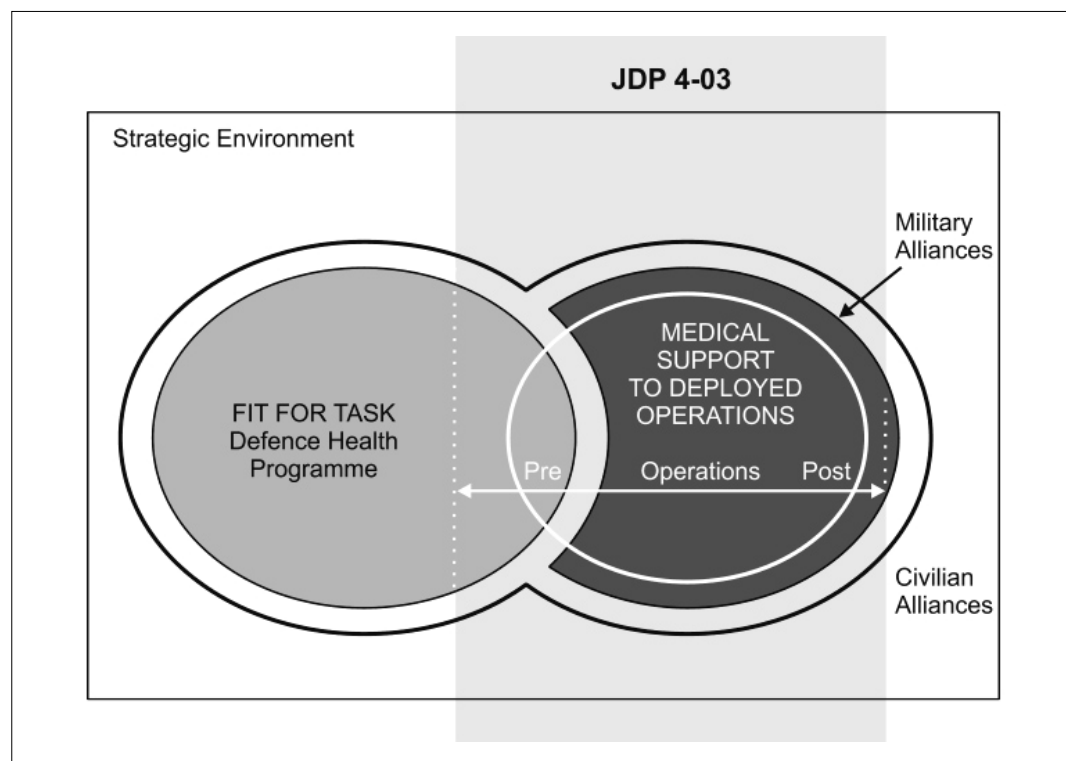


Figura 3

Gli scopi del supporto sanitario alle operazioni

Fonte: The Development Concepts and Doctrine Centre (2007)

Gli interventi di prevenzione sono tutte quelle misure di profilassi atte a impedire l'insorgenza di patologie sia di carattere generale (compresa la sicurezza nei luoghi di lavoro) sia originate dalle particolari condizioni nelle quali le forze devono operare (clima, malattie infettive e altri vettori contingenti dell'area operativa). Negli interventi di prevenzione rientrano anche l'educazione e l'addestramento sanitario del personale, il controllo degli alimenti, delle acque, degli alloggiamenti e altre misure igieniche di protezione *ad hoc* (es. disinfezione, disinfestazione, derattizzazione).

Il soccorso immediato consiste in quella serie ordinata di interventi urgenti che vengono effettuati all'atto e sul luogo in cui l'evento avverso si verifica, sia che veda coinvolto un singolo individuo sia nei casi di maxiemergenza. Per questo tutto il personale impiegato in operazioni deve essere addestrato sui concetti basilari del primo soccorso. L'azione iniziata con il soccorso prosegue con lo sgombero in cui si realizza il massimo coordinamento di varie attività al fine di trasportare il più rapidamente possibile i feriti in un luogo attrezzato e sicuro in cui possono beneficiare di cure e trattamenti di stabilizzazione, risolutivi al mantenimento delle funzioni vitali. Se le dimensioni dell'evento eccedono le possibilità di intervento sul campo e/o di sgombero e/o di trattamento, vengono applicati i principi del *triage* per le attività di smistamento che consistono nella selezione dei feriti al fine di stabilire le priorità di intervento in base alle possibilità di successo. L'intervento sanitario consiste nella sequenza delle azioni compiute sul personale ammalato e/o ferito per la sopravvivenza e il successivo recupero dell'efficienza psicofisica. Per ottemperare a questi compiti il servizio sanitario militare prevede una serie di requisiti strutturali e mezzi.

In aderenza a quanto previsto dalla Nato, le attività di sgombero e trattamento sono svolte a 4 diversi livelli, denominati «ROLE», che rispondono alla logica progressione delle attività sanitarie in ragione della loro complessità e della situazione operativa nella quale esse sono svolte (figura 4). Specificamente:

1. Il primo livello (*ROLE 1*) è inserito nelle unità militari minori. Esprime capacità di primo soccorso finalizzate a salvare la

vita e al *triage*. Inoltre assicura la salute e il benessere dell'unità con le misure di medicina preventiva e le cure mediche per le patologie minori. A questo primo livello, è prevista la visita di routine degli ammalati, il trattamento degli ammalati leggeri e dei feriti minori per il loro immediato recupero all'attività.

2. Il secondo livello (*ROLE 2*), normalmente collocato a livello di Brigata o superiore, è una struttura con capacità chirurgica finalizzata alla stabilizzazione del paziente al fine di consentirne la progressione lungo la catena di sgombero verso le strutture a maggiore capacità di risposta. A questo livello è attuabile anche il trattamento odontoiatrico d'emergenza.

3. Il terzo livello (*ROLE 3*) esprime una maggiore capacità diagnostica, medica e chirurgica poli-specialistica con strutture di ricovero.

4. Il quarto livello (*ROLE 4*) è la struttura ospedaliera extra teatro di operazioni, e in genere coincide con l'ospedale militare di uno dei Paesi alleati. Fornisce le cure definitive ai pazienti il cui trattamento richiede tempi maggiori di quelli previsti dalle politiche di sgombero in teatro (trattamenti specialistici medici e chirurgici, ricostruzione, riabilitazione e convalescenza) o per i quali le capacità presenti nel *ROLE 3* sono inadeguate, offrendo livelli di cura altamente specializzati. Queste attività vengono svolte a favore delle Forze armate nazionali, a sostegno di altri contingenti alleati e, nelle operazioni umanitarie, a favore della popolazione civile. Le strutture del *ROLE 4* devono quindi possedere specializzazioni e risorse materiali idonee a fronteggiare i fabbisogni derivanti dalle diverse componenti della popolazione (donne, bambini, ecc.).

Per quanto riguarda il Ssm italiano, il Policlinico militare di Roma Celio costituisce la struttura di riferimento per tutto il personale militare impiegato all'estero (*ROLE 4*) e partecipa alla costituzione delle unità di assistenza dispiegate nei teatri operativi (*ROLE 2/3*). L'esperienza pluriennale delle operazioni fuori area ha consentito, tra l'altro, di dimensionare il fabbisogno di *équipe* mediche, chirurgiche e di altre professionalità sanitarie in base alle caratteristiche delle operazioni fuori area. I «Reparti di Sanità» sono

le specifiche unità organizzative dell'Esercito che costituiscono gli ospedali da campo e che vengono utilizzati in corso di operazioni ed esercitazioni. Possono esprimere due tipi di strutture sanitarie (complesso sanitario mobile e complesso sanitario campale) sostanzialmente assimilabili a un *ROLE 2*, secondo la classificazione Nato. Nell'Esercito italiano sono situati a livello di Battaglione, inquadrati nei Reggimenti di manovra, i quali dipendono dalla Brigata logistica di proiezione e, per tramite di questa, dal Comando delle forze operative terrestri (ComFoTer). I Reparti di sanità sono attualmente 4 e inquadrati nel 1°, 6°, 10° e 24° Reggimento di manovra. Il personale medico e paramedico impiegato nei Reparti di sanità dell'Esercito non opera abitualmente nell'ambito degli stessi reparti, ma è organicamente inquadrato e presta servizio presso il Policlinico Mili-

tare Celio di Roma e il Centro ospedaliero di Milano (tabella 2).

7. La programmazione economico-finanziaria e il sistema di bilancio

La sanità militare non è soggetta a un meccanismo di finanziamento autonomo e indipendente, in qualche modo paragonabile al sistema di finanziamento utilizzato dal Ssn pubblico. Quest'ultimo, infatti, pur con le molte differenze che discendono dalla regionalizzazione del sistema, è basato in linea generale sul riconoscimento di una quota pro-capite e di tariffe per le attività specialistiche e di ricovero. Il sistema sanitario militare, per contro, continua a essere finanziato direttamente attraverso i capitoli di spesa del bilancio dello Stato e, più specificatamente, del Ministero della Difesa.

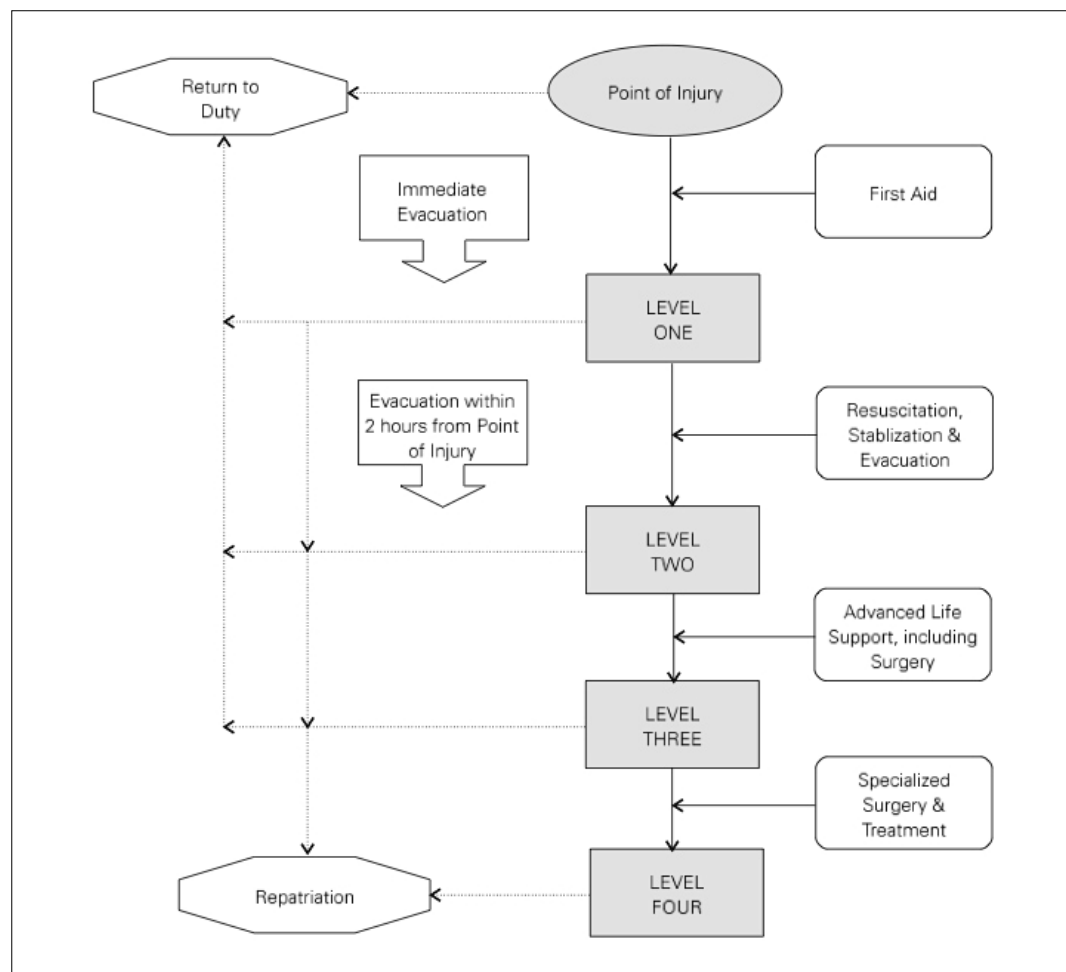


Figura 4

Il *planning* delle operazioni sanitarie campali

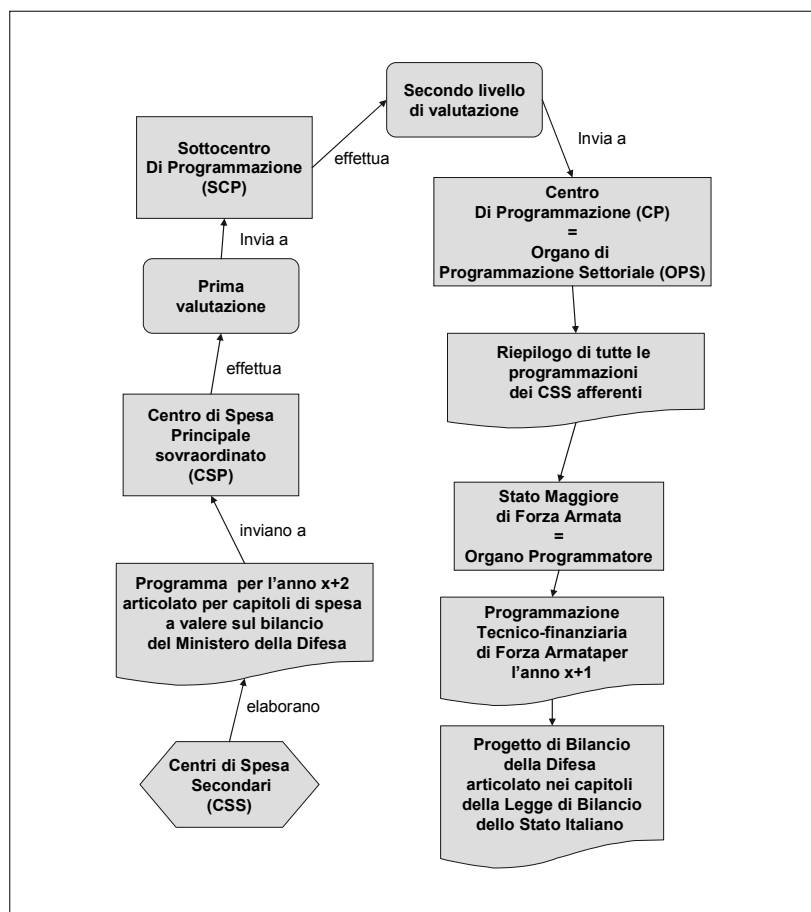
Fonte: Department of Peace Keeping Operations (1999)

La quantificazione delle risorse assegnate per ciascun anno al Ssm deriva, conseguentemente, da un complesso e articolato processo di programmazione economico-finanziaria, che si sviluppa per cicli biennali. Una rappresentazione significativa di tale processo è fornita dalla circolare 1400 dello Stato Maggiore dell'Esercito (Sme) che disciplina analiticamente i soggetti, le fasi e i tempi del processo di programmazione che porta all'elaborazione della proposta di bilancio della sanità militare per un dato anno. La **figura 5** fornisce una schematizzazione valida, in linea generale, per tutti gli organismi dell'esercito.

È interessante rilevare come il processo sia caratterizzato da una fase cosiddetta ascendente che, partendo da un programma di attività e spese predisposto nell'anno x , a valere per l'anno $x+2$, elaborato dai centri operativi delle Forze armate (incluse quelle appartenenti alla sanità militare), arriva, at-

Figura 5

Schema generale di programmazione (circolare 1400 di SME)



traverso numerose fasi di verifica e valutazione preventiva, ad elaborare per aggregazioni successive il progetto di bilancio della Difesa nell'anno $x+1$. In altri termini, l'iter programmatico e decisionale delineato dalla circolare richiamata si completa nell'arco di circa 12 mesi. A titolo esemplificativo, se nel mese di settembre dell'anno 2009 è avviata la procedura di programmazione, questa porterà a definire il progetto di bilancio per la Difesa per l'anno 2011, entro l'anno 2010.

La fase decisionale consiste nella definizione della riserva e nell'elaborazione del Documento programmatico provvisorio di dettaglio (DPPD) sulla base del progetto di bilancio della Difesa. Con l'approvazione della Legge di bilancio dello Stato viene quindi redatto il Documento programmatico definitivo di dettaglio (DPDD) cui segue la fase discendente per l'attuazione dei provvedimenti di spesa da parte dei Csm.

La rendicontazione segue le regole della contabilità pubblica ed è conseguentemente articolata per capitoli di spesa. Tralasciando i capitoli di pertinenza generale (stipendi del personale, infrastrutture, formazione, ecc.) quelli di interesse per il sistema sanitario militare sono:

- CAP. 1239: relativo all'acquisto di beni (farmaci, reagenti, ecc.) e servizi (esami diagnostici ed altre prestazioni da strutture sanitarie civili ecc.);
- CAP. 1240: relativo a convenzioni, consulenze, assicurazioni, ecc.;
- CAP. 4251: relativo all'acquisto e alla manutenzione di attrezzature sanitarie;
- CAP. 4243: relativo all'acquisto di particolari servizi quali le convenzioni per i centri di selezione.

A titolo esemplificativo, può forse essere utile lo schema fornito in **figura 6** in cui viene descritto in modo specifico l'iter programmatico a cui è sottoposto il Policlinico militare Celio attraverso la propria catena di comando e controllo.

A partire dal 2008, è in atto un tentativo di profonda revisione del processo di programmazione e del correlato sistema amministrativo contabile e di bilancio. In particolare, è stato introdotto il concetto di Programmazione strategica che prevede una nuova struttura del bilancio, articolato per «Missioni e

Programmi» e introduce come fondamentale novità l'integrazione della Programmazione strategica (piano degli obiettivi) con la Pianificazione finanziaria che risultano fuse in un unico ciclo programmatico. La Direttiva generale per l'attività amministrativa e per la gestione dell'anno 2008 rappresenta una rottura paradigmatica con il passato. La razionalizzazione e la riorganizzazione, finalizzati all'economia delle risorse e alla loro ottimizzazione, e l'incremento dei sistemi di controllo della spesa e di valutazione economica, rappresentano pilastri fondamentali della politica del Ministero della Difesa in materia.

8. Alcuni esempi europei di Servizio sanitario militare

L'abolizione della leva, unitamente al più generale processo di trasformazione delle Forze armate, hanno quindi disegnato un nuovo contesto di riferimento per la sanità militare, che i diversi Paesi hanno interpretato in maniera differente ridimensionando

e riorganizzando i rispettivi assetti di pertinenza e ricercando forme di apertura e armonizzazione con i sistemi sanitari nazionali vigenti.

La sanità militare francese è attualmente organizzata in modo interforze con un organo di vertice dipendente direttamente dal Capo di Stato Maggiore della difesa (**figura 7**). La direzione centrale del servizio sanitario militare (*Direction centrale du service de sante des armes*) è articolata in 5 funzioni facenti capo a differenti direzioni:

- formazione,
- organizzazione scientifica,
- organizzazione ospedaliera,
- risorse umane,
- organizzazione logistica e amministrativa.

Sul territorio nazionale sono stati mantenuti e potenziati i policlinici con funzioni di formazione e cura (si veda **tabella 4**), presso cui sono stati identificati 4 reparti di eccellenza: cura delle ustioni a Parigi

COMANDO LOGISTICO DELL'ESERCITO DIPARTIMENTO DI SANITA'				
FASE	LIVELLO ORDINATIVO		ATTIVITA'	SCADENZA
P R O G R A M M A Z I O N E	P.M. Celio (CSS) ↓	CENTRI DI SPESA SECONDARI	Programmazione per capitolo/ programma, indicando le priorità ed i criteri adottati	
	DIPARTIMENTO SANITA' (CSP) ↓	CENTRO DI SPESA PRINCIPALE	Valutazione delle programmazioni degli Enti dipendenti	15 Settembre anno X-2
	DIPARTIMENTO SANITA' (SCP) ↓	SOTTOCENTRO DI PROGRAMMAZIONE	come sopra	30 Settembre anno X-2
	COMANDO LOGISTI. (CP) ↓	CENTRO DI PROGRAMMAZIONE	come sopra	15 Ottobre anno X-2
	DIPARTIMENTO DI SANITA' (OPS 2) ↓	ORGANO DI PROGRAMMAZIONE SETTORIALE DI 2° LIVELLO	Riepilogo e valutazione delle programmazioni degli Enti dipendenti	
	COMANDO LOGISTI. (OPS 1) ↓	ORGANO DI PROGRAMMAZIONE SETTORIALE DI 1° LIVELLO	come sopra	30 Novembre anno X-2
	SME (OP)	ORGANO PROGRAMMATORE	Elaborazione della PTF (Programmazione Tecnico Finanziaria) di FA, da inserire nel progetto di bilancio della Difesa	Marzo anno X-1

Ai sensi della Circolare 1400 di S.M.E.

Figura 6
Iter programmatico
del Policlinico Militare Celio

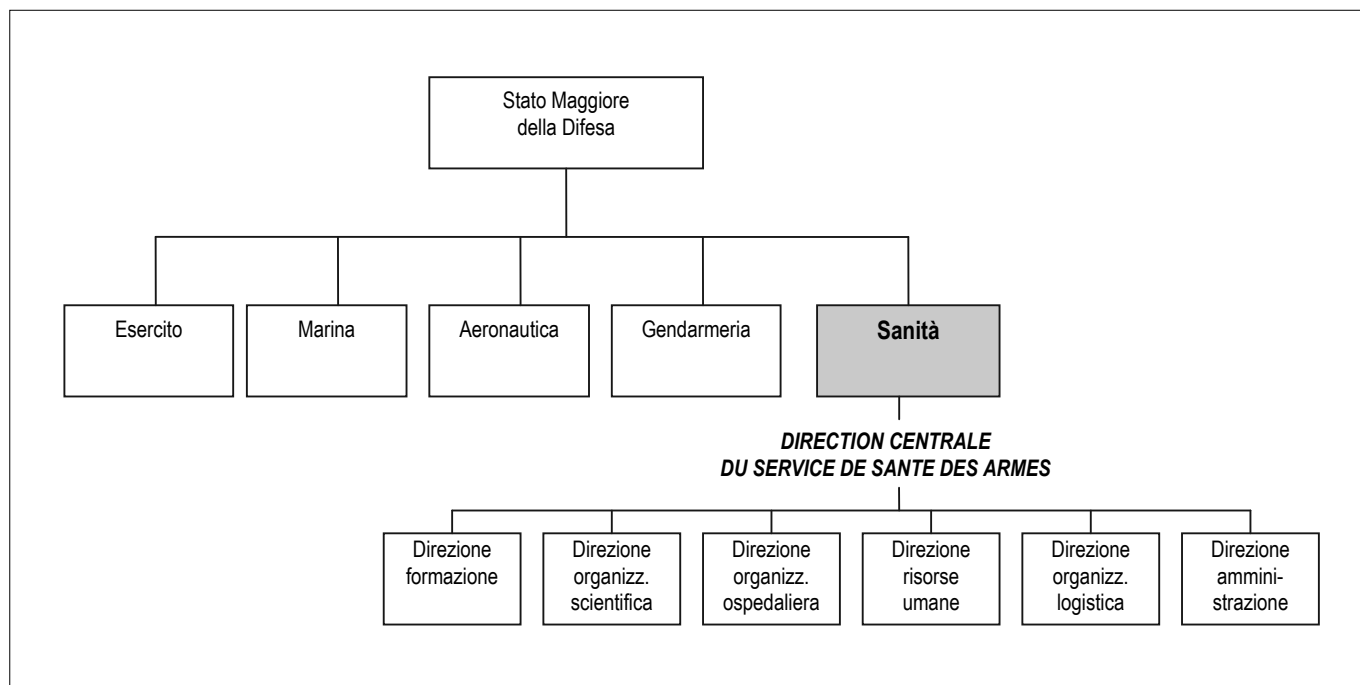


Figura 7

L'assetto interforze della sanità militare francese

Fonte: www.defense.gouv.fr

(Percy), malattie tropicali a Marsiglia, medicina aerospaziale a Brest, medicina navale a Toulon. Nel nuovo assetto della sanità militare francese è prevista, tra l'altro, l'apertura alla popolazione civile e la possibilità anche per gli ospedali militari di accedere ai fondi sociali per l'assistenza sanitaria, con gli stessi meccanismi previsti per ospedali del servizio sanitario nazionale (tabella 5). Gli ospedali militari di cura sono invece in corso di ridimensionamento. L'organizzazione campale è strutturata in 488 unità di servizio dislocate presso i diversi corpi delle Forze armate: Terre, Marine, Air, Gendarmerie.

A differenza di quella francese, la sanità militare in Gran Bretagna è invece tuttora organizzata come servizio proprio di ogni singola forza armata (*Army, Royal Air Force e Navy*). Fortemente ridimensionata a partire dal 1998, mantiene un unico ospedale militare, il *Royal Hospital Haslar* di Portsmouth, prevedendo l'istituzione di appositi reparti militari all'interno degli ospedali civili, definibili come «unità operative omogenee proiettabili» (*Medical Defense Hospital Unit - MDHU*). Un particolare meccanismo contrattuale, il cosiddetto «host contract», regola lo scambio di servizi sanitari per gli appartenenti alle Forze armate in cambio del

«prestito» di personale medico-militare per gli ospedali civili. Sempre nel 1998 è stato istituito anche un nuovo centro medico della difesa, a Birmingham, con funzioni di «alma mater» dei servizi sanitari militari, che opera in collaborazione con il locale ateneo. Nel 2010 tale centro dovrebbe divenire il riferimento di eccellenza internazionale per la medicina militare, sviluppando attività di formazione e di ricerca in particolare rivolta alle operazioni di *peace keeping* e alle calamità. Vale la pena ricordare che in Gran Bretagna il processo di ristrutturazione del servizio sanitario militare, a partire dalla chiusura nel 1998 di tutti gli ospedali militari, con l'unica eccezione del *Royal Hospital Haslar* di Portsmouth, ha causato un rilevante esodo di personale medico e paramedico e determinato conseguenti carenze di organico per il servizio sanitario militare. Indicativamente la forza effettivamente disponibile risulta di almeno il 50% inferiore alle esigenze (Actù Santè, 2008).

Dal 2002 il Ssm tedesco è stato completamente riorganizzato, in seguito alla pubblicazione del Libro bianco. La ristrutturazione è stata incentrata sulla capacità di garantire un adeguato sostegno alle operazioni alleate, preservando al meglio la capacità operativa

ORGANIZZAZIONE	STRUTTURE
La sanità militare francese è organizzata in modo interforze con un organo di vertice dipendente direttamente dal Capo di Stato Maggiore della Difesa.	9 ospedali di formazione e cura (policlinici): Metz (1), Brest (1), Bordeaux (1), Marseille (1), Toulon (1), Lyon (1), Paris (3). 4 reparti di eccellenza: – cura ustioni (Percy Paris); – malattie tropicali (Marseille); – medicina aerospaziale (Brest); – medicina navale (Toulon). 9 ospedali di cura (in riduzione) di cui 1 a Gibuti.
La sanità militare in Gran Bretagna , organizzata come servizio proprio di ogni singola forza armata, fortemente ridimensionata a partire dal 1998, mantiene un unico ospedale militare prevedendo l'istituzione di appositi reparti militari all'interno degli ospedali civili (unità operative omogenee proiettabili: Medical Defence Hospital Unit - MDHU).	1 ospedale militare (Royal Hospital Haslar di Portsmouth). Unità operative omogenee proiettabili (Medical Defence Hospital Unit - MDHU). 1 centro medico di riferimento internazionale per la ricerca e la formazione a Birmingham.
La sanità militare in Germania prevede un'agenzia centrale interforze articolata in due divisioni, con 4 comandi di sanità territoriale a cui fanno capo 8 ospedali militari, aperti ai civili, per i quali sono previste forme di interazione con le università.	8 ospedali militari: – Koblenz 18 Reparti 300 posti-letto; – Ulm 14 Reparti 370 posti-letto; – Berlin 4 Reparti 150 posti-letto; – Amberg 4 Reparti 150 posti-letto; – Bad Zwischenahn 4 Reparti 150 posti-letto; – Hamburg 4 Reparti 150 posti-letto; – Hamm 4 Reparti 150 posti-letto; – Leipzig 4 Reparti 150 posti-letto.

Tabella 4

Il servizio sanitario militare di Francia, Gran Bretagna e Germania

Fonte: Actu Santé (2008)

	Francia	Gran Bretagna	Germania	Italia
Popolazione	60.500.000	59.500.000	82.000.000	58.000.000
Forze armate (numero complessivo militari)	240.000	210.000	270.000	190.000
Ufficiali medici	2.022 + riserva	1.200 + riserva	1.997	1.570

Tabella 5

Confronto fra i principali Paesi europei

Fonte: Actu Santé (2008)

dei soldati in missione, definita come la finalità principale del Ssm del Bundeswehr. Attualmente, la sanità militare in Germania prevede un'agenzia centrale interforze articolata in due divisioni (**figura 8**), con 4 comandi di sanità territoriale, a cui fanno capo 8 ospedali militari, tutti aperti alla popolazione civile e per i quali sono previste e regolamentate forme di interazione con le università nazionali.

Se paragonato al Sistema sanitario militare francese o tedesco, che sono organizzati in un unico corpo e dipendono direttamente dal rispettivo Capo di Stato Maggiore della Difesa, il servizio sanitario militare italiano esprime, solo in prospettiva, un'organiz-

zazione sanitaria interforze. Ciò è leggibile nel mantenimento di Ssm specifici di ogni Forza armata cui si associa la presenza di organi già a valenza interforze. In una prospettiva di raffronto, si può anche notare per i tre Paesi analizzati l'introduzione di varie forme di apertura verso la società civile e/o i corrispettivi Sistemi sanitari nazionali. Nel caso italiano, tale soluzione trova riscontro nelle opportunità previste dal decreto interministeriale del 31 ottobre 2000 (si veda precedente box 4) e dalle prime esperienze di convenzionamento avviate dal Policlinico militare di Roma Celio con alcune istituzioni civili limitrofe.⁵ L'emergere nei Ssm dei Paesi considerati di soluzioni anche molto

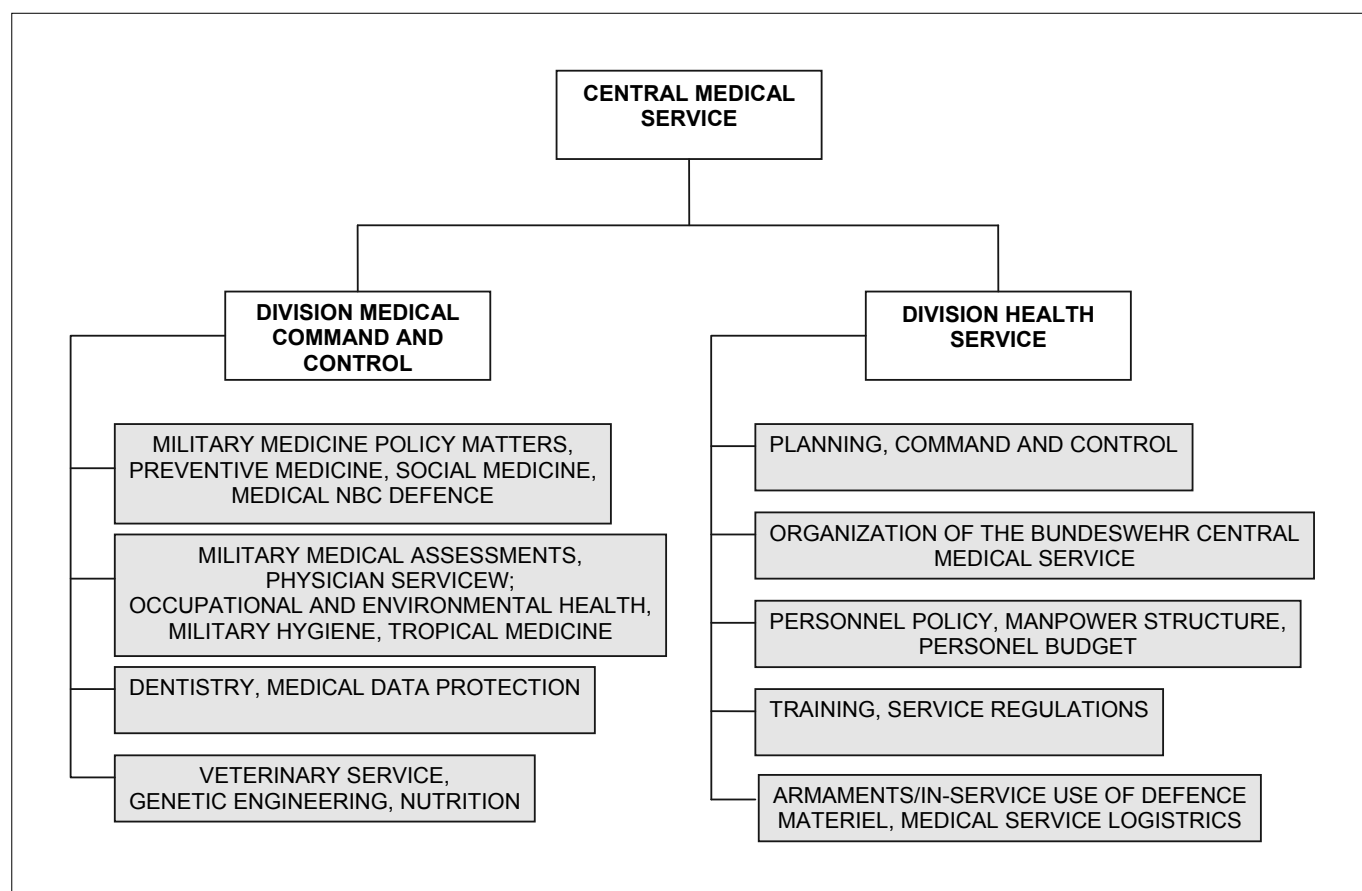


Figura 8

L'organizzazione centrale della sanità militare in Germania

Fonte: Actu Santé (2008)

diverse tra loro, sembra comunque sostanzialmente prescindere dalle dimensioni e dal peso relativo delle Forze armate (tabella 5 e figura 9), e frutto piuttosto di altre variabili o di diverse valutazioni di opportunità circa le condizioni atte a garantire l'approvvigionamento, il mantenimento in servizio e la formazione delle professionalità sanitarie da utilizzare in operazioni. Il Ssm inglese, che ha operato una scelta di forte ridimensionamento, è quello che più di altri sta incontrando enormi difficoltà sia nel reclutamento che nel mantenimento in servizio del personale medico e, conseguentemente, nel garantire un adeguato supporto alla crescente pressione posta dalla presenza delle proprie Forze armate nei diversi teatri operativi. Per sopperire a tali difficoltà il governo sta adottando misure specifiche finalizzate a migliorare il reclutamento, incrementare il trattenimento in servizio, migliorare l'efficienza e il morale del personale del servizio sanitario, adeguare l'equipaggiamento e le infrastrutture.

9. Alcune considerazioni conclusive

In questo articolo si è inteso fornire una panoramica quanto più possibile aggiornata delle tendenze in atto nel sistema della sanità militare, con particolare riguardo al contesto italiano. Ciò che è stato illustrato cerca di cogliere i lineamenti portanti di un naturale *trend* evolutivo in cui, per molti aspetti, l'architettura di riferimento è già chiara e sufficientemente definita. Le soluzioni che appartengono all'attuale stato dell'arte dei modelli europei, e che si stanno implementando nel contesto delle Forze armate nazionali e in ambito Nato, danno impulso a una riflessione più specifica sull'organizzazione del Ssm italiano che, nonostante i numerosi disegni di legge e le proposte di riforma che si sono succedute negli ultimi anni, non è ancora approdata a una soluzione definitiva. Il dilemma organizzativo che sta attualmente attraversando il Ssm italiano, strutturato durante la fase della leva obbligatoria, e con-

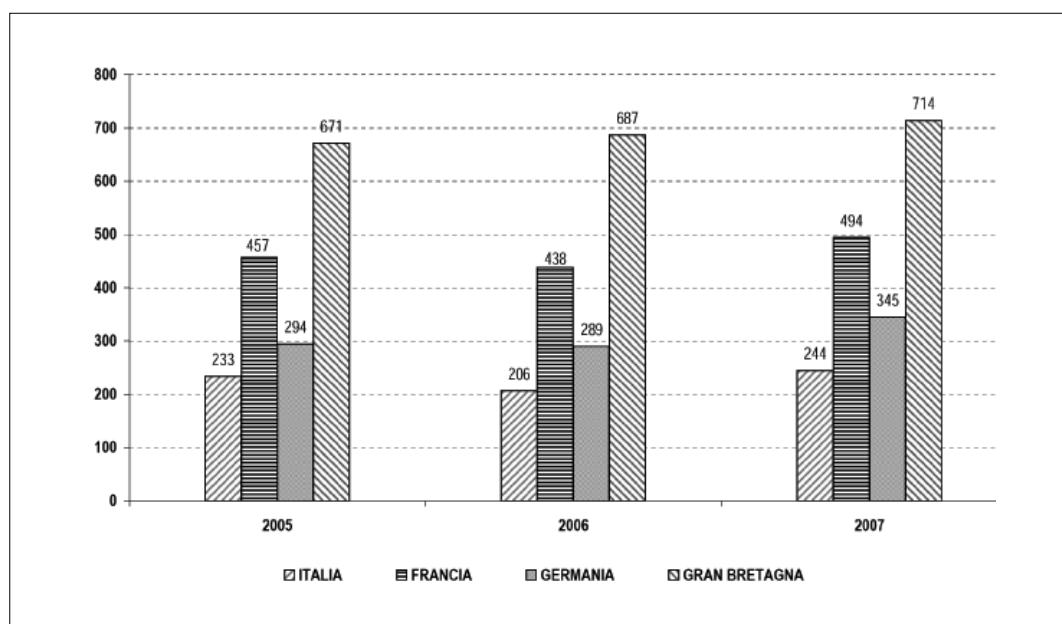


Figura 9
Spesa pro capite
per le Forze armate
nei principali Paesi europei
anni 2005-2007
Fonte: Nota aggiuntiva Bilancio
2008 (www.difesa.it)

solidatosi in un periodo di relativa pace, è in sostanza generato da due tendenze tra loro contrastanti:

- da un lato, la progressiva modifica qualitativa-quantitativa della domanda di assistenza sanitaria in Patria, determinata dalla sostanziale scomparsa del tradizionale bacino di utenti;

- dall'altro, la crescita esponenziale della domanda di assistenza fuori aerea, ad altissima componente tecnico specialistica e svolta in condizioni di operatività del tutto particolari.

Ultimo, ma certamente non meno importante, tutto quanto sopra è da inserire in un quadro nazionale, presente e prospettico, di crescente attenzione alla razionalizzazione delle risorse economiche (Camporini, 2008).

Già fortemente ridimensionato e riorganizzato territorialmente in modo interforze, il Ssm italiano si sta progressivamente configurando come un complesso sistema dialogico con il Sistema sanitario nazionale (Ssn) e con la sua attuale articolazione istituzionale in Sistemi sanitari regionali (Ssr). Il processo di adeguamento ai nuovi compiti e capacità richieste dalle Forze armate si sta attualmente realizzando lungo alcune principali linee di riprogettazione:

- la ricerca di forme sempre più funzionali per garantire un'assistenza sanitaria efficace, tempestiva e di qualità (ai militari italiani e dei Paesi alleati e, quando richiesto, alle popolazioni locali) in contesti operativi ad alta turbolenza e «fluidità», attraverso il consolidamento e la condivisione in ambito internazionale delle migliori esperienze tecnico-sanitarie e logistiche;

- lo sviluppo di forme di collaborazione e integrazione con le Università e con le aziende e le istituzioni del Sistema sanitario nazionale, per scambi di esperienze e di risorse e per la qualificazione dell'assistenza ai pazienti militari, ma anche per garantire la necessaria formazione e addestramento al personale medico;

- l'introduzione di nuove logiche e strumenti gestionali, nonché di sistemi di organizzazione e funzionamento innovativi, improntati a principi di economicità, qualità, efficacia, efficienza mutuati dalla cultura aziendale e di management sanitario che si sta progressivamente affermando nelle istituzioni e organizzazioni appartenenti al Sistema sanitario nazionale.

La sanità militare non rimane dunque estranea al processo di cambiamento delle Forze armate e alle nuove esigenze del «professionista militare» che, in varia misura e

per varie ragioni, non esprime più la stessa domanda di servizi sanitari del militare di leva. Da un lato, la sanità militare non ha più la competenza esclusiva sulla cura del professionista militare, dall'altro, la sanità militare deve poter continuare a garantire un supporto credibile e qualificato alle operazioni all'estero di *peace keeping* e *peace enforcing* con soluzioni organizzative efficienti ed estremamente flessibili. La consistenza numerica degli appartenenti alle Forze armate potrebbe non essere sufficiente a generare una casistica clinica adeguata e quindi a garantire il *training on job* necessario per mantenere le capacità operative dei medici militari. Peraltro, il professionista militare è assistito dal Ssn come tutti i cittadini italiani e ha il suo Medico di fiducia (convenzionato con il Ssn) che ne orienta le scelte e l'accesso alle strutture sanitarie di offerta, sia per lui sia per tutta la sua famiglia. Finora il Policlinico militare Celio di Roma, in ragione dei riconosciuti livelli di qualità raggiunti, mantiene una forte capacità attrattiva almeno per i militari e i civili della difesa, in servizio e in quiescenza, e per i loro familiari residenti nella zona di Roma e Provincia. A livello nazionale, tuttavia, la distribuzione territoriale della forza militare determina bacini d'utenza relativamente piccoli, con difficoltà oggettive ad «alimentare» le strutture militari di ricovero e cura. L'obbligo delle Forze armate di mantenere e accrescere il *know-how* dei professionisti sanitari militari necessario alle operazioni fuori area, richiede quindi probabilmente, a fronte del progressivo decremento della popolazione avente titolo all'assistenza, la previsione di modalità che consentano in maniera coordinata e programmata l'accesso a pazienti anche esterni all'amministrazione della difesa. Una tale apertura sarebbe già di fatto possibile ai sensi di quanto prospettato nel citato Decreto interministeriale del 31 ottobre 2000 o attraverso rapporti di collaborazione sempre più stretti con i luoghi della formazione professionale, tipicamente ospedali e policlinici universitari.

D'altra parte è incombente il problema dell'invecchiamento del personale sanitario, soprattutto medico, che per quasi il 50% è oltre i cinquanta anni. In una prospettiva di reclutamento e rinnovamento degli organici, si sta provvedendo con adeguati interventi

che tengono conto di alcune minacce che potrebbero interferire con il processo di rinnovamento degli organici:

- i contratti lavorativi civili hanno livelli stipendiali annui più elevati di quelli previsti per i medici militari già all'atto dell'assunzione;

- la progressione di carriera nelle aziende sanitarie pubbliche e private risulta più vantaggiosa essendo assunti già come dirigenti medici (con grado iniziale equivalente a quello di Colonnello);

- il bacino d'utenza più ampio degli ospedali civili rende possibile un'attività clinica più costante e densa e quindi più appagante professionalmente di quella talora svolta nella sanità militare.

Alla luce del contesto descritto e degli scenari prospettati, si possono ipotizzare alcuni probabili ambiti di rimodulazione del Ssm:

- della tipologia e dell'articolazione territoriale delle strutture di offerta;

- delle modalità attraverso cui garantire l'entrata, il mantenimento in servizio, la formazione e la qualificazione continua dei professionisti sanitari;

- delle caratteristiche qualitative dei servizi sanitari erogati, in termini di ampiezza della gamma di specialità cliniche e assistenziali garantite, tecnologie rese disponibili, modelli assistenziali adottati.

Dallo sviluppo del Ssn discende che anche nel Sistema sanitario militare possano affermarsi per osmosi culture, linguaggi, logiche, metodi, meccanismi operativi, tecniche e procedure più simili a quelle della sanità civile. E questo nel rispetto e nella valorizzazione delle specificità della sanità militare in relazione al precipuo compito istituzionale che essa esercita e al contesto e alle modalità in cui tale compito è svolto. In questa prospettiva, l'esperienza in atto al Policlinico Militare Celio di Roma (Carbone, Panfilì, Sebastiani, 2008), presenta aspetti particolarmente interessanti e innovativi, non solo nell'ambito del Sistema sanitario militare, perché per la prima volta, e in anticipo sui tempi, si è cercato in maniera sistematica, continuativa, non isolata e sporadica, di introdurre nelle modalità di funzionamento l'uso di strumen-

ti gestionali e di management sanitario, con una logica progettuale. Nel particolare caso del Celio il progetto di cambiamento ha permeato l'organizzazione coinvolgendo tutti i segmenti e settori di attività (dirigenti, professional-sanitari, personale amministrativo) su specifici strumenti, dai sistemi operativi di gestione e controllo economico, al *project management* fino al governo clinico e alle modalità di gestione per processi. Si tratta certamente di primi passi, estremamente significativi, nella direzione di un nuovo assetto funzionale e organizzativo di tutto il Ssm.

Note

1. Nel documento intitolato «Cornice concettuale dell'identità di sicurezza e difesa europea nella lotta al terrorismo internazionale - 2005», approvato dal Consiglio europeo, viene trattata l'esigenza di disporre di capacità per la protezione dei civili e militari in caso di attacco condotto con agenti CBRN (dal sito dell'Unione europea: *Conceptual Framework of the ESDP Dimension in Fighting Terrorism - 2005*).
2. I dati e le informazioni sull'impiego delle Forze armate sono tratti dall'audizione del Capo di Stato Maggiore della Difesa presso la Commissione difesa del Senato del 23 luglio 2008 e riportati nell'articolo del Gen. Camporini (2008).
3. Dall'inizio degli anni novanta l'Esercito italiano ha avviato una nuova e profonda riforma strutturale, probabilmente non ancora totalmente compiuta. Tale riforma ha portato alla scomparsa della Divisione come livello ordinativo organicamente strutturato, mentre la Brigata è diventata la principale articolazione del Corpo d'armata. A partire dal 1992 si sono ricostituiti i Reggimenti, che divengono l'articolazione principale delle Brigate.
4. Il Segretariato generale risponde direttamente al Ministro della difesa per le competenze amministrative e al Capo di Stato Maggiore della Difesa per quelle tecnico-operative. Le responsabilità principali del Segretariato generale della difesa riguardano l'attuazione delle direttive del Ministro in materia di alta amministrazione, il funzionamento dell'Area tecnico-amministrativa della Difesa, la promozione e il coordinamento della ricerca tecnologica collegata ai materiali d'armamento, l'approvvigionamento dei mezzi, materiali e sistemi d'arma per le Forze armate e il supporto all'industria italiana della Difesa.
5. Il 22 luglio si è svolta la cerimonia della firma della convenzione per una sperimentazione gestionale, assistenziale e addestrativa in neurochirurgia tra l'Università la «Sapienza» di Roma, l'Azienda policlinico Umberto I e il Comando logistico dell'Esercito - Dipartimento di sanità - Policlinico militare di Roma. La convenzione prevede lo sviluppo di nuove forme di collaborazione tra le istituzioni sui temi assistenziali, formativi e addestrativi in campo neurochirurgico, che si basano sullo scambio di beni e servizi tra le strutture sanitarie dell'Esercito e della Sanità civile.

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

- ACTU SANTÈ (2008), «Dossier Les services de sante des armées européens», *Actu Santé*, n. 106, Paris.
- TEN. COL. ME.T. ISSMI CARBONE D., TEN. COL. MED. PANFILI P., COL. ME.T. SG SEBASTIANI N. (2008), «Il progetto di governo integrato del Policlinico Militare Celio», in V. Rappini, F. Zavattaro (a cura di), *Sistemi integrati di governo: esperienze a confronto*, Conference e-book, Policlinico Militare Celio, Roma.
- CENTRO STUDI DIFESA E SICUREZZA (2006), «Le armi di distruzione di massa e il nucleare. Rischi e prospettive», Atti del convegno, Roma.
- COMANDO LOGISTICO DELL'ESERCITO, DIPARTIMENTO DI SANITÀ (2007), *Organizzazione del Servizio Sanitario militare*, pubblicazione approvata dal Comandante Logistico Gen. C.A. Giorgio Ruggieri ILE NL-4100-0055-12-00B01.
- GEN. CAMPORINI V. (2008), «Assetto organizzativo della componente tecnico operativa della Difesa», *Informazioni Difesa*, n. 5.
- COL. CASTAGNOTTO S., GEN. PANUNZI R. (2005), «Il sostegno logistico nelle operazioni, il modello attuale e le linee di tendenza emergenti», *Informazioni Difesa*, n. 2.
- CECCHINE G., HOSEK S.D. (2001), *Reorganizing the Military Health System*, RAND, Santa Monica, CA.
- CLERICI C.A., MESTURINI F., STEFFANO G. (2001), *Medici in prima linea. La sanità militare italiana nelle due guerre mondiali*, Uniformi e Armi.
- DEPARTMENT OF PEACE KEEPING OPERATIONS (1999), *Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations*, second edition, United Nation, NY, USA.
- GARANO M. (2006), «Emergenze e riorganizzazione: come cambia la sanità militare», *Informazioni Difesa*, n. 6.
- NATO (2004), *Principles and Policies of Operational Medical Support*, MC 326/2.
- NATO (2006), *Allied Joint Medical Support Doctrine*, AJP-4.10(A).
- BRIG. GEN. DR. MED. RÖDIG E. (2004), «Joint Medical Support – Reality and Vision», RTO-MP-HFM-109.
- THE DEVELOPMENT CONCEPTS AND DOCTRINE CENTRE (2007), «Medical support of joint operation», second edition, *Joint Doctrine Publication*, 4-03, Shrivenham, United Kingdom.

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

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

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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

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.

Rapporti/Atti

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

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**.

Spunti di riflessione sul management della sanità penitenziaria: il caso di «Rebibbia» - Asl Roma B

MASSIMO SARGIACOMO, LUCA IANNI, FLORI DEGRASSI, ANTONIO D'URSO

Despite of the fact that in these last years a relevant international debate on the health care management in the prisons has arisen, in Italy, this subject has been hitherto neglected by the Italian literature. Accordingly, this paper aims at analysing the main financial, managerial-organizational and administrative-accounting implications triggered by the novel reform embedded in the recent Decree of President of the Council of Ministers, 1 April 2008. In doing so, the paper will be also enriched by the portrayal of the Rebibbia Prison (belonging to the Local Health Authority Rome B) case-study, which will unveil the main points of criticism raised by the implementation of the above mentioned health prison reform.

Keywords: prison healthcare management, department of penitentiary administration, health of prisoners

Parole chiave: management sanità penitenziaria, dipartimento di amministrazione penitenziaria, salute dei detenuti

Note sugli autori

Massimo Sargiacomo è professore associato di Economia aziendale, Facoltà di Scienze Manageriali, Università «G. d'Annunzio» di Chieti-Pescara; presidente del corso di laurea (interateneo) in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevecchia Teatina (CH) - Università «G. d'Annunzio». Luca Ianni è ricercatore di Economia aziendale, Università Telematica «Leonardo da Vinci» e docente a contratto di «Contabilità, Bilancio e Revisione delle Aziende Sanitarie», Università Telematica «Leonardo da Vinci» di Torrevecchia Teatina (CH). Flori Degrassi è direttore generale della Asl Roma B - Regione Lazio. Antonio D'Urso è direttore sanitario della Asl Roma B - Regione Lazio

1. Introduzione

Mentre negli ultimi anni si è acceso un ampio dibattito nella letteratura internazionale sull'erogazione dei servizi sanitari nelle prigioni (e.g. Awofeso, 2005, 2007; Bedard, Frech, 2009; Marshall, Simpson, Stevens, 2000), il tema del management della sanità penitenziaria italiana è stato per decenni largamente trascurato dalla letteratura economico-aziendale. Molto, perciò, sembra potersi dire relativamente al contesto specifico italiano, in cui nelle riviste accademiche di amministrazione pubblico-sanitaria sono assenti sia contributi teorici che esperienze empiriche. Tale lacuna sembra oltremodo vistosa alla luce delle prescrizioni modificate dal DPCM 1° aprile 2008 (G.U. 30 maggio 2008), che ha recentemente disciplinato le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap) e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia (Dgm) al Ssn, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature, arredi, beni strumentali e locali, afferenti alla sanità penitenziaria. Con queste premesse, l'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le precipue implicazioni economico-finanziarie, organizzativo-gestionali e amministrativo-contabili determinate dall'attuazione della menzionata normativa nel Ssn. Per poter arricchire con evidenze empiriche le riflessioni sviluppate nel testo, ci focalizzeremo sul caso della gestione della sanità nel Polo penitenziario di Rebibbia (ascrivibile alla Asl Roma B), che appare rilevante nel

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La riforma e il sistema di sanità penitenziaria italiana
3. Il trasferimento dal Dap al Ssn
4. Gli aspetti economico-finanziari
5. Gli aspetti organizzativo-gestionali
6. Gli aspetti amministrativo-contabili
7. Conclusioni

panorama nazionale per poter analizzare le numerose criticità sollevate dall'attuazione della menzionata riforma. Prima di far ciò, sembra però oltremodo utile presentare preliminarmente un rapido affresco della riforma contestualizzando all'interno dei «numeri» del sistema di sanità penitenziaria italiana. Si transiterà poi all'analisi del caso «Rebibbia», di cui saranno messi in luce, e commentati criticamente, i precipi aspetti economico-finanziari, organizzativo-gestionali e amministrativo-contabili.

2. La riforma e il sistema di sanità penitenziaria italiana

L'obiettivo fondamentale di questo paragrafo è quello di descrivere brevemente la recente riforma, contestualizzandola all'interno del sistema di sanità penitenziaria in Italia, di cui saranno riportate le più importanti caratteristiche e criticità, che poi si riveleranno utili per esaminare il caso di studio di Rebibbia.

2.1. La riforma

La recente riforma del 2008 nasce dopo un cammino lungo e impervio di cui sembra quanto mai opportuno ricordare brevemente il percorso evolutivo. In primo luogo, la L. 833/78 fu approvata solo successivamente all'ordinamento penitenziario di cui alla L. 354/75, che comunque riconosceva il principio costituzionale di salvaguardia della salute come bene supremo e inviolabile dell'individuo. Infatti, all'art. 11 era stabilito che «ogni Istituto Penitenziario deve essere dotato di servizio medico e farmaceutico rispondente ad esigenze profilattiche e di cura della salute degli internati e deve disporre di almeno uno specialista in psichiatria ... qualora siano necessari cure e accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura». In realtà, mentre, come appena ricordato, era riconosciuta la tutela della salute, non era stato affatto creato un sistema integrato fra sanità e istituto di pena, lasciando quindi privi di un collegamento diretto i due sistemi per decenni. Ripercorrendo le tappe principali che hanno

poi portato al varo della recente riforma, di cui non ha trattato il D.L.vo 502/92, spicca sicuramente per importanza la L. 419/98 che, nell'ambito della delega attribuita al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Ssn, da un lato, ha modificato alcune parti della precedente riforma sanitaria; dall'altro, all'art. 5 stabilisce un riordino della medicina penitenziaria, delegando il Governo a emanare, entro sei mesi, uno o più decreti legislativi in merito. Tutto ciò è stato realizzato inizialmente con l'articolato D.L.vo 230/99, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, tramite le quali l'agognata riforma ha cominciato a prendere piede precisando in maniera più chiara il ruolo dei due sistemi, ossia le competenze in materia sanitaria per la tutela della salute dei detenuti al Ssn e quelle in tema di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nei luoghi esterni di cura di ricovero dei detenuti al Dap e Dgm del Ministero della Giustizia. Il decreto 230/99 rappresenta un primo provvedimento, sebbene ne definisca la base principale di riferimento, che di fatto prepara a futuri decreti di riordino della medicina penitenziaria. Infatti, nello stabilire il passaggio dal Dap al Ssn del personale, delle strutture, delle risorse e delle funzioni sanitarie (rinviando a uno o più decreti per il loro materiale passaggio), ha limitato il trasferimento di queste ultime ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, stabilendo, al contempo, di avviare il graduale trasferimento delle restanti funzioni sanitarie, soltanto in forma sperimentale, in tre Regioni (successivamente individuate nella Toscana, nel Lazio e nella Lombardia), lasciando, quindi, ad altri provvedimenti il compito di completare il passaggio al Ssn della complessiva assistenza sanitaria ai restanti detenuti/internati (diversi dai tossicodipendenti) e degli altri aspetti collegati. Inoltre, il riordino della medicina penitenziaria, alla luce dell'evoluzione delle strutture e delle mutate esigenze trattamentali e nell'ambito, quindi, di un diverso quadro legislativo di riferimento, maggiormente sbilanciato sull'importanza anche delle condizioni di salute del detenuto durante la permanenza nella struttura, ha determinato l'emanazio-

ne di un Regolamento recante nuove norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà, laddove nell'art. 17 vengono introdotte specifiche disposizioni relative all'organizzazione interna dell'assistenza sanitaria delle persone detenute e, negli altri articoli, precetti fondamentali per il miglioramento delle condizioni di vita del detenuto negli istituti penitenziari (in termini di servizi igienici della camera, condizioni igieniche, illuminazione dei locali, igiene personale, vestiario, corredo, ecc.). Tutto ciò allo scopo di attenuare quelle deleterie tensioni sociali che rendono la «vita» nelle carceri maggiormente difficoltosa oltre alla privativa della libertà, per ridurre sensibilmente problemi psicologici, di depressione e finanche suicidi. Dalla riforma del titolo V della Costituzione sino alla legge finanziaria n. 244/2007 (art. 2 commi 283 e 284) intervengono altre prescrizioni utili che culminano nella definizione dell'assunzione degli oneri e nell'organizzazione del trasferimento di tutte le funzioni dal Dap al Ssn, innescando così l'ultimo *step* che viene poi completato, in tutte le sue parti, dal DPCM dell'1 aprile 2008, tendendo conto anche dei risultati dell'avviata sperimentazione sul passaggio delle funzioni sanitarie.

Pertanto, la riforma, perfezionata dal menzionato DPCM, può essere così sintetizzata:

a) le funzioni sanitarie sono state interamente trasferite al Ssn, incluse quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici, nonché le spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti e quelle per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti;

b) il personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008, che esercitava funzioni sanitarie nell'ambito del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap) e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia (Dgm), è stato trasferito, *ope legis*, alle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili ove tale personale prestava servizio;

c) le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di precedente proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, sono stati trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle Aziende sanitarie locali, mentre i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, sono stati concessi in uso a titolo gratuito.

2.2. Le strutture e i detenuti

La struttura del sistema penitenziario italiano può essere descritta, *in primis*, tramite l'articolazione delle sue strutture e la composizione dei suoi detenuti, che sono rappresentate in questa sezione. Il sistema penitenziario italiano risulta composto da complessive 223 strutture penitenziarie, di cui 206 per adulti, di seguito suddivise per tipologia,¹ e 17 per minori.

A tale titolo, le relative strutture per adulti sono così enumerabili:

- n. 38 case di reclusione;
- n. 161 case circondariali;
- n. 7 istituti per le misure di sicurezza.

Sono da rilevare, inoltre, a completamento della struttura del sistema penitenziario italiano n. 26 centri di prima accoglienza (Cpa), i quali ospitano i minorenni in stato di arresto fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro 96 ore dall'arresto fermo o accompagnamento, assicurando la custodia dei minorenni pur non essendo strutture di tipo carcerario.² Tali strutture aventi una «capacità normale e regolamentare di carico» pari a 43.177 detenuti ne «ospitano» allo stato attuale (alla data in cui si scrive questo lavoro, ovvero al 9 giugno 2009) n. 63.217, di cui 530 minorenni, dato chiaramente tendenziale che giustifica l'alto tasso di *turnover* all'interno del sistema penitenziario italiano e la corrispondente mobilità dei detenuti, compromettendone oltre che la sua relativa attendibilità, la fondamentale continuità assistenziale, unitamente all'emergente problema degli extra-comunitari (la cui incidenza numerica è sempre più consistente). Inoltre, dei 21.400 detenuti attualmente reclusi sempre a tale data, 15.000 sono affetti da problemi di droga e quindi

tossicodipendenti, accrescendo di non poco le connesse problematiche che investono il profilo assistenziale dei detenuti, nonché l'eventuale infusione di competenze lavorative per il futuro recupero nella società.

Nella **tabella 1** si riportano alcuni dati sintetici rappresentativi del sistema penitenziario italiano elaborati dal Dipartimento di amministrazione penitenziaria (Dap) e risultanti al 31/12/2008.

Come risulta da tale tabella, le presenze all'interno delle 206 strutture penitenziarie, ad esclusione, quindi, degli istituti per minori e delle case di prima accoglienza, risultano al 31 dicembre 2008 complessivamente pari a 58.127, di cui 8.863 (15%) in carico presso le case di reclusione, 47.751 (82%) presso le case circondariali e 1.513 (3%) presso gli istituti per le misure di sicurezza.

Tali presenze sono state ripartite nelle seguenti categorie:

– *condannati*, ossia quei soggetti per i quali è intervenuta una sentenza definitiva di condanna e che si trovano negli istituti peni-

tenziari per «scontare» la pena prevista dalla relativa sentenza. Si considerano in tal senso anche coloro per i quali sia stata disposta una misura alternativa alla detenzione (es. affidamento, detenzione domiciliare, ecc.), nonché quelli sottoposti a una sanzione sostitutiva (semidetenzione,³ libertà controllata, pena pecuniaria, lavoro sostitutivo);

– *imputati*, ovvero i soggetti privati della libertà per i quali non è stata ancora emessa sentenza di condanna e ai quali è stata contestata, attraverso un rinvio a giudizio o altro atto equipollente, la commissione di un reato, rientrando in tale ambito sia quelli in attesa di primo giudizio, sia quelli che, in quanto condannati in primo e secondo grado, abbiano di fatto presentato appello o ricorso per cassazione;

– *internati*, ossia soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentive, es. colonia agricola, casa di lavoro, casa di cura e custodia, ospedale psichiatrico giudiziario.⁴

Inoltre, per ciascuna classe di istituto è compresente la voce «da impostare» in ri-

Tabella 1

Dati sintetici sul sistema penitenziario italiano

Fonte: Dipartimento amministrazione penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione di statistica

PRESENTI				
Tipo istituto	Donne	Uomini	Totale	N. istituti
CASE DI RECLUSIONE				38
Condannati	135	7.010	7.145	
Imputati	43	1.365	1.408	
Internati	11	293	304	
Da impostare	–	6	6	
Totale	189	8.674	8.863	
CASE CIRCONDARIALI				161
Condannati	932	18.379	19.311	
Imputati	1.297	27.052	28.349	
Internati	8	24	32	
Da impostare	1	58	59	
Totale	2.238	45.513	47.751	
ISTITUTI PER LE MISURE DI SICUREZZA				7
Condannati	6	125	131	
Imputati	10	69	79	
Internati	83	1.220	1.303	
Da impostare	–	–	–	
Totale	99	1.414	1.513	
Totale generale	2.526	55.601	58.127	206

ferimento a quei soggetti che momentaneamente è impossibile inserire nell'archivio informatico in termini di posizione giuridica a titolo definitivo (come condannato, imputato, internato, ecc.) a motivo dell'assenza di tutti gli atti ufficiali necessari per la completezza del dato (**tabella 2** e **figura 1**). Tale prospetto riporta il numero degli ingressi (e non delle presenze) dei detenuti e internati all'interno del sistema penitenziario italiano, ossia il singolo ingresso all'interno della struttura. Pertanto se un soggetto entra più volte nell'istituto verrà computato in un numero pari ai relativi ingressi. Per l'anno 2008 essi sono stati complessivamente 92.800 di cui 49.701 di italiani e il restante 43.099, pari al 46%, di stranieri. Gli ingressi delle donne sono stati complessivamente pari a 7.271 di cui 3.648 straniere (50%).

La **tabella 3** analizza la composizione dei detenuti/internati in carico presso le diverse strutture: il 45,7% è rappresentato da soggetti «in posizione definitiva» e quindi stabilmente presenti nel sistema penitenziario italiano, mentre il 51,3% è rappresentato da imputati (figura 2). Sussiste inoltre una minoranza del 2,8%, relativa agli internati, e lo 0,1% composto da soggetti ancora «da impostare» (provvisoriamente non presenti nell'archivio per situazioni ancora non definite).

Gli imputati risultano composti a loro volta dai soggetti appellanti (32%), ossia quei

Tabella 2

Ingressi detenuti anno 2008

Fonte: Dipartimento amministrazione penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione di statistica

Detenuti	Uomini	%	Donne	%	Totale	%
Italiani	46.078	54%	3.623	50%	49.701	54%
Stranieri	39.451	46%	3.648	50%	43.099	46%
Tot. detenuti	85.529	-	7.271	-	92.800	-

soggetti contro i quali è stata emessa una sentenza penale di primo grado e che sono in attesa di giudizio di secondo grado; ricorrenti (13%), ovvero soggetti contro i quali è stata emessa una sentenza penale di secondo grado e che sono in attesa del giudizio di Cassazione; imputati giudicabili (49,2%), in riferimento a soggetti per i quali è stato avviato un procedimento penale e che sono in attesa del giudizio di primo grado; e gli im-

Tabella 3

Detenuti ristretti nelle strutture penitenziarie per posizione giuridica

Fonte: Dipartimento amministrazione penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione di statistica

Detenuti		Imputati	
Internati	2,8%	Giudicabili	49,2%
Definitivi	45,7%	Appellanti	32%
Imputati	51,3%	Ricorrenti	13%
Da impostare	0,1%	Imputati misti	5,8%

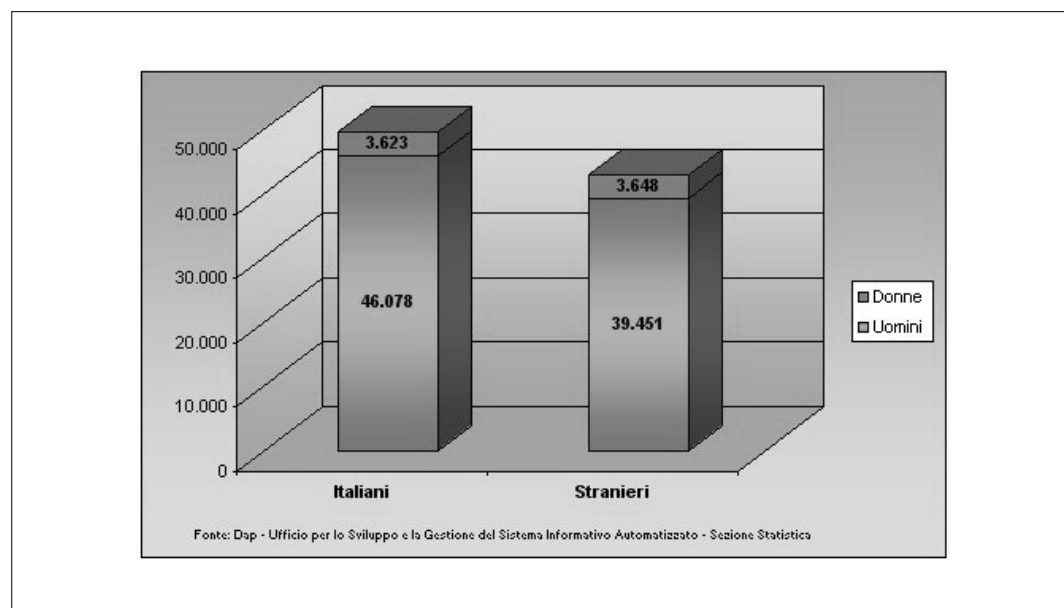
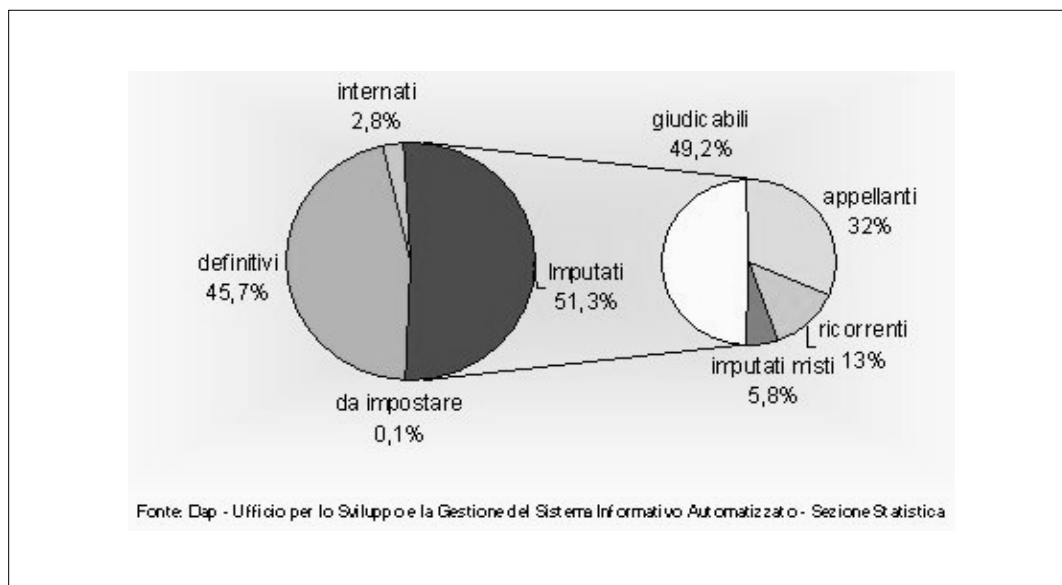


Figura 1
Ingressi detenuti anno 2008

Figura 2

Composizione dei soggetti ristretti nelle strutture penitenziarie

**Tabella 4**

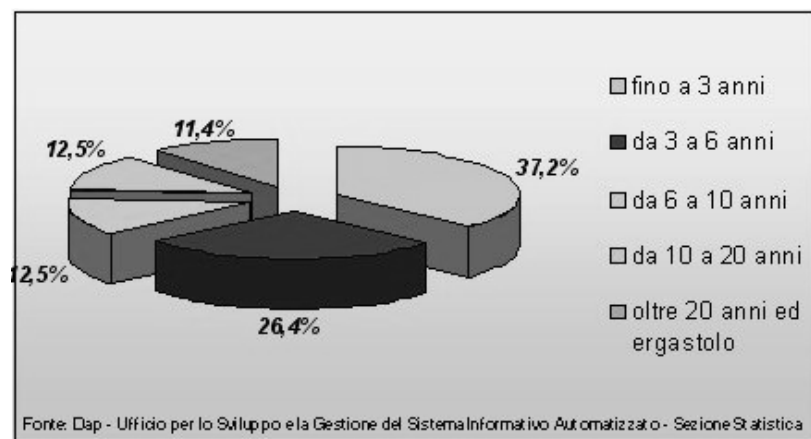
Condannati a titolo definitivo per durata. Anno 2008

Fonte: Dipartimento amministrazione penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione di statistica

Condannati a titolo definitivo per durata	
fino a 3 anni	37,2%
da 3 a 6 anni	26,4%
da 6 a 10 anni	12,5%
da 10 a 20 anni	12,5%
oltre 20 anni ed ergastolo	11,4%

Figura 3

Condannati a titolo definitivo in funzione della durata. Anno 2008



putati qualificati come «misti» (5,8%), ossia quelli che, oltre ad aver avuto una condanna definitiva, restano comunque in attesa di giudizio per altri reati.⁵

Come mostrato dalla **tabella 4** e in **figura 3** che classifica i condannati a titolo defi-

nitivo in funzione della durata della condanna, la maggiore incidenza si presenta in quei soggetti che hanno ricevuto una condanna definitiva da 3 a 6 anni (26,4%) e fino a 3 anni (37,2%), mentre per circa il 12% nei soggetti condannati da 6 anni a 10 anni, da 10 a 20 anni e oltre 20 anni (compreso il carcere a vita). Da tali numeri sembrerebbe, a prima vista, che la domanda di salute espressa dal detenuto possa variare in maniera elevata a seconda della minore o maggiore lunghezza della pena oltre che, ovviamente, secondo le classi di età e gli altri parametri in uso nelle osservazioni epidemiologiche. In particolare, potrebbe di fatto registrarsi una differenza stridente fra la domanda di salute espressa dalla porzione dei condannati sino a 3 anni (37,2%), che godranno di una celere uscita dalla detenzione, rispetto al restante 62,8% che rimarrà per un tempo più elevato sino al massimo dell'ergastolo. Tutto ciò perché il detenuto recluso, condannato a rimanere nella struttura per lungo tempo, avrà bisogno di maggiori visite periodiche (di tipo sanitario e/o psicologico), riscontri continui da parte del personale medico, controllo dell'alimentazione, maggiore rischio di contagio da malattie infettive (con annesse misure di «isolamento continuo» e di ricovero presso luoghi esterni di cura protetti), di contagio da HIV, condizioni di maggior disagio mentale (ponendo anche un problema, sempre più vi-

stoso, di emergenza psichiatrica), maggiore emergenza sanitaria nei casi più complessi, che, se non gestiti opportunamente, anche in termini di tempestività dell'azione clinico-assistenziale (i cui tempi di intervento sono nettamente superiori a quelli legati un normale cittadino) rischiano di determinare un progressivo peggioramento delle condizioni di salute e di vita del detenuto nelle strutture penitenziarie, acuendone le già marcate tensioni sociali collegate alla privativa della libertà (es. per la percezione da parte di ciascun detenuto di un sostanziale disinteresse nei suoi confronti da parte del sistema penitenziario).

2.3. Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

Il Ministero della salute e il Ministero della giustizia, in allegato al menzionato DPCM di riforma del 2008, hanno riportato (Allegato A) le «Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale». In questa sezione sembra oltremodo utile riportare gli obiettivi di salute che devono essere perseguiti nell'ambito della sanità penitenziaria «tenuto conto della specificità della condizione di reclusione e privazione della libertà, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena» (p. 9).

Invero, prima dell'intervento riformatore e fermo restando un'idea di salute subordinata all'esigenza di sicurezza del detenuto, l'assistenza sanitaria veniva assicurata sotto diversi livelli (prevenzione, assistenza medico-generica, specialistica, di ricovero, ecc.) senza, però, adeguate strutture, processi ben definiti e in un ambiente, come quello carcerario, caratterizzato da notevoli problemi di sovraffollamento che rendono più difficili qualsiasi programmazione sanitaria e relative politiche di prevenzione. In particolare, l'assistenza medico-generica veniva garantita, in tutte le sue fasi, dal Servizio sanitario penitenziario, ai sensi della normativa vigente che ne regolava agli aspetti organizzativi e laddove il detenuto all'ingresso nella strut-

tura veniva cancellato dall'anagrafe degli assistiti del Ssn dopo i successivi 30 giorni, perdendo di fatto il proprio medico di fiducia. Pertanto, il Servizio sanitario penitenziario avrebbe dovuto sostituire, in funzione di garanzia, il medico di famiglia nella sua opera di intermediazione sanitaria. La richiesta però di tale medico è soggetta a una serie di autorizzazioni e procedure che rende tale diritto molto limitato. La mancanza, in aggiunta, di un ricettario regionale, ossia dello strumento con il quale si accede per un normale cittadino alle prestazioni sanitarie e per l'acquisto straordinario o urgente di farmaci non disponibili rimborsabili dal Ssn, normalmente assegnabili solo ai medici dipendenti o convenzionati Asl, rende ancora più difficile ottenere per i detenuti le cure e i trattamenti clinici di cui hanno bisogno, determinando conseguentemente una minore efficacia dell'attività sanitaria nelle strutture penitenziarie. L'assistenza ospedaliera erogata dal Ssn ai detenuti, invece, concorre in via sussidiaria, con l'assistenza sanitaria offerta dai centri propri dell'Amministrazione penitenziaria: i Centri diagnostico-terapeutici (C.T.D.)⁶ e gli Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.) e, come già anticipato, in caso di cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati internamente dagli istituti, i detenuti sono trasferiti, con provvedimento del magistrato competente, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. In tale processo, al giudice, e non al sanitario, spetta valutare, sulla base delle certificazioni sanitarie trasmesse dall'istituto penitenziario, le condizioni di salute del detenuto e la possibilità di cura all'interno della struttura o in luoghi esterni ad essa. Da qui, l'importanza, nell'ottica dell'ormai completata riforma, di perseguire i diversi obiettivi di salute richiamati, di seguito riportati (p. 9):

- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;
- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e

target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio-culturali, con riferimento alla popolazione degli immigrati;

- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;

- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Per perseguire i summenzionati obiettivi di salute, nell'ambito di tale allegato sono state anche elencate alcune necessità, ancora di fatto non realizzate, fra cui (pp. 9-10):

- 1) definire modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto di pena, prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità;

- 2) disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti;

- 3) conoscere le condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche;

- 4) attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate;

- 5) porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad es. tossicodipendenze e patologie correlate, HIV; malattie mentali), con il concorso di più figure professionali, sanitarie e sociali (in caso di pene alternative o di scarcerazione e di misure proprie nel settore minorile);

- 6) attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico-terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia).

Alla luce degli obiettivi di salute e delle urgenze appena menzionate, emerge la necessità di rilevazione di dati epidemiologici sistematici da parte delle Regioni, che sono sicuramente spronate ad adottare un programma sistematico di intervento che rilevi e poi affronti con risposte adeguate la doman-

da di salute della popolazione dei detenuti e la complessità del servizio sanitario da erogare.

2.4. Il personale

In riferimento all'*attività sanitaria* in senso stretto, l'amministrazione penitenziaria applica le norme della legislazione italiana riguardanti l'assistenza sanitaria dei detenuti. L'art. 11 della L. 354/1975 sull'ordinamento penitenziario, stabilisce, in merito, che ogni istituto sia dotato di un servizio medico e servizio farmaceutico rispondenti ad esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati e che disponga almeno di uno specialista in psichiatria, nonostante, in tal caso, i criteri di ripartizione tra le diverse strutture non siano mai stati chiariti e specificati. Basti pensare, in merito al servizio farmaceutico, che esiste una sola farmacia, con sede presso la Casa circondariale di Bari, deputata alla fornitura di farmaci per tutto il territorio nazionale e, presso ogni istituto, di un deposito, il cui approvvigionamento avviene ogni tre mesi, previa richiesta al Dap e secondo un lungo *iter* burocratico in seguito al quale si ottiene la relativa fornitura per l'istituto interessato. Tutto ciò, come anticipato, deriva dal fatto che il personale medico, normalmente operante all'interno delle strutture penitenziarie e di cui si dirà tra breve, non può ottenere il rilascio di un ricettario regionale, per cui viene inibita la possibilità di prescrivere farmaci dispensabili dal Ssn anche in casi di necessità e urgenza per il detenuto. Invero, il personale sanitario afferente le strutture penitenziarie -il cui tema, tra gli altri di indubbia rilevanza, risulta molto delicato anche in riferimento al suo passaggio nel Ssn e alla sua indubbia specificità- è stato inizialmente disciplinato normativamente dal regolamento per gli istituti di prevenzione e pena del 1931 (R.D. 19 giugno 1931 n. 787), che prevedeva, all'interno di ogni istituto penitenziario, la presenza di un medico, anche libero-professionista convenzionato definito «aggregato» e di agenti di custodia cautelare. Solamente con la legge 9 ottobre 1970 n. 740 sono state istituite, per ciascuna delle diverse strutture, tipologie specifiche di personale, non appartenenti, però, ai ruoli organici dell'amministrazione penitenziaria,⁷ ma costituenti, allo stato at-

tuale, l'ossatura fondamentale dell'assistenza sanitaria ai detenuti.

La prima figura contrattuale introdotta dalla legge citata riguarda i *medici incaricati* (a titolo provvisorio o a tempo indeterminato) ovvero i medici chirurghi, non appartenenti al personale civile di ruolo dell'amministrazione penitenziaria, i quali prestano la loro opera presso gli istituti o servizi della medesima, secondo le direttive impartite loro dal direttore o dai dirigenti medici di ruolo cui è affidata la direzione della struttura. Al medico incaricato spetta un compenso-base mensile lordo legato alla propria posizione iniziale, suscettibile di aumenti periodici costanti, in numero illimitato, secondo una determinata percentuale e di importi aggiuntivi rispetto al trattamento economico di base nel caso di affidamento permanente dei servizi sanitari di una specifica struttura o nel caso di prestazioni sanitarie e medico-legali nei confronti del personale del Corpo di polizia penitenziaria, e per un monte orario complessivo di 18 ore settimanali.

Unitamente ai medici incaricati, vi sono i medici di guardia (Sias) afferenti al Servizio integrativo per l'assistenza sanitaria con rapporto libero-professionale convenzionato biennale, ai quali spettano non soltanto le urgenze, ma anche compiti e attribuzioni sovrapponibili, sotto il profilo della continuità assistenziale, a quelli dei medici incaricati. Tali medici devono prestare la propria opera in osservanza delle disposizioni impartite dal dirigente sanitario, della normativa vigente e delle disposizioni impartite dall'autorità amministrativa dirigente l'istituto, riguardanti l'organizzazione del servizio e le relative modalità di svolgimento, purché compatibili con le esigenze di carattere sanitario. Ai medici incaricati, spetta, sotto il profilo economico, un compenso giornaliero, con esclusione di ogni altra indennità o gratificazione e di ogni trattamento previdenziale o assicurativo, da determinarsi ogni biennio, tenuto conto delle indicazioni della Federazione nazionale dell'ordine dei medici.

Da ultimo, completano il panorama degli operatori sanitari nelle strutture penitenziarie: i medici specialistici con rapporto libero-professionale svolgenti prestazioni specialistiche; infermieri professionali, in aggiunta a quelli di ruolo appartenenti all'amministrazione, con rapporto convenzionale biennale;

farmacisti e veterinari incaricati e altri soggetti anch'essi a rapporto libero-professionale (es. tecnici di radiologia medica, puericultrici, fisioterapisti, ausiliari socio-sanitari).

Allo stato attuale (fonte Dap e Dgm) vi sono 4.709 unità di personale non appartenente ai ruoli dell'amministrazione penitenziaria e sole 525 unità inquadrate come medici di ruolo nella medesima per un totale di 5.234 unità.

Il personale non di ruolo, che costituisce il 90% del complessivo personale adibito alla gestione dell'assistenza sanitaria penitenziaria, può essere così ulteriormente suddiviso nelle principali figure contrattuali di riferimento, incluse quelle operanti negli istituti penitenziari per minori (dati desunti dal V rapporto Antigone - luglio 2009)⁸:

- a) n. 198 medici incaricati afferenti all'area sanitaria della medicina di base;
- b) n. 152 medici incaricati provvisori anch'essi afferenti all'area sanitaria della medicina di base;
- c) n. 1.261 medici di guardia (Sias);
- d) n. 66 medici di guardia psichiatrica afferente l'area sanitaria della psichiatria;
- e) n. 1.386 medici specialisti per le diverse aree sanitarie;
- f) n. 118 medici di sorveglianza fisico-dosimetrica, quali esperti e medici autorizzati;
- g) n. 1.343 infermieri;
- h) n. 94 personale tecnico-parasaniario addetto alle aree tecniche;
- i) n. 3 medici incaricati pertinenti all'area sanitaria della farmacia e veterinaria;
- j) n. 2 medici incaricati provvisori all'area sanitaria della farmacia e veterinaria;
- k) n. 13 puericultrici addette ai nidi penitenziari;
- l) n. 73 ausiliari socio-sanitari per assistenza ausiliari.

Sotto il profilo dei costi e della situazione finanziaria del sistema penitenziario italiano, si rileva anzitutto l'accresciuto grado di complessità dell'assistenza sanitaria e medica ai detenuti (molti dei quali affetti da gravi patologie) a fronte di risorse sempre più scarse e comunque insufficienti per assicurare un normale svolgimento di tale delicata e peculiare attività. Inoltre, tale ripartizione è avvenuta a livello nazionale prevalentemente attraverso il criterio della spesa storica, il cui

parametro, oltre che indurre a un comportamento opportunistico generando maggiore spesa pubblica, risulta poco rappresentativo sia riguardo alla dinamica gestionale dell'attività sanitaria nelle strutture penitenziarie, sia alla loro dimensione e ai detenuti, ma soprattutto in quanto non aggancia tale attività alla valutazione dei risultati di *output* e *outcome* generati dal sistema sanitario penitenziario italiano e, allo stato attuale, non ancora valutati. Da qui un fenomeno di generale «lassismo operativo» e di più o meno marcata demotivazione da parte del personale medico in ragione della mancanza di specifici meccanismi di incentivazione economica e personale e dell'assenza di quell'autonomia clinico-assistenziale di cui godono i medici ospedalieri, a seguito delle rigide direttive, procedure e protocolli che normalmente sovrintendono il complessivo processo di assistenza, che in molti casi, in particolare per talune specie di patologie, necessiterebbe di tempi brevi di intervento.

2.5. Il finanziamento

La manovra sospinta dall'attuazione della riforma ha comportato, ai fini dell'esercizio da parte del Ssn delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, il trasferimento lordo generale di risorse finanziarie al Ssn di 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010. Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo, le principali voci di costo che caratterizzano la gestione della sanità penitenziaria, così come sono state in precedenza classificate dal Dap, e che alimentavano, in quanto sostenute fino al DPCM 1° aprile 2008, la relativa voce di spesa «organizzazione e funzionamento del servizio sanitario e farmaceutico»:

- a) compensi al personale di guardia medica afferenti al servizio integrativo di assistenza sanitaria (Sias) a rapporto convenzionale con retribuzione oraria;
- b) compensi al personale medico specialistico a rapporto convenzionale, con retribuzione oraria o a prestazione;
- c) compensi per l'assistenza medico-specialistica in medicina del lavoro, sulla base

della disciplina di cui al D.L.vo n. 626/1994 e successive modificazioni e integrazioni;

d) compensi al personale sanitario che assicura la sorveglianza medica e fisico-dosimetrica negli ambulatori radiologici funzionanti nelle strutture penitenziarie;

e) compensi al personale infermieristico e tecnico a rapporto convenzionale con retribuzione oraria;

f) acquisto prodotti farmaceutici, parafarmaceutici;

g) forniture di protesi sanitarie;

h) acquisto di apparecchiature, attrezzature e strumentario sanitario;

i) oneri per il servizio di raccolta, trasporto e smaltimento di rifiuti speciali, tossici e nocivi, sulla base di quanto stabilito dal D.P.R. 915/1982 e successive modificazioni e integrazioni;

j) oneri per la convezione con l'azienda ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova per il ricovero degli internati presso l'Ospedale Psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere per la quota che grava su tale capitolo di bilancio.

Tale voce, rientrante nel capitolo 1761 «Spese di ogni genere, riguardanti il mantenimento, l'assistenza, la rieducazione e il trasporto dei detenuti», presentava (fonte: estratto del bilancio economico Dap) uno stanziamento iniziale di competenza (al lordo delle risorse indisponibili di cui alla L.F. 2007) di 100 milioni di euro nel 2008 (- 1% rispetto al 2007), 18,2 milioni di euro nel 2009 e nel 2010.

Secondo le indicazioni del medesimo Dap, per garantire i Livelli essenziali di assistenza, l'incidenza media sul finanziamento annuo dei costi del personale sanitario a rapporto libero professionale si aggirerebbe intorno all'80%, determinando un residuo inutilizzabile per un adeguato ammodernamento delle strutture penitenziarie esistenti, oltre all'accresciuta necessità di dotare il territorio nazionale di nuove strutture con l'obiettivo di assorbire la mole di detenuti di cui il sistema penitenziario si fa attualmente carico con gravi disagi, non soltanto per quanto attiene alla salute dei detenuti, ma anche per le criticità di natura gestionale e organizzativa.

In particolare, come richiamato dalla nota preliminare dello stato di previsione del Ministero della giustizia per l'esercizio finanzia-

rio 2007, la crescente domanda di assistenza, indotta da molteplici fattori di morbilità che caratterizzano la popolazione detenuta, richiede un complesso di servizi strutturati e di interventi specialistici e multi-professionali, a presidio del diritto alla cura della persona, ancorché in stato di restrizione della libertà personale. Inoltre, è ormai ben chiara la percezione, anche da parte dell'opinione pubblica più in generale, delle difficoltà dell'amministrazione a garantire adeguati presidi sanitari e misure di prevenzione, di diagnostica precoce e di terapie appropriate, specie in riferimento a una serie di casi di decesso dei detenuti, di epidemie all'interno di istituti penitenziari, ovvero di richieste di dichiarazione di incompatibilità dello stato di salute con le condizioni di detenzione. Pertanto, la spesa per l'assistenza sanitaria, pur limitata da compensi professionali al personale medico e paramedico convenzionati molto bassi rispetto a quelli previsti dal Servizio sanitario pubblico, risulta comunque più elevata di quella programmata sulla base delle risorse finanziarie allocate sul pertinente capitolo di bilancio. L'inadeguatezza delle strutture e dei servizi sanitari organizzati dall'amministrazione induce, perciò, a un elevato ricorso a ricoveri in luoghi di cura esterni, con maggior esposizione al rischio per la sicurezza e con particolare aggravio di costi per il personale impegnato nei servizi di vigilanza e piantonamento dei detenuti degenti.

Prima di presentare il quadro complessivo della destinazione delle risorse finanziarie a disposizione della medicina penitenziaria per l'anno 2008, alla luce dell'attuazione del DPCM 1° aprile 2008, si riporta la spesa storica 2006 (**tabella 5**), cui ha concorso lo Stato e che è stata presa a base di riferimento non solo per l'assegnazione del finanziamento annuo per il 2007, ma anche per il riparto tra le Regioni a statuto ordinario delle risorse trasferite ai sensi del comma 1, dell'art. 6 del DPCM citato, nelle disponibilità del Ssn ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie, quantificate complessivamente, come dianzi accennato, in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008.⁹

Con riguardo al trasferimento delle risorse finanziarie nel Ssn per l'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti la medicina penitenziaria, è opportuno rilevare che le Regioni (a statuto ordinario o a statuto speciale) e le Pro-

vince autonome¹⁰ avrebbero dovuto sovrintendere al processo di passaggio delle risorse alle Aziende sanitarie locali. Infatti, nelle more dell'applicazione di tale trasferimento e comunque non oltre il 30 settembre 2008, il Dipartimento di amministrazione penitenziaria e il Dipartimento di giustizia minorile del Ministero della giustizia hanno continuato a svolgere, transitoriamente, le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle Asl del Ssn.

Pertanto, le risorse finanziarie in discorso nell'ammontare complessivo previsto per l'anno 2008 e pari a complessivi 157,8 milioni di euro sono state destinate come segue:

– l'importo di € 125.476.398 diretto al finanziamento delle spese sostenute dal Ministero della giustizia per la sanità penitenziaria e a valere sul Dap dal 1° gennaio al 30 settembre 2008;

– il residuo importo di € 32.323.602 ripartito tra le Regioni a statuto ordinario per il finanziamento delle spese sostenute dalle

Tabella 5
Spesa storica anno 2006.
Medicina penitenziaria

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	SPESA STORICA 2006
ABRUZZO	716.317
BASILICATA	256.062
CALABRIA	1.153.678
CAMPANIA	4.741.097
EMILIA-ROMAGNA	2.133.479
FRIULI-VENEZIA GIULIA	–
LAZIO	3.707.732
LIGURIA	852.717
LOMBARDIA	3.357.356
MARCHE	514.790
MOLISE	172.042
PIEMONTE	2.022.901
PUGLIA	1.757.486
SARDEGNA	–
SICILIA	–
TOSCANA	2.713.750
TRENTO - PROVINCIA AUTONOMA	–
BOLZANO - PROVINCIA AUTONOMA	–
UMBRIA	648.401
VENETO	1.101.165
VALLE D'AOSTA	–
TOTALI	25.848.971

Asl nel periodo 1° ottobre-31 dicembre 2008 (tabella 6). Tale riparto, come sopra richiamato, è stato agganciato alla spesa storica 2006 presentata, con l'aggiunta di alcune integrazioni a valere sia sui residui dei capitoli del Ministero della giustizia (circa 3,5 milioni di euro), sia sui capitoli del Ministero della salute (10 milioni).

2.6. Il modello organizzativo suggerito

Pur essendo l'organizzazione del Ssn, senza alcun dubbio, di chiara competenza regionale, il summenzionato DPCM, nell'ambito delle «Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale» (vedasi Allegato A), ha provato anche a fornire delle «Indicazioni sui modelli organizzativi» da adottare, cercando così sia di perseguire l'organizzazione

omogenea dei servizi di sanità penitenziaria, sia di garantire l'uniformità dei Lea delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Tali linee di indirizzo hanno proposto di istituire:

- un Servizio multiprofessionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche nelle Asl sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti;

- una unità operativa multiprofessionale ai fini dell'erogazione delle prestazioni di base e specialistiche nelle Asl sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva da 200 a 500 detenuti;

- una idonea struttura con autonomia organizzativa nelle Asl sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva di oltre 500 detenuti, o istituti sede di Centro clinico o di sezioni specializzate di degenza ospedaliera, osservazione

Tabella 6

Ripartizione delle risorse fra le Regioni a statuto ordinario

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	RIPARTO TRA LE REGIONI A STATUTO ORDINARIO (1° ottobre 2008 – 31 dicembre 2008)	POPOLAZIONE DETENUTA PER REGIONE (31 dicembre 2008) Fonte DAP
ABRUZZO	849.158	1.678
BASILICATA	281.341	533
CALABRIA	1.233.223	2.286
CAMPANIA	6.203.393	7.185
EMILIA-ROMAGNA	2.980.319	4.075
FRIULI-VENEZIA GIULIA	–	741
LAZIO	4.966.765	5.366
LIGURIA	905.945	1.380
LOMBARDIA	3.642.598	8.090
MARCHE	559.781	1.017
MOLISE	190.513	396
PIEMONTE	2.177.199	4.636
PUGLIA	2.035.909	3.556
SARDEGNA	–	2.132
SICILIA	–	6.870
TOSCANA	4.366.886	3.811
TRENTO - PROV. AUTONOMA	–	*
BOLZANO - PROV. AUTONOMA	–	*
UMBRIA	720.388	906
VENETO	1.210.185	2.979
VALLE D'AOSTA	–	152
TOTALI	32.323.602	58.127

* Il dato della popolazione detenuta per il Trentino-Alto Adige risulta pari complessivamente a 339 detenuti.

e/o riabilitazione psichiatrica, disabilità motoria, malattie infettive, ovvero quando presenti più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili);

– una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare, nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, nelle Asl sul cui territorio sono presenti Istituti di pena per minorenni (IPM), Centri di prima accoglienza (CPA) o Comunità ministeriali terapeutiche ed educative che ospitano minorenni sottoposti a provvedimenti penali

Scorrendo l'estratto delle summenzionate linee di indirizzo emerge, in primo luogo, che indicare configurazioni organizzative senza ulteriori specifiche rischia di svuotare di significato un sostanziale assetto, se non in relazione alle «posizioni occupabili» dal personale, le quali, in ogni caso, non definiscono di per sé i servizi offerti; in secondo luogo, che la complessità del management della sanità penitenziaria e il modello organizzativo, attuato da diverse Asl in differenti Regioni, possa variare decisamente in funzione del numero e del *mix* di detenuti malati assistiti (e.g. adulti, minorenni), della prevalenza e dell'incidenza di stati patologici (e.g. percentuale di minorati psichici, disabili motori e detenute e minorenni sottoposte a provvedimenti penali con prole), dei loro flussi di accesso nelle strutture penitenziarie, nonché del tipo di Istituto di pena¹¹ assistito da prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Alla luce di ciò, è stato scelto come caso di studio il Polo penitenziario di «Rebibbia», che somma nei vari istituti una capienza complessiva ben superiore ai 500 detenuti ed è caratterizzato da una incidenza notevole di detenute e minorenni con prole, nonché di minorati psichici.

3. Il trasferimento dal Dap al Ssn

Una volta delineato il quadro di sintesi della sanità penitenziaria italiana alla luce delle modifiche novellate dal DPCM 1° aprile 2008, questo articolo intende focalizzarsi su come la Asl Roma B e il collegato Polo penitenziario di Rebibbia abbiano affrontato il cambiamento economico-finanziario, organizzativo e amministrativo-contabile spinto dalla richiamata riforma. La scelta di

focalizzare su tale Istituto la presente ricerca è stata giustificata dalla maggiore rappresentatività posseduta da tale struttura, sia per la popolazione detenuta in carcere, sia per il personale occupato e per la sua importanza storica nel panorama italiano. Infatti, il cosiddetto Polo di Rebibbia ricomprende al suo interno rispettivamente la Casa circondariale di Rebibbia Nuovo complesso, la Casa circondariale femminile di Rebibbia, la Casa di reclusione e la III Casa circondariale di Rebibbia, con una popolazione detenuta pari all'incirca a 5.000 persone, con un tasso medio di rotazione di 4 per anno, che corrisponde a un fabbisogno assistenziale potenziale di circa 20.000 assistiti all'anno.

Ciò premesso, risulta necessario trattere la prima fase del complessivo processo di metamorfosi che ha coinvolto direttamente tutte le Asl – e i relativi istituti penitenziari di riferimento – destinatarie del trasferimento di funzioni e competenze dal Dap al Ssn. Tale processo è stato avviato tramite la deliberazione con la quale la Regione Lazio (4 luglio 2008) ha recepito i dettami e i precetti contenuti del DPCM 1° aprile 2008, in riguardo al trasferimento al Ssn delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Tale deliberazione sicuramente costituisce la sintesi degli impegni espressamente e complessivamente assunti dalla Regione stessa, nell'assolvimento delle funzioni trasferite, per:

– attivarsi presso gli specifici tavoli tecnici della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella conferenza permanente al fine di realizzare tutti gli adempimenti necessari per la concreta attuazione del DPCM in discorso e delle relative linee di indirizzo collegate;

– disciplinare gli interventi da attuare attraverso le Asl comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti, i servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento;

– avviare le procedure di concertazione per l'attuazione del trasferimento del rapporto di lavoro del personale di cui all'art. 3 del DPCM;

– adottare le misure necessarie per la convalida, con apposito atto formale dell'inven-

tario delle attrezzature, arredi, beni strumentali afferenti le attività sanitarie di proprietà del Dap, da trasferire alle singole Asl con la sottoscrizione di un verbale di consegna;

- adottare le misure necessarie per la convalida, con apposito atto formale dell'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, redatto dal Ministero della Giustizia alla data del 31 dicembre 2007, che vengono concessi in uso a titolo gratuito per l'utilizzo da parte delle Asl, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni;

- identificare le procedure amministrative di gestione delle risorse finanziarie che saranno trasferite nella disponibilità del Servizio sanitario regionale (Ssr) in seguito al riparto effettuato secondo i criteri stabiliti in sede di Conferenza Stato-Regioni;

- definire schemi di protocolli interistituzionali, sulla base delle indicazioni fornite dalla Conferenza permanente Stato-Regioni che regolano i rapporti tra le Asl e il Ministero di Giustizia;

- ai sensi dell'art. 3 del DPCM citato, fornire alle singole Asl, sulla base di quanto indicato dalla suddetta Conferenza permanente, schemi di convenzione non onerosi della durata non superiore a dodici mesi, redatti allo scopo di avvalersi della eventuale collaborazione degli esperti convenzionati con il Ministero della Giustizia ai sensi dell'art. 80 della L. 26 luglio 1975 n. 354¹² e dell'art. 8 del D.L.vo 28 luglio 1989 n. 272,¹³ per garantire la continuità assistenziale di natura psicologica prestata a favore dei detenuti e internati.

A fronte di tale delibera le Asl operanti sul territorio regionale, dal canto loro, si sono impegnate a effettuare tutte le azioni di natura giuridica, amministrativa e contabile al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei Lea; ad attuare le direttive regionali in materia di organizzazione al fine di garantire la tutela della salute penitenziaria; ad adottare tutte le iniziative necessarie per il trasferimento del personale dipendente in servizio alla data del 15 marzo 2008 (successivamente prorogato al 14 giugno 2009) che esercita funzioni sanitarie presso il Ministero della Giustizia e le sue articolazioni territoriali (istituti e servizi)

provvedendo a mettere in atto tutti gli adempimenti necessari per l'inquadramento nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale delle aziende sanitarie del Ssn, sulla base della tabella B allegata al DPCM medesimo, ivi compresi quelli relativi al personale sanitario di cui alla L. 740/1970; a sviluppare, altresì, le iniziative necessarie per dare attuazione all'art. 4 comma 1 in riferimento al trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali all'attività sanitaria e di proprietà del Ministero della Giustizia e risultanti dall'apposito inventario trasmesso dalla Regione.

Dal suesposto deliberato deriva, inoltre, che ciascuna Asl dovrà stipulare apposite convenzioni, secondo uno schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito per le attività sanitarie a favore di detenuti e internati; redigere le convenzioni non onerose di cui sopra per assicurare la continuità assistenziale di natura psicologica a favore dei medesimi, sempre secondo schemi definiti a livello regionale, e da ultimo mettere in atto un protocollo di intesa interistituzionale con le Direzioni degli istituti penitenziari e dei centri di Giustizia minorile, allo scopo di definire le forme di collaborazione relative alla sicurezza e regolare i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario.

Degli adempimenti su elencati, con riferimento alla Asl Roma B e come descritto successivamente, sono stati realizzati, in particolare, quelli relativi al passaggio del personale, degli arredi e dei beni strumentali all'attività sanitaria.

4. Aspetti economico-finanziari

Come già accennato, le diverse Regioni, siano esse a statuto ordinario o speciale, avrebbero dovuto sovrintendere al processo di passaggio delle risorse alle Aziende sanitarie locali e, nelle more dell'applicazione di tale trasferimento e comunque non oltre il 30 settembre 2008, il Dap e il Dgm del Ministero della Giustizia hanno continuato a svolgere, transitoriamente, le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle

Asl del Ssn. Pertanto, gli aspetti economico-finanziari della gestione dell'assistenza sanitaria dei detenuti devono essere analizzati in riferimento, per il 2008, al periodo di competenza della Asl, ossia dal 1° ottobre 2008 al 31 dicembre 2008.

Il criterio utilizzato per il riparto delle risorse a disposizione del Polo penitenziario di Rebibbia, così come a tutti gli istituti penitenziari, si è basato precipuamente sulla spesa storica sostenuta per l'assistenza ai detenuti (dato 2006), dando luogo per il periodo ottobre-dicembre 2008 per la Regione Lazio, a € 4.966.765, così come evidenziato nella tabella 6 esposta nel precedente paragrafo. A fronte di tali risorse regionali disponibili, i costi sostenuti per lo svolgimento delle funzioni sanitarie per il Polo penitenziario di Rebibbia, nel periodo transitorio ottobre-dicembre 2008 (**tabella 7**), sono stati pari a € 622.327,71 di cui il 24% (pari a € 150.969,00) per prestazioni e servizi sanitari a favore dei detenuti, il 20% (pari a € 121.340,00) per consumi di beni sanitari (es. farmaci) e beni non sanitari, il 13% (pari a € 81.181,00) per il personale e altre tipologie, il 5% (pari a € 30.152) per prestazioni interne e il restante 38% (pari a € 238.685,71) per la quota parte imputata dei costi amministrativi e generali. Se a questi si aggiungono i costi complessivamente sostenuti dall'Asl Roma B per la gestione dell'assistenza sanitaria ai detenuti, tramite le proprie strutture interne dedicate, che nel medesimo periodo sono stati pari a € 2.709.593,00, e per un totale, quindi, di € 3.331.920,71 emerge, in prima battuta, che le risorse messe a disposizione dalla Regione Lazio per il periodo transitorio

dell'ultimo trimestre 2008 appaiono insufficienti ad assicurare la copertura delle spese sostenute per tutela della salute nell'Istituto penitenziario di Rebibbia. Inoltre, in attesa della delibera Cipe per il riparto delle risorse per l'anno 2009, che al momento in cui si licenzia questa pubblicazione all'editore – ovvero ottobre 2009 – è prevista per i primi mesi del 2010, l'Asl Roma B ha già elaborato una previsione dei complessivi costi per la gestione dell'assistenza penitenziaria 2009 che è riportata nella tabella 7.

La preoccupazione che suscitano i dati relativi alla proiezione del 2009, aumenta ulteriormente se si considera che l'ammontare totale peraltro non comprende, in quanto non ancora contabilizzati:

- a) gli ammortamenti afferenti agli acquisti relativi al Piano di investimenti e attrezzature che sono ancora in fase di completamento;
- b) i fabbisogni relativi alle risorse assistenziali e mediche che sono stati rilevati, ma non ancora contabilizzati;
- c) ulteriori costi, rilevati allo stato attuale solo a livello aziendale e ancora difficilmente attribuibili per la quota parte afferente all'assistenza penitenziaria.

Pertanto, è viva speranza che il Cipe tenga in debita considerazione nel riparto non soltanto la spesa storica degli istituti penitenziari compresi nel territorio di competenza delle Asl, ma anche altri parametri come la popolazione detenuta, il volume delle prestazioni erogate e i connessi costi di assistenza, le patologie clinico-assistenziali e la presenza degli Osp, per evitare di svuotare di significato i principi fondamentali che hanno

Fattore produttivo	Anno 2008 (ottobre-dicembre)	Gennaio-marzo 2009	Proiezione anno 2009
Costi della produzione	622.327,71	1.541.885,59	6.183.542,34
<i>Personale dipendente e altre tipologie</i>	81.181,00	835.297,88	3.341.191,52
<i>Consumi</i>	121.340,00	378.881,00	1.515.524,00
<i>Prestazioni e servizi sanitari</i>	150.969,00	41.116,00	164.464,00
<i>Servizi non sanitari</i>		6.798,00	27.192,00
<i>Prestazioni interne</i>	30.152,00	33.107,00	132.428,00
<i>Costi trasporti</i>		8.000,00	48.000,00
<i>Costi amministrativi e generali (imputazione quota)</i>	238.685,71	238.685,71	954.742,82

Tabella 7
Costi transitori Polo penitenziario Rebibbia (ottobre-dicembre 2008) e proiezioni 2009
Fonte: Asl RM/B. Uos Pianificazione programmazione e controllo

ispirato inizialmente la riforma della sanità penitenziaria.

5. Aspetti organizzativo-gestionali

In merito agli aspetti organizzativi, ci soffermeremo qui di seguito su quelli inerenti il personale trasferito, il passaggio delle attrezzature e beni strumentali, il trasferimento delle funzioni sanitarie, l'informatizzazione e il trattamento dati.

5.1. Il trasferimento del personale

Sotto il profilo del *trasferimento del personale* in carico presso il Dap e operante all'interno dei diversi istituti delle aziende sanitarie, sono state già in precedenza rilevate le peculiarità della realtà penitenziaria italiana in merito ai soggetti adibiti alla gestione dell'assistenza sanitaria all'interno delle strutture penitenziarie.

Il trasferimento del personale nel Polo penitenziario di Rebibbia ha destato non poche criticità, che sono state superate, previo studio della normativa nazionale e delle esperienze in corso in altre Regioni, dando luogo in alcuni casi a delle soluzioni immediate e al permanere di alcune problematiche. Ciò ha reso necessaria la predisposizione, da parte del Gruppo tecnico interregionale che opera in seno alla Commissione sanità della Conferenza Stato-Regioni, di specifiche linee di indirizzo per il trasferimento dei rapporti di lavoro nel Ssn del personale sanitario operante in materia di Sanità penitenziaria che hanno in maggior misura risolto e chiarito alcune delle criticità rilevate dalle singole Regioni nell'applicazione in tal senso del DPCM.

Sulla base di tali considerazioni e del documento di indirizzo citato, i relativi aspetti connessi al passaggio del personale penitenziario dal Dap al Ssn, possono essere di seguito riassunti:

- in primo luogo, per i medici incaricati, che costituiscono fondamentalmente personale a tempo indeterminato, non sono previste nuove disposizioni, applicando di fatto quanto previsto dal DPCM dell'aprile 2008 che prevede, infatti, il trasferimento dal Dap e dal Dgm del Ministero della giustizia alle Aziende sanitarie del Ssn, nei cui territori sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i

servizi minorili di riferimento, e collocati in un apposito elenco ad esaurimento fino alla naturale scadenza (per raggiunti limiti di età o per rinuncia all'incarico), continuando ad essere disciplinati dalla citata legge n. 740 del 1970 fino alla medesima data. Si tenga presente, inoltre, che lo *status* giuridico dei medici incaricati si caratterizza per il godimento (art. 2 L. 740/1970) di alcuna incompatibilità né divieto di cumulo degli incarichi, potendo prestare servizio, di conseguenza, come dipendenti o convenzionati presso altre pubbliche amministrazioni, Asl, avere mutuati e svolgere la libera professione. La mancanza di incompatibilità costituisce il portato, da un lato, della volontà del legislatore di assicurare il Servizio sanitario penitenziario tramite professionisti *part-time*, dall'altro lato, in contropartita, del mancato riconoscimento della dipendenza pubblica (Andreano, 1999). Per tale tipologia, quindi, non sono applicabili le incompatibilità e le limitazioni previste dai contratti e dalle convenzioni con il Ssn, riconoscendo conseguentemente agli stessi professionisti la possibilità del cumulo di più incarichi nel rispetto delle disposizioni normative relative all'organizzazione dell'orario, con le quali viene prevista una durata massima di lavoro settimanale pari a 48 ore;¹⁴

- per i medici incaricati provvisori, che vengono equiparati, sotto il profilo economico, contributivo e previdenziale, ai medici incaricati a titolo definitivo, anch'essi, al pari di quelli definitivi, vengono collocati in apposito elenco nominativo ad esaurimento fino alla loro naturale scadenza (per raggiunti limiti di età o per rinuncia all'incarico), fermo restando al contempo le deroghe previste dall'art. 2 della L. 740/1970 in tema di incompatibilità e cumulo degli incarichi e il rispetto della normativa nazionale ed europea in tema di tetti di orario di lavoro;

- il personale di guardia medica Sias («Guardia Medica») ha comportato, inizialmente, particolari problemi in ordine all'individuazione di quale contratto tipo vigente nel Ssn fosse applicabile, in quanto all'interno dell'Amministrazione penitenziaria avevano un rapporto contrattuale a tempo determinato, della durata di 2 anni, e con la proroga prevista dal DPCM in discorso, essi sono scaduti formalmente in data 14 giugno 2009. Sulla base, poi, delle menzionate linee

di indirizzo per il trasferimento dei rapporti di lavoro del personale penitenziario nel Ssn, tali medici sono stati ricondotti nell'ambito dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) della Medicina generale, all'interno della *continuità assistenziale/medicina dei servizi* al fine di garantire nei presidi sanitari penitenziari l'assistenza sanitaria secondo le modalità operative previste da ciascun presidio. Pertanto, in sede di rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) per la Medicina generale dovranno essere previste procedure di accesso specifiche per i medici Sias,¹⁵ disciplinati con le relative deroghe previste dalla legge 740/1970 e nel rispetto, anche in tal caso, della normativa nazionale ed europea in tema di tetti di orario di lavoro;

– i medici specialisti, nell'ottica di garantire la continuità delle medesime prestazioni erogate, possono essere inquadrati, in quanto figure già convenzionate con l'amministrazione penitenziaria, nell'ambito dell'ACN per la specialistica ambulatoriale. Infatti, il vigente ACN definisce all'art. 13 quali siano le figure professionalmente destinatarie con le quali la Asl instaura un rapporto di lavoro autonomo professionale (medici specialisti e odontoiatri), comprendendo al suo interno anche i medici, biologi, chimici, e psicologi provenienti dal Ministero di grazia e giustizia e operanti nell'attività penitenziaria;

– gli infermieri convenzionati hanno normalmente un rapporto convenzionale con altre Asl, nel quale caso la loro attività (già di fatto aggiuntiva e remunerata a tariffa oraria per ore di lavoro prefissate) potrà essere inquadrata in unico contratto, definendo in maniera più precisa il relativo incarico nelle strutture penitenziarie; nel mentre in caso di libero professionista si manterrà un rapporto libero professionale sulla base delle norme vigenti del Ssn;

– da ultimo, di certo non per importanza, per i consulenti psicologi (quali esperti ai sensi dell'art. 80 della L. 26 luglio 1975 n. 354 e dell'art. 8 del D.L.vo 28 luglio 1989 n. 272) la collocazione di tale personale nel Ssn, limitatamente agli psicologi, è ancora molto dibattuta in quanto mancano disposizioni in merito all'interno del DPCM citato,¹⁶ soprattutto in riferimento alla loro funzione sanitaria presso gli istituti penitenziari rispetto alla professione dello psicologo così come disciplinata dalla Legge 31/2008 (che proroga i

termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria). Per intanto si può sicuramente affermare che lo «psicologo educatore» viene ora inquadrato in un ruolo ad esaurimento della Dirigenza sanitaria non medica, con conseguente *upgrade* del trattamento economico di cui godeva in precedenza.

Per quanto attiene strettamente la Asl Roma B, dal Polo penitenziario di Rebibbia sono state «prese in carico» n. 12 unità del personale di ruolo svolgenti mansioni sanitarie inquadrato secondo la tabella di cui allegato B del DPCM 1° aprile 2008, mentre per il restante personale sanitario è possibile fornire tale descrizione sintetica: n. 11 unità a titolo di personale medico incaricato definitivo e provvisorio, inserito dal 14 giugno 2009 nell'elenco ad esaurimento fino alla loro naturale scadenza; n. 27 unità come medici specialisti inquadrati nell'ambito dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale, compatibilmente con eventuali altre posizioni giuridiche di cui i medesimi erano titolari; n. 27 medici Sias e n. 2 odontotecnici inquadrati secondo le linee di indirizzo menzionate; n. 9 unità a titolo di ausiliario socio-sanitario, n. 4 collaboratori professionali sanitari fisioterapisti, n. 29 collaboratori sanitari infermieri professionali, n. 10 infermieri generici, n. 9 puericultrici. In particolare, per il personale infermieristico della riabilitazione e per le puericultrici, possono essere previste procedure concorsuali in cui si tenga conto dell'esperienza professionale, dando luogo, nelle more del perfezionamento dell'*iter* finalizzato a una gestione definitiva delle posizioni delle suddette figure professionali, alla ulteriore prosecuzione dei rapporti di lavoro fino al 31 gennaio 2010.

5.2. Il trasferimento delle attrezzature e beni strumentali

Per quanto concerne il trasferimento dei locali adibiti allo svolgimento delle attività sanitarie, delle attrezzature sanitarie e degli altri beni strumentali, il DPCM a riguardo stabilisce che le attrezzature e i beni strumentali prima in possesso del Dap dovevano essere trasferiti in base a un apposito verbale di consegna redatto dal Ministero di grazia e giustizia, trasmesso alle singole Regioni e

da queste convalidato con apposito atto formale. Nel caso della Regione nella quale è operativo il Polo di Rebibbia ciò è avvenuto come già richiamato in base alla deliberazione della Giunta regionale del 4 luglio 2008, assumendo l'impegno formale di adottare le misure necessarie per la sua convalida, con relativo atto. A seguito di ciò, tali attività patrimoniali sono entrate a far parte del patrimonio della Asl Roma B, nel cui ambito territoriale opera l'Istituto di Rebibbia. Ciò comporterà sia l'assoggettamento di tutte le procedure amministrativo-contabili richieste (come redazione libro inventario, inserimento nel libro cespiti, calcolo ammortamenti da sterilizzare¹⁷ a fine esercizio, ecc.), sia una maggiore responsabilità in termini di interventi di manutenzione e sostituzione di attrezzature che graveranno sul proprio bilancio, incrementando la perdita d'esercizio dell'Asl a parità di risorse, e in termini di futuri approvvigionamenti in funzione del relativo fabbisogno. Per quanto concerne, invece, i locali adibiti alle funzioni sanitarie, così come elencati in un apposito inventario, redatto dal Ministero della giustizia alla data del 31 dicembre 2007, tali fabbricati sono stati concessi in uso a titolo gratuito alla Asl Roma B sulla base dell'apposita convenzione stipulata secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

5.3. Il trasferimento delle funzioni sanitarie

Il trasferimento delle funzioni sanitarie dal Dap e dal Dipartimento di giustizia minorile (precedenti titolari di tali attribuzioni) alle Asl di riferimento territoriali dei vari istituti penitenziari, secondo il DPCM, comprende tutte le prestazioni sanitarie svolte all'interno di questi ultimi, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche, sia per i tossicodipendenti che per i minori affetti da disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, c. 6 e 6 *bis* del testo unico di cui al DPR 9 ottobre 1990 n. 309.¹⁸ Nel caso di Rebibbia, tutte le funzioni svolte al suo interno sono passate, in termini di competenza, alla Asl Roma B che avrà il compito di garantire ed erogare tutte le prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione ricomprese

nei Livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001, così come modificato dal DPCM 5 marzo 2007 e successive modificazioni e integrazioni, sulla base però dei protocolli procedurali sottoscritti tra Rebibbia e la Asl di riferimento, in ragione delle particolari caratteristiche del paziente oggetto di cura e assistenza, per il quale si dovranno seguire procedure e adempimenti appositi soprattutto per motivi di sicurezza. La Asl avrà così il compito di gestione e di controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari; quindi, il Direttore generale della Asl risponderà della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste per lo svolgimento dell'assistenza sanitaria ai detenuti in tali istituti, mentre il Direttore dell'Istituto penitenziario avrà la responsabilità, assieme al Direttore generale, di disciplinare il regime autorizzatorio e le modalità di accesso all'Istituto del personale appartenente al Ssn e di provvedere, con appropriata programmazione, al mantenimento degli standard igienico-sanitari previsti dalla normativa.

Un problema, che inizialmente potrebbe porsi all'interno della Asl, tra gli altri rilevanti, concerne la mobilità sanitaria interregionale, ovvero la possibilità che un paziente appartenga a un'altra Asl, operante fuori Regione e competente per il territorio di residenza del detenuto assistito. Infatti, normalmente, la residenza del detenuto presso le strutture carcerarie viene fatta coincidere con l'istituto. Tale criterio «residenziale» potrebbe essere corretto nel caso in cui si prendano in considerazione le Case di reclusione nelle quali, come ricordato, ci si fa carico dei detenuti in via permanente (es. per sentenza definitiva di condanna), mentre un simile criterio diventa arbitrario, e quindi aleatorio, per i detenuti presenti nelle Case circondariali di maggiore variabilità, sia in termini di numero che di accessi (e che accolgono la parte più consistente della popolazione carceraria). Tale questione ha un forte impatto sull'ammontare delle risorse finanziarie da assegnare, come saldo tra quelle attive e passive, secondo la procedura definita di compensazione interregionale delle prestazioni effettuate a favore di pazienti appartenenti ad altre Asl¹⁹ ma considerabili «pazienti regionali» per attribuzione di residenza. A livello di rapporti interregionali si determina,

percio', uno sfasamento «territoriale» nella gestione delle prestazioni sanitarie, per l'indeterminatezza del concetto di residenza dei soggetti detenuti in carico, sotto il profilo assistenziale, alle Asl, rendendo anche meno attendibile il calcolo del relativo fabbisogno di risorse.

Inoltre, la Asl Roma B, a seguito del passaggio di tali funzioni sanitarie, ha provveduto a sottoscrivere alcune convenzioni precedentemente operative tra Dap ed enti pubblici e privati, indispensabili per rendere efficace e tempestivo lo svolgimento delle prestazioni sanitarie in tema di malattie infettive. Difatti, l'aspetto più rilevante, in merito, è costituito dal ritardo (anche 30 giorni) determinato dal tempo necessario per espletare le relative pratiche, nonché dai rapporti con le strutture sanitarie esterne dove il paziente deve essere inviato, a fronte di patologie la cui natura richiede, normalmente, il trasferimento per visite e analisi di routine. Ad esempio, è alquanto noto come l'infezione da HIV (di norma molto frequente negli istituti), determinando un progressivo danno al sistema immunitario, espone il soggetto sieropositivo a una evoluzione clinica verso uno stadio più grave, per il quale il paziente deve essere sottoposto a regolari controlli ematochimici, immunologici e indagini strumentali che devono essere eseguiti presso strutture sanitarie esterne (proprie o in convenzione) per monitorare l'andamento dell'infezione e, quindi, istaurare adeguate misure di profilassi e terapia. Proprio questo è il fine della convenzione stipulata tra la Asl Roma B e l'Istituto nazionale per le malattie infettive (INMI) «Lazzaro Spallanzani» Ircs, relativa allo svolgimento di quest'ultimo di prestazioni di visita e/o consulenza specialistica, accertamento di laboratorio e fornitura di farmaci per il trattamento dell'infezione da HIV-AIDS e delle patologie correlate comprese le co-infezioni con virus epatici, rese a favore della popolazione penitenziaria ristretta presso il Complesso Penitenziario di Rebibbia.²⁰

Si descrivono, di seguito, alcuni tratti salienti di questa convenzione per comprenderne l'articolazione e la relativa complessità rispetto a possibili misure alternative e per giustificare ancor più il ricorso a strutture esterne. In primo luogo, la consulenza specialistica è richiesta dal medico conven-

zionato Asl attraverso la prescrizione effettuata utilizzando il ricettario del Sistema sanitario regionale e assicurata dagli specialisti dell'Uoc Malattie infettive post-acuzie dell'Istituto nei giorni feriali della settimana, escluso il sabato, con cadenza bisettimanale, e comunque sulla base delle esigenze particolari dei singoli istituti di pena, mentre, per le visite di controllo a detenuti affetti da infezione da HIV-AIDS e patologie HIV correlate, la loro periodicità è stabilita dagli stessi specialisti in base ai criteri clinici e in stretta aderenza alle linee guida internazionali. Quanto al numero delle prestazioni e ai giorni di accesso, sono concertati tra Direttore dell'Uoc citata e il Direttore dell'Uoc Medicina penitenziaria della Asl Roma B in un protocollo operativo, i casi urgenti sono segnalati dai medici incaricati e di guardia e hanno carattere di priorità. Inoltre, lo specialista redige, per ogni visita e/o consulenza specialistica, la relazione clinica, che fa parte integrante del diario clinico (i cui caratteri sono simili alle Sdo per i comuni pazienti in regime di ricovero) del detenuto e annota la prestazione sull'apposito registro dell'Istituto penitenziario. L'Asl Roma B pagherà in base alla convenzione sottoscritta le singole visite e/o consulenze specialistiche un compenso forfetario di € 70,00 corrisposto per numero di visite e/o consulenze specialistiche erogate e certificate nell'apposito registro dell'Istituto penitenziario e del sistema informativo sanitario.

L'INMI si impegna, inoltre, a fornire alla Asl Roma B i farmaci anti-retrovirali e/o i farmaci a disposizione ospedaliera prescritti ai detenuti degli Istituti penitenziari di Rebibbia, assicurando un approvvigionamento mensile per ogni singolo utente, nonché quelli non commercializzati in Italia, da utilizzare nelle patologie da infezione HIV correlate, prescritti dallo specialista dell'Istituto. Il relativo onere collegato alla distribuzione dei farmaci sarà rimborsato dalla Regione Lazio, previo inserimento nel file F²¹ da parte dell'INMI e addebitato alla Asl di residenza dell'assistito.

Infine, sono garantiti dall'INMI gli esami di laboratorio di particolare complessità prescritti dallo specialista e non eseguibili presso i Laboratori analisi della Asl Roma B, secondo il protocollo operativo tra le parti in convenzioni che stabilisce definizione, mo-

dalità di invio dei campioni e ritiro dei referiti. Le relative prescrizioni degli esami saranno registrate a cura dell'INMI su supporto informatico nel flusso informativo della Specialistica ambulatoriale prevista dall'art. 50, Legge n. 326 del 2003 (che introduce specifiche disposizioni in materia di monitoraggio della spesa sanitaria e di appropriatezza delle prescrizioni) e quindi oggetto di riconoscimento da parte dell'Agenzia di sanità pubblica al valore della produzione dell'INMI.

Va da sé che l'INMI si impegnerà a osservare la piena e totale riservatezza sulle informazioni, notizie, dati personali e documenti di qualsiasi natura di cui al D.L.vo 196/2003, di cui venga a conoscenza, nonché a non divulgarli o comunicarli a terzi, accertandosi che non siano utilizzati per fini diversi da quelli strettamente connessi all'esecuzione delle prestazioni in convenzione, pena la risoluzione dell'accordo.

Per lo svolgimento della relativa attività di raccolta standardizzata dei dati clinici in forma anonima, in conformità alla vigente legislazione in materia dei dati personali, lo specialista sarà autorizzato all'uso di un computer portatile all'interno degli Istituti penitenziari di Rebibbia.

5.4. Informatizzazione delle procedure e trattamento dati

L'Asl Roma B, nell'ambito dell'acquisizione di funzioni e competenze in tema di sanità penitenziaria, precedentemente in capo al Dap, che prevede, come da relativa direttiva regionale, che tutti i medici degli Istituti penitenziari utilizzino per le loro attività interne esclusivamente i ricettari regionali per le impegnative delle prestazioni, ha sottoscritto, nel corso dei primi mesi dell'anno 2009, una specifica convenzione con la Direzione della Casa circondariale Rebibbia Nuovo complesso. Tutto ciò allo scopo di attivare all'interno degli Istituti un servizio Cup per la registrazione informatica delle impegnative delle prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale erogate negli Istituti penitenziari di Rebibbia, attraverso l'impiego, vista l'impossibilità di assumere altro personale dedicato a questa attività, di persone detenute o internate presso i medesimi Istituti, anche al fine di promuoverne la ri-socializzazione e l'inserimento lavorativo, valorizzandone le

capacità e favorendo il processo del loro recupero nel tessuto sociale.

Pertanto, tale accordo si inquadra nelle finalità proprie della Legge n. 663 del 1986 (Legge Gozzini)²² che ha riformato i caratteri del precedente assetto dell'ordinamento penitenziario di cui alla L. 354/1975, con particolare riguardo all'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà, in attuazione delle regole minime per il trattamento dei detenuti dell'O.N.U. del 1955 e delle successive regole penitenziarie europee del 1973, nonché dei fondamentali precetti costituzionali in tema di lavoro e di trattamento penitenziario previsto dalla pena per il condannato. A questo scopo, infatti, si è stabilita l'obbligatorietà del lavoro penitenziario in quanto strumento fondamentale del trattamento rieducativo, in linea con la normativa vigente che prevede, tra le altre cose, la possibilità di stipulare apposite convenzioni con soggetti pubblici e privati o cooperative sociali interessati a fornire a detenuti o internati opportunità di lavoro, indicandone altresì oggetto, condizioni di svolgimento, formazione e trattamento retributivo.

Il progetto operativo succitato ha per oggetto un'attività lavorativa nel settore informatico con manodopera costituita da detenuti della Casa circondariale Roma Rebibbia Nuovo complesso, alle dipendenze formali di una Cooperativa che riveste, nell'ambito operativo descritto dalla convenzione, il ruolo di datore di lavoro. L'attività consisterà nell'inserimento delle prescrizioni su ricettari regionali effettuate nel Polo penitenziario di Rebibbia in un *database*, che sarà utilizzato dalla Asl per la trasmissione agli organismi regionali competenti, e sarà garantita dal consorzio SOL.CO., individuato dal Direttore della Casa circondariale Rebibbia Nuovo complesso quale soggetto idoneo e in possesso dei requisiti prescritti, in considerazione anche dei risultati positivi raggiunti all'interno dell'Istituto penitenziario con il *call-center* 1254 della Telecom, esperienza in corso positivamente già da tre anni. Il Consorzio sarà incaricato di: (i) attrezzare gli spazi, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia, per il corretto svolgimento delle attività previste nel progetto; (ii) di predisporre un documento di valutazione del rischio, ex D.L.vo 81/2008²³ e successive modificazioni e integrazioni, indicando, nel

contempo, un responsabile (che non può, in alcun caso, essere individuato tra i detenuti e tra i dipendenti della Direzione) il cui progetto dovrà essere presentato per l'approvazione alla Direzione dell'Istituto che lo trasmetterà a sua volta all'Unità operativa semplice (Uos) «Prevenzione e protezione rischi» dell'Asl Roma B; (iii) utilizzare diligentemente i locali e le relative pertinenze in modo da evitare danni di qualsiasi genere; (iv) restituire i locali e le attrezzature, allo scadere della convenzione, nelle condizioni in cui sono stati consegnati senza diritto ad alcun rimborso per le eventuali migliorie apportate per il loro adeguamento; (v) comunicare preventivamente alla Direzione ogni lavoro o intervento sulla struttura che dovesse rendersi necessario, con possibilità di effettuarlo previo *nulla osta* della Direzione medesima; (vi) assicurare, per mezzo di proprio personale, idonea formazione dei detenuti da ammettere all'attività, nel rispetto della normativa interna dell'Istituto; (vii) avviare formalmente all'attività i detenuti che al termine del periodo di formazione siano ritenuti idonei; (viii) individuare personale idoneo e qualificato che sovrintenda alle attività lavorative controllando il regolare svolgimento delle attività e, per quanto di competenza, il rispetto delle regole imposte dall'organizzazione e dalle esigenze di sicurezza all'interno dell'Istituto; (ix) realizzare le attività lavorative nel pieno rispetto della normativa assistenziale, assicurativa e previdenziale in materia, oltre a quella sull'igiene e la sicurezza sul lavoro; (x) eseguire altre competenze amministrativo-procedurali.

Va da sé che la Direzione fornirà, a titolo di comodato gratuito, gli arredi necessari per lo svolgimento dell'attività in oggetto che, individuati da uno specifico verbale sottoscritto dalle parti, saranno installati e/o collocati, a cura della Casa circondariale e con assistenza tecnica di personale dell'Asl Roma B, in locali appositamente identificati dal medesimo Istituto. Inoltre, al Consorzio verrà addebitato un costo forfetario mensile per i consumi di energia elettrica e l'Uoc «Informatica aziendale e collegamenti con il territorio» dell'Asl si occuperà, invece, della formazione del suo personale, che a sua volta instruirà i relativi detenuti impegnati nella successiva attività lavorativa.

L'onere economico complessivo verrà corrisposto trimestralmente al Ministero di grazia e giustizia - Dap previa fatturazione sempre trimestrale da parte della Casa circondariale Rebibbia Nuovo complesso.

6. Aspetti amministrativo-contabili

Il passaggio della «sanità penitenziaria» dal Ministero della giustizia - Dap alle Aziende sanitarie ha fatto emergere il problema di riconfigurare i processi contabili e amministrativi conseguenti a tale trasferimento.

Per quanto concerne il caso della Asl Roma B, e dei suoi rapporti con il nuovo complesso del polo penitenziario Rebibbia, si è reso necessario istituire, nell'ambito della contabilità per centri di costo, un'ulteriore «centro di calcolo» per fini di attribuzione dei principali costi per la gestione sanitaria dei detenuti del Polo di Rebibbia. Tutto ciò ha comportato preliminarmente la richiesta da parte dell'Uoc «Ingegneria» alla Uoc «Contabilità generale e bilancio» di attivare specifiche voci contabili necessarie per la rilevazione separata e distinta dal resto dei conti aziendali, sia per gli ordini che per le liquidazioni, con specifica indicazione delle macro e sub-autorizzazioni. Ciò si è reso necessario per l'espletamento dei servizi collegati alle case circondariali compresenti nel Polo penitenziario di Rebibbia. Ne sono un esempio i seguenti conti: «DPCM Servizio smaltimento rifiuti normali», «Manutenzioni e riparazioni attrezzature sanitarie», «Servizio assistenza tecnico programmata», «Acquisti per contratti multi servizio».

Inoltre, al fine di procedere a una efficace rendicontazione dei costi di Rebibbia, soprattutto nel periodo transitorio e in attesa di mettere a regime le relative future procedure di contabilizzazione, il passo successivo è stato quello di assegnare, dal mese di ottobre 2008, un lavoratore interinale all'Uoc Medicina penitenziaria, per le accresciute necessità amministrative derivanti dal Polo penitenziario. Per quanto concerne, poi, l'attività amministrativa riguardante il trasferimento del personale proveniente da Rebibbia, la Uos (Unità operativa semplice) «P.O. e concorsi» ha dedicato a tempo pieno tre assistenti amministrativi e un collaboratore professionale amministrativo esperto per un periodo di dieci giorni per il mese di ottobre

e, dal novembre 2008 in poi, un collaboratore professionale amministrativo esperto, un collaboratore professionale tecnico esperto e il Dirigente della relativa unità operativa, per cinque ore settimanali per ciascun profilo.

Vale la pena soffermarsi brevemente anche sul cambiamento registrato nel sistema dei controlli contabili e manageriali derivanti dall'inserimento di un ufficio interno amministrativo, con annesso centro di calcolo, all'interno del nuovo complesso del Polo penitenziario di Rebibbia. Com'è facile dedurre, tale ufficio consente un più efficace controllo dall'interno di tutti i processi e dello svolgimento delle pratiche amministrative *on-site*, permette il controllo delle presenze del personale di sanità penitenziaria e l'eventuale individuazione di personale pagato a ore con un forte debito orario da recuperare, consente il controllo delle visite in presenza e non magari per telefono e/o supervisione, facilitando anche l'individuazione e la contabilizzazione di prestazioni effettuate in esenzione a pazienti non residenti nella stessa regione del Polo penitenziario, nonché di quelle fornite a detenuti stranieri, rendendo perciò teoricamente possibile l'eventuale richiesta di rimborso per mobilità alle altre Regioni e al Ministero dell'interno per i detenuti stranieri.

7. Conclusioni

Il «laboratorio» di sanità penitenziaria offerto dal nuovo complesso di Rebibbia collegato alla Asl Roma/B ha evidenziato una serie di spunti di riflessione in merito ai principali aspetti economico-finanziari, organizzativi e amministrativo-contabili che offrono la possibilità di stilare delle considerazioni di sintesi di carattere a generale sul sistema italiano di sanità penitenziaria. Al riguardo va, in primo luogo, necessariamente sottolineata, con rammarico, la contemporanea carenza di equità e di managerialità collegata al provvedimento di riforma della sanità penitenziaria, che ha introdotto principi base come il trasferimento delle funzioni sanitarie, delle attrezzature, dei beni strumentali e del personale, senza inserire un'efficace sistema di finanziamento né guidare una omogenea e contemporanea risoluzione da tutte le Regioni, che ancora una volta stanno andando, e andranno, a una diversa velocità

nel recepimento della riforma. Al riguardo, sia bastevole segnalare come la necessità di un sistema di finanziamento maggiormente correlato non solo alla spesa storica, ma anche alla popolazione dei detenuti e alla loro domanda di salute, che per volume, composizione, età, etnia, lunghezza della condanna e altro possono essere notevolmente diverse sia da regione a regione, sia fra i diversi Poli penitenziari all'interno della singola regione. Se quello appena accennato sembra un problema da cui gli addetti ai lavori non potranno prescindere nell'immediato futuro e di cui, peraltro, già in sede di Conferenza Stato-Regioni 2009 si è iniziato a discutere, adeguata attenzione dovrà essere oltremodo destinata a diversi altri problemi, fra cui spicca sicuramente il trattamento del personale da dedicare alla sanità penitenziaria, considerando anche il rapporto convenzionale pre-vigente all'interno delle strutture penitenziarie. Inoltre, siamo sicuramente in un periodo di riforme a costo zero, ed è stato questo il caso anche della recente riforma che ha investito la sanità penitenziaria. Tale provvedimento ha perciò trascurato l'azione di quelle Asl e delle connesse Regioni che, sospinte da una crescente domanda di salute promanante dai diversi istituti penitenziari le cui strutture interne non sono in grado di erogare prestazioni più complesse con efficienza ed efficacia, hanno istituito specifiche Uoc (come avvenuto per la Asl di Roma B) con il precipuo intento di soddisfare al meglio, almeno sotto il profilo della tempestività delle cure, il manifestato bisogno di salute di un paziente particolare nel panorama sanitario, ossia il detenuto, le cui condizioni di salute spesso si scontrano con le pur giustificate esigenze di sicurezza negli ambienti delle carceri. Per questa ragione, il Governo pro-tempore vigente avrebbe dovuto stimolare sin dall'inizio la costituzione di tali strutture (ancora troppo scarse nel contesto italiano e che ora il DPCM prevede e impone di costituire nell'ambito di un nuovo modello organizzativo), assegnando conseguentemente risorse *ad hoc* per la gestione della sanità penitenziaria. Infatti, sino ad oggi le Asl che si sono adoperate sotto tale profilo non hanno ricevuto nessun fondo aggiuntivo per la cura e l'assistenza dei detenuti, i cui costi sono stati finora coperti con risorse fisse, definite a priori (quota capitaria ponderata), e

assegnate ogni anno alla Regione e da questa alle corrispondenti Asl. Ciò impatta grandemente, come già osservato, anche sull'unica flessibilità operativa in possesso delle Asl, ossia sull'erogazione delle prestazioni sanitarie a soggetti non residenti (mobilità attiva interregionale), ragion per cui risultano spesso indefiniti, specie per le case circondariali, i criteri di attribuzione della residenza dei detenuti, normalmente fatta coincidere con quella dell'istituto, compromettendo così l'afflusso di risorse aggiuntive che altrimenti la Asl potrebbe conseguire se la residenza del detenuto-paziente fosse correttamente individuata. Come abbiamo visto, in questo caso il sistema contabile, tramite un ufficio interno, è in grado di catturare le variabili critiche utili per definire la vera residenza dei detenuti, ed eventualmente attivare procedure di recupero delle prestazioni erogate in esenzione a detenuti stranieri o extra-regionali, ma per far ciò il sistema sanitario, e quello di sanità penitenziaria, devono reagire contemporaneamente, con la stessa intensità e con la stessa diffusione nel panorama italiano.

Pertanto, sembrerebbe con tale riforma che il problema della salute dei detenuti sia stato «letteralmente scaricato» sul Ssn, senza peraltro tenere concretamente in debita considerazione i riflessi diretti e indiretti collegati al passaggio di competenze, beni, risorse e funzioni, per le quali a tutt'oggi non risultano di fatto materialmente risorse finanziarie assegnate alle singole Regioni, benché siano ripartite secondo certi criteri.

Per concludere, la tutela della salute dei detenuti è un *must* da non sottovalutare e da monitorare attentamente. Occorre superare l'atteggiamento mentale secondo il quale le prestazioni sanitarie erogate ai detenuti costituiscono un aspetto secondario rispetto alle più rilevanti esigenze di sicurezza. L'attuale momento storico sembra fornire il giusto abbrivio per avviare un *reengineering* dei processi di salute-sicurezza. Il controllo delle «vite dei detenuti» e delle «condizioni di diffusione delle malattie» esige la facilitazione d'accesso alla struttura per i medici nell'immediatezza dell'ingresso del detenuto, in sincronia con le guardie Sias di sorveglianza, per essere più pronti a intervenire in ogni condizione normale e di emergenza. La sfida del futuro, pertanto, non sarà vinta solo con un più equo sistema di finanziamento,

con il miglioramento del controllo manageriale-contabile, ma anche con una più fertile integrazione dei processi di salute-sicurezza, che dovranno interfacciarsi e collegarsi maggiormente, per tutelare più efficacemente la salute e la vita dei detenuti.

Attribuzione

L'articolo è il risultato di un lavoro congiunto da parte degli autori che ne condividono l'impostazione. La redazione delle singole sezioni va comunque così suddivisa: Sargiacomo §§ 1, 2.1, 2.2, 2.3 e 7; Ianni §§ 2.4, 2.5, 2.6, 5 e 6; Degrassi § 4; D'Urso § 3.

Note

1. La Legge 354/1975 «Ordinamento penitenziario nel Titolo II - Disposizioni relative all'organizzazione penitenziaria», Capo I, classifica all'interno degli Istituti penitenziari per adulti, gli istituti di custodia preventiva costituiti essenzialmente dalle *case circondariali* (data la soppressione delle case mandamentali dirette alla custodia degli imputati a disposizione del pretore) che assicurano la custodia degli imputati a disposizione dell'autorità giudiziaria e delle persone fermate o arrestate dall'autorità di pubblica sicurezza o dagli organi di polizia giudiziaria e dei detenuti e degli internati in transito; istituti per l'esecuzione delle pene che si distinguono in *case di arresto*, per l'esecuzione delle pene dell'arresto e *le case di reclusione*, per l'esecuzione delle pene di reclusione; *istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive* (colonie agricole, case di lavoro, case di cura e custodia, ospedali psichiatrici giudiziari); *centri di osservazione* per l'osservazione scientifica della personalità al fine di rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale del detenuto o internato. L'osservazione è compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa.
2. In tal caso l'*équipe* del Servizio predispose una prima relazione informativa sulla situazione psicologica e sociale del minorenne e sulle risorse disponibili sul territorio per quel caso, con l'obiettivo di fornire all'Autorità giudiziaria competente tutti gli elementi utili ad individuare, in caso di applicazione di misura cautelare, quella più idonea alla personalità del minorenne. Per maggiori approfondimenti normativi si consulti il Decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448.
3. La semidetenzione costituisce modalità di sostituzione delle pene detentive consistente nell'obbligo per il soggetto di trascorrere almeno 10 ore al giorno negli istituti adibiti all'esecuzione del regime di semilibertà o nelle sezioni autonome di Istituti ordinari destinati all'esecuzione delle misure. Va da sé che sarà il giudice a decidere su tale sostituzione della pena detentiva qualora ritenga che la stessa non debba essere superiore a un anno.
4. Gli ospedali psichiatrici giudiziari (Osp) risultano pari a sei, ovvero Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, gestiti dall'amministrazione penitenziaria, e

- Castiglione delle Stiviere, precedentemente sezione giudiziaria dell'ospedale psichiatrico civile, unico dedicato all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive per le donne e nel quale risulta presente solo il personale strettamente sanitario, inquadrato secondo i profili professionali e gli accordi collettivi nazionali di lavoro delle aziende sanitarie; al contrario di quanto risulta per gli altri Osp richiamati che invece comprendono anche personale di polizia penitenziaria. I pazienti normalmente accolti in tali strutture appartengono alle seguenti categorie: internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.); detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.); persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 206 c.p.); detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario); detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (art. 318 c.p.p.); internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.); detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.); detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano o in altro istituto della medesima categoria (art. 112 c.2 D.P.R. 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).
5. Per maggiori approfondimenti in merito a tale tassonomia e altri elementi che si riferiscono all'ordinamento, all'organizzazione e al funzionamento del sistema penitenziario italiano, si veda, tra gli altri, Brunetti, Ziccone (2005).
 6. I CTD (Centri diagnostico-terapeutici) costituiscono, al pari degli istituti manicomiali carcerari, un esempio di assistenza di livello superiore (medico specialista e chirurgica) rispetto a quella normalmente erogata negli istituti e sono localizzati solamente presso alcune carceri in base a criteri indefiniti, determinando, pertanto, un problema di equilibrata allocazione territoriale e di sufficienza delle strutture. Infatti, tali centri hanno solitamente una capienza molto limitata e, tenendo conto anche del loro squilibrato assetto territoriale, non possono soddisfare tutte le esigenze sanitarie dei detenuti, né competere in alcun modo con l'efficacia e l'efficienza delle strutture esterne. Da qui, il ricorso sempre maggiore ai luoghi esterni di diagnosi e cura a motivo dell'aumento dell'incidenza patologica delle malattie infettive nelle carceri non gestibili dai centri «a pioggia» esistenti e dalla mancanza dei medici e soprattutto degli infermieri, che non hanno un ruolo sanitario o parasanitario che consenta loro di provvedere, e richiedendo di fatto l'intervento dei medici del territorio.
 7. I medici di ruolo appartenenti agli organici dell'amministrazione penitenziaria, istituiti, a suo tempo, con R.D. 25 marzo 1923, n. 876 (integrato con R.D. 4 aprile 1935, n. 497 e D.P.R. 31 marzo 1971, n. 275 e successive modifiche) e vincitori di normali concorsi pubblici per titoli ed esami, costituiscono una rilevante minoranza all'interno degli istituti penitenziari, molto spesso assegnati alla dirigenza degli OPG oppure a mansioni extracarcerarie. Inquadri come dipendenti civili di ottavo livello, godono, peraltro, di una retribuzione completamente slegata dalle mansioni sanitarie svolte e dalle rilevanti responsabilità organizzative e di buon funzionamento dell'attività sanitaria. Per maggiori approfondimenti tematici sul personale sanitario presente nel sistema penitenziario italiano e sul loro inquadramento giuridico, si veda, tra gli altri, Andreano (1999).
 8. Giova precisare, per fini di completezza, che l'Antigone, al quale si riferisce il V rapporto richiamato nel testo sulle «condizioni di detenzione in Italia», costituisce associazione politico-culturale «per i diritti e le garanzie del sistema penale», nata alla fine degli anni Ottanta e composta prevalentemente da studiosi, magistrati, operatori penitenziari, parlamentari, insegnanti e da altri soggetti interessati a vario titolo alle vicende del sistema penitenziario italiano. Si occupa quale attività principale di elaborazioni, studi, ricerche e dibattiti sul modello di legalità penale e processuale nel nostro Paese; raccolta di informazioni sulla realtà carceraria, sotto il profilo regolamentare e sociale; predisposizione di proposte di legge e presentazione di eventuali emendamenti di proposte in corso di approvazione; campagne di informazione e sensibilizzazione su temi o aspetti particolari afferenti la giustizia penale e i diritti umani; pubblicazioni, libri su temi riguardanti i diritti e le garanzie del sistema penale.
 9. Per gli anni successivi sono previsti 162,8 milioni di euro per il 2009 e 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, quali somme da destinare alla sanità penitenziaria da trasferire nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale.
 10. In particolare, le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano avrebbero dovuto emanare specifici modalità per il trasferimento dei compiti, funzioni e delle risorse umane, finanziarie e organizzative previste dai rispettivi statuti e da correlate norme contenute in acconci regolamenti di attuazione che, alla data del 30 settembre 2008 non risultavano ancora deliberati. Per tale circostanza, nella delibera Cipe di riparto è stato previsto un accantonamento di 0,333 milioni di euro a favore di tali Regioni, a valere sulle risorse finanziarie da destinare al Ministero della giustizia per le spese sostenute dal 1 gennaio al 30 settembre 2008.
 11. Nel presente lavoro, laddove non altrimenti specificato, per «Istituti di Pena» si ricomprendono in generale le seguenti strutture: Istituti di pena per adulti, Istituti di pena per minorenni, Centri di prima accoglienza, Comunità ministeriali terapeutiche ed educative che ospitano minorenni sottoposti a provvedimenti penali.
 12. Trattasi, nell'ambito della disciplina prevista per il personale dell'amministrazione degli Istituti di prevenzione e di pena, di cui art. 80 della Legge 354/1975, di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica di cui l'amministrazione penitenziaria può avvalersi per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento.

13. I professionisti di cui al citato art. 8 del D.L.vo 28 luglio 1989 n. 272 «Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del Decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988 n. 488 recante disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni», si riferiscono a esperti in pedagogia, psicologia, sociologia e criminologia di cui possono avvalersi i vari servizi facenti parte dei centri per la giustizia minorile (uffici di servizio sociale per minorenni, istituti penali per minorenni, centri di prima accoglienza, le comunità, istituti di semilibertà con servizi diurni per misure cautelari, sostitutive e alternative).
14. Direttiva CEE n. 88 del 4/11/2003, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro e art. 7 del CCNL Dirigenza medica e veterinaria 2006/2009 riguardante disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero.
15. Allo stato attuale, nell'ambito del rinnovo dell'accordo collettivo nazionale per la medicina di base, quadro normativo 2006/2009, biennio economico 2006/2007 le cui ipotesi di accordo sono state discusse nella riunione del 27 maggio 2009 tra le parti e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 29 luglio 2009, le parti interessate hanno espresso una dichiarazione congiunta con la quale prendono atto che le problematiche concernenti il rapporto di lavoro del personale medico operante nelle strutture penitenziarie saranno affrontate nel corso della trattativa che seguirà alla firma del presente ACN, introducendo un nuovo capo dedicato alla medicina penitenziaria, nel presupposto di inserire l'assistenza penitenziaria di base nell'area della medicina generale erogata nel territorio.
16. Giova rilevare, in merito, che una recente interrogazione parlamentare (ottobre 2009) ha posto in risalto la circostanza degli psicologi che non si occupano di tossicodipendenza che sembrerebbero esclusi dal passaggio di funzioni sanitarie sancito dal DPCM in discorso, motivando il tutto dal fatto che tali professionisti non svolgano in tal senso attività sanitaria, sebbene riconosciuta invece dallo stesso Ministero della giustizia. Ciò potrebbe privare del diritto al sostegno psicologico, in una realtà così difficile e complessa come quella penitenziaria, a favore dei detenuti diversi dai tossicodipendenti (anche se maggiormente bisognosi in termini di assistenza psicologica).
17. Per alcune riflessioni critiche sulla sterilizzazione degli ammortamenti, ossia della metodologia contabile con la quale neutralizzare gli ammortamenti calcolati sui beni strumentali acquisiti direttamente od indirettamente tramite contributi pubblici statali o regionali, si vedano, tra gli altri, Santesso, Sostero (1999).
18. Trattasi del Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanza psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza che all'art. 96 comma 6 citato stabiliva (prima dell'attuazione del DPCM) che gravava sull'amministrazione penitenziaria l'onere per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica della persona sottoposta agli arresti domiciliari allorché tale misura fosse eseguita presso una struttura privata autorizzata ai sensi dell'art. 116 e convenzionata con il Ministero della giustizia. Nell'art. 6 *bis* inoltre è stabilito che per i minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti, sottoposti alle misure cautelari non detentive, alla sospensione del processo e messa alla prova, alle misure di sicurezza, nonché alle misure alternative alla detenzione, alle sanzioni sostitutive, eseguite con provvedimenti giudiziari di collocamento in comunità terapeutiche e socio-riabilitative, gli oneri per il trattamento sanitario e socio-riabilitativo sono a carico del Dipartimento di giustizia minorile, fatti salvi gli accordi, con gli enti territoriali e, nelle more della piena attuazione del trasferimento di dette competenze, del Servizio sanitario nazionale.
19. Difatti, lo Stato, fungendo da stanza di compensazione, sintetizza e regola le posizioni finanziarie nette (saldo positivo o negativo) sorte tra le Regioni durante lo svolgimento delle rispettive gestioni sanitarie. Successivamente, tale saldo, una volta perfezionatosi, viene assegnato (se positivo) o «fatto pagare» (se negativo) da parte di ciascuna Regione, in sede di riparto del fondo sanitario nazionale. Per maggiori approfondimenti sul meccanismo finanziario sottostante la mobilità sanitaria interregionale e per i connessi riflessi contabili e di bilancio, sia consentito rimandare, a Ianni (2008).
20. A tal riguardo, la Regione Lazio, sotto il profilo procedurale, ha dovuto preliminarmente emanare una nota con la quale ha confermato la prosecuzione della validità della convenzione precedentemente stipulata tra il medesimo istituto e il Ministero di grazia e giustizia, fino alla naturale scadenza, allo scopo di garantire ai detenuti la continuità delle cure fino alla stipula delle convenzioni con le Asl nel cui territorio sono ubicati gli istituti penitenziari interessati, ivi compresa la Casa circondariale di Rebibbia Nuovo complesso, III Casa circondariale femminile di Rebibbia e Casa di reclusione di Rebibbia.
21. Per file F si intende il tracciato *record* utilizzato per la gestione, attivazione e rendicontazione dei farmaci somministrati forniti dalle strutture ospedaliere per uso ambulatoriale o domiciliare ai pazienti non ricoverati al fine di garantire la continuità assistenziale.
22. La Legge Gozzini citata si inserisce nel quadro evolutivo dell'ordinamento penitenziario italiano con l'obiettivo di affermare la prevalenza della funzione rieducativa della pena rispetto a quelle di carattere punitivo e repressivo che nei Paesi civilizzati sono alla base dello strumento penale e che attua al contempo i dettami dell'art. 27 della Costituzione, il quale stabilisce che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato, portando in tal modo a una complessiva «umanizzazione e civilizzazione» del sistema penitenziario nazionale. Tra le principali misure è possibile menzionare le seguenti: *permessi premio* (autorizzati dal giudice di sorveglianza per un tempo non superiore a quarantacinque giorni all'anno e in favore di detenuti condannati a meno di tre anni, o a più di tre anni, purché ne abbia scontati almeno il 25%, oppure che abbia scontato almeno 10 anni nel caso di siano stati condannati all'ergastolo); *affidamento al servizio*

sociale (il detenuto condannato, a meno di tre anni, fermo restando le più limitate misure di privativa delle proprie libertà, può essere inserito in un programma di riabilitazione che prevede fra le altre cose l'inserimento nel mondo del lavoro e la disintossicazione da eventuale dipendenze); *detenzione domiciliare* (condanna di reclusione da scontare da parte del condannato al quale restano non più di due anni, per arresto di qualsiasi durata, e limitatamente per i casi di donne incinte o che allattano la propria prole, ovvero madri di figli di età inferiore a tre anni con loro conviventi, persone in condizioni di salute particolarmente gravose e che necessitano di continue cure presso i presidi sanitari territoriali, persone di età superiore ai 65 anni in quanto inabili anche parzialmente, persone di età minore di 21 anni per comprovate esigenze di salute, studio, lavoro, fami-

glia); *semilibertà* (per detenuti con pene detentive non superiori ai 6 mesi e non affidati ai servizi sociali, nonché per gli ergastolani che hanno scontato almeno vent'anni di carcere); *liberazione anticipata* (scontando la pena seguendo un calendario di 9 mesi e riconoscendo un «sconto di pena» di 45 giorni ogni 6 mesi di carcere); *non-menzone* (prevede che il condannato esemplare e che goda di una riduzione di pena possa uscire dal carcere con la fedina penale pulita per fini di migliore reinserimento nella società e nel mondo del lavoro).

23. Trattasi del provvedimento che attua l'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 per il riassetto e la riforma delle norme vigenti in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e lavoratori nei luoghi di lavoro, mediante il riordino e il coordinamento delle medesime in un unico testo normativo.

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

- ANDREANO R. (1999), «Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri. Profili normativi e sociologici», in *L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità - serie ricerche sanità e carcere* (www.altrodiritto.unifi.it/ricerche).
- ANGELINI S. (1999), «Tossicodipendenti detenuti: un esame bibliografico e critico degli approcci in corso», in *L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità - serie ricerche sanità e carcere* (www.altrodiritto.unifi.it/ricerche).
- AWOFESO N. (2005), «Making prison health care more efficient», *British Medical Journal*, 331, pp. 248-249.
- AWOFESO N. (2007), «Debate: Public- Private Health Partnerships in Prison Health Care - the Case for a Public Health Focus», *Public Money and Management*, November, pp. 305-306.
- BARTOLINI M. (1999), «La questione psichiatrica all'interno degli istituti di pena. L'esperienza del carcere di Sollicciano», in *L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità - serie ricerche sanità e carcere* (www.altrodiritto.unifi.it/ricerche).
- BEDARD K., FRECH III H.E. (2009) «Prison health care: Is contracting out healthy?», *Health Economics*, 18 (11), pp. 1248-1260
- BORGONOV E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRUNETTI C., ZICCONI M. (2005), *Manuale di Diritto Penitenziario*, La Tribuna, Piacenza.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- IANNI L. (2008), *Profili economico-aziendali e contabili nel nuovo sistema informativo sanitario (NSIS)*, Franco Angeli.
- MARSHALL T., SIMPSON S., STEVENS A. (2000), *Health Care in Prisons: A Health Needs Assessment*, University of Birmingham, Edgbaston.
- PRATELLI D. (1999), «Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione», in *L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità - serie ricerche sanità e carcere* (www.altrodiritto.unifi.it/ricerche).
- SANTESSO E., SOSTERO U. (1999), «La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche», *Mecosan*, 30, Vol. 8, pp. 37-43.
- SIMONETTI G. (1999), «Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino», in *L'altro diritto - Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità - serie ricerche sanità e carcere* (www.altrodiritto.unifi.it/ricerche).
- ZIPPI M., ALOISIO P., CORBI S., SCOCCHERA F., FIERRO A. (2007), «Una nuova realtà nell'ambito della medicina penitenziaria: la struttura complessa di Medicina Protetta della ASL Roma B. Resoconto iniziale dell'attività assistenziale svolta», *Clinica Terapeutica*, vol. 158 (2), pp. 135-137.

Analisi dei costi dell'assistenza domiciliare integrata: l'esperienza della Regione Calabria

SANTO AMBROGIO, LARA GITTO, VITTORIO MAPELLI, GIUSEPPE SOBBRIO

The need to contain healthcare expenditure, looking at quality of assistance as well, has lead recently to the implementation of new assistance paradigms. Home hospitalization is intended to improve quality of assistance, because it ensure the patients to remain in their own environment, assisted by their families. The relevance of such issues is even higher when the assistance is directed towards cancer patients. The purpose of the paper is analyzing level of costs for alternative assistance programs for cancer patients. The analysis has been carried out for Regione Calabria (Italy). Patients in the sample have been distinguished into several groups according to their health conditions as inferred by a multidimensional evaluation: patients' multidimensional evaluation has been correlated with the level of costs.

Keywords: homecare, cost analysis, multidimensional evaluation

Parole chiave: cure domiciliari, analisi dei costi, valutazione multidimensionale

Note sugli autori

Santo Ambrogio, S.A.D.M.A.T. (Servizio Assistenza Domiciliare Malati Terminali), Reggio Calabria
Lara Gitto, CEIS Sanità, Università di Roma «Tor Vergata» e Università degli Studi di Messina, Sezione di Economia e Finanza DESMAS, lara.gitto@unime.it
Vittorio Mapelli, Università degli Studi di Milano
Giuseppe Sobbrìo, Università degli Studi di Messina

1. Introduzione

La necessità di un rigoroso controllo della spesa sanitaria, l'evoluzione delle tecnologie mediche, l'invecchiamento della popolazione e il farsi strada di una nuova attenzione per la qualità della vita hanno portato negli ultimi anni alla ricerca di percorsi alternativi al ricovero ospedaliero, nel desiderio di coniugare aspettative dei cittadini, risorse disponibili e vincoli finanziari.

Le «Cure sanitarie domiciliari» emergono come elemento nuovo di offerta, capace di indurre modifiche strategiche dei sistemi sanitari verso obiettivi di migliore aderenza ai bisogni degli utenti, di razionalizzazione delle risorse e riduzione dei costi unitari delle prestazioni.

Anche in Italia le più recenti disposizioni legislative e numerosi atti di indirizzo e di governo nel campo della sanità mostrano come sia ormai acquisita la consapevolezza della necessità di diffondere le cure domiciliari. Inoltre, queste hanno già dimostrato la loro maggior efficacia ed efficienza, soprattutto quando c'è una diagnosi certa e si prevede un decorso stabile (Stuck *et al.*, 1993; Singer *et al.*, 1999).

L'erogazione delle cure a domicilio costituisce uno dei Livelli essenziali di assistenza che il Ssn deve garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, le modalità di erogazione dei servizi e le lineequadro – programmatiche e normative nazionali – entro le quali essi si collocano, sono ancora in fase di definizione.

La priorità assegnata in quasi tutti i sistemi socio-sanitari all'assistenza domiciliare si fonda essenzialmente su motivazioni di efficacia e di carattere etico, in relazione

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il disegno della ricerca
3. Il costo dell'assistenza domiciliare
4. La variabilità dei costi secondo le caratteristiche dei pazienti
5. Un possibile metodo di finanziamento delle cure domiciliari
6. Conclusioni

ai maggiori benefici sanitari, psicologici e funzionali che possono essere ottenuti con la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita (Watters, 1997 e Smeenk *et al.*, 1998, per una rassegna sistematica delle fonti di letteratura che hanno valutato i benefici dell'assistenza domiciliare).

Le cure domiciliari comportano generalmente, una migliore conservazione del livello di funzionalità e una migliore qualità di vita residua, in particolare nel caso in cui vengano sviluppati dei programmi individuali di assistenza per i pazienti terminali (Mc Corkle *et al.*, 1994; Sessa *et al.*, 1996; Rebba, 2001).

Al domicilio possono essere erogati servizi e prestazioni della più diversa natura.

Le esperienze più avanzate degli ultimi anni raggruppano l'offerta delle cure a domicilio in tre grandi aree, come proposto dalla Commissione per le cure domiciliari, istituita dal Ministero della salute.

1. *Cure domiciliari prestazionali*, caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

2. *Cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello*. Le cure di primo e secondo livello assorbono l'Assistenza domiciliare integrata (Adi), mentre quelle di terzo livello assorbono l'Ospedalizzazione domiciliare (Od). Questa tipologia di cure domiciliari – in funzione della differente complessità o intensità – è caratterizzata dalla formulazione del *Piano assistenziale individuale* (Pai), redatto in base alla valutazione globale multidimensionale, ed erogata attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente.

3. *Cure domiciliari palliative a malati terminali*: assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, definita dal Pai ed erogata da un'*équipe* in possesso di specifiche competenze.

Allo stato attuale, in Italia, soprattutto nelle Regioni meridionali, l'ospedale rappresenta la struttura più affidabile per il trattamento delle malattie. L'assistenza domiciliare è sviluppata a macchia di leopardo e mancano studi multicentrici di analisi dell'organizzazione e dei costi delle cure domiciliari.

Il presente lavoro costituisce una novità, in quanto svolge un'analisi dei costi legati all'erogazione delle cure domiciliari in Calabria, con l'obiettivo finale di contribuire a organizzare sul territorio i servizi per le cure domiciliari su una casistica selezionata di pazienti, e valutarne la convenienza rispetto al tradizionale ricovero ospedaliero; raccogliere le informazioni necessarie per valutare e «pesare» i bisogni dei pazienti; classificare gli interventi in relazione all'intensità sanitaria e sociale; stabilire la convenienza relativa ai percorsi assistenziali e la trasferibilità dei risultati ad altri contesti locali o regionali.

Il prossimo paragrafo fornirà una descrizione del progetto di ricerca nell'ambito del quale è stato sviluppato il presente lavoro; verranno poi sintetizzati i risultati dell'analisi dei costi.

Un rilevante sviluppo dell'analisi è costituito nel correlare la valutazione multidimensionale sulle condizioni cliniche del paziente con i costi dell'assistenza: come si vedrà, una maggiore severità nelle condizioni del paziente è associata a costi sanitari via via crescenti. Ciò ha importanti implicazioni dal punto di vista organizzativo e assistenziale: l'indicazione che ne scaturisce riguarda, in primo luogo, la proposizione di un metodo di remunerazione dei servizi erogati graduato in base alle necessità assistenziali del paziente.

2. Il disegno della ricerca

Il progetto «Analisi comparativa costo efficacia dell'ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata in area urbana» ha preso avvio a partire dal 2002, coinvolgendo alcune Unità operative della Regione Calabria, presso le quali è istituito il servizio di Adi per i pazienti ad alta intensità di cure, come i pazienti terminali.

Tali Unità operative sono:

- il Servizio assistenza domiciliare malati terminali (Sadmat) di Reggio Calabria;
- il Poliambulatorio «G. De Maio» dell'Asp di Cosenza;
- l'Azienda ospedaliera Bianchi-Melacriano-Morelli di Reggio Calabria: Unità operative di Neurologia, Oncologia, Dipartimento chirurgico, Medicina, Ematologia;
- il Dipartimento chirurgico dell'Asl n. 11 di Rende (CS);

– l'Asl n. 7 di Catanzaro.

Queste ultime hanno provveduto ad arruolare i pazienti e hanno raccolto le informazioni sui costi e sulle loro condizioni cliniche per tutto il periodo di svolgimento dello studio.¹ Preliminare alla raccolta dei dati è stata la definizione degli strumenti di rilevazione, che si basano su scale internazionalmente validate e su indicatori inerenti alla qualità della vita. Per ciascun paziente è stata predisposta la seguente documentazione:

- a) modulistica informazione utente e consenso informato;
- b) scheda «Criteri generali di ammissibilità alle cure domiciliari»;
- c) cartella clinica domiciliare;
- d) relazione clinica alla dimissione ospedaliera;
- e) scheda «Valutazione multidimensionale» (indice di severità CIRS, scala di instabilità clinica, indice di comorbidità);
- f) scheda settimanale sulla disponibilità degli operatori domiciliari (rilevazione impegno orario per imputazione costi);
- g) questionario EQ-5D (qualità della vita);
- h) questionario SF36 (profili di salute);
- i) schede per la raccolta dati e analisi delle attività domiciliari;
- j) scheda per la rilevazione delle prestazioni mediche, dei farmaci e delle altre prestazioni sanitarie, suddivise tra quelle a carico del Ssn e a carico della famiglia;
- k) strumenti per la pianificazione, gestione e controllo degli interventi.

Nell'ambito di questa documentazione è particolarmente rilevante, ai fini della classificazione dei pazienti in base alla loro «gravità», la scheda di valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale viene generalmente effettuata per i pazienti in Adi al fine di programmare nel modo più efficace possibile l'assistenza di cui essi necessitano in relazione alle mutate condizioni cliniche.

Diverse scale e criteri di valutazione vengono impiegati da medici e ricercatori sia per valutare lo stato di disabilità del paziente, sia per monitorare la progressione nella malattia, sia per determinare la prognosi con appropriatezza e il trattamento medico-as-

sistenziale (Stuck *et al.*, 1993; Singer *et al.*, 1999; oppure Donaldson, Field, 1998, per quanto riguarda la valutazione multidimensionale e della qualità della vita nei pazienti anziani e terminali). Il presente programma di ricerca ha utilizzato la *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS, Palmalee *et al.*, 1995) che assegna un punteggio complessivo alla *severità* e alla *comorbidità* impiegando 13 o 14 *item*.²

Oltre alla valutazione di severità, è stata effettuata una valutazione relativa alla *stabilità clinica* del paziente, che si basa su anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali.³

Infine, la presenza di *malattie croniche* (indice di comorbidità) è stata considerata nella valutazione del paziente sommando il numero di categorie nelle quali il punteggio era uguale o superiore a 3, sempre secondo la scheda «Valutazione multidimensionale».

Dalla considerazione congiunta di questi indici di valutazione può trarsi un quadro esaustivo delle condizioni del paziente. Il punteggio *totale* della valutazione multidimensionale è ottenuto sommando i punteggi riportati per ciascuno dei tre indici (severità, instabilità e malattie croniche). Un basso punteggio corrisponde a una condizione relativamente stabile e a una prognosi benigna. Un elevato punteggio segnala, invece, un probabile peggioramento delle condizioni cliniche del paziente.

I pazienti sono stati, pertanto, valutati attraverso la somministrazione dei questionari e delle scale multidimensionali, sottoposti all'attenzione degli stessi pazienti e dei loro familiari in tre diversi momenti: T0 (che coincide con il momento dell'arruolamento del paziente o con il momento della dimissibilità, qualora il paziente fosse ricoverato in ospedale), T1, che sintetizza le informazioni in un periodo intermedio e T2, che sintetizza le informazioni al termine del periodo di osservazione. Date le loro caratteristiche e l'organizzazione della ricerca, i pazienti sono stati osservati per periodi diversi.

A fronte di un periodo di osservazione originariamente previsto di 3 mesi (T1) e 6 mesi (T2, termine dell'osservazione), si è successivamente proceduto all'individuazione di intervalli più brevi, pari a 30 o 60 giorni (T1) e 60-90 giorni (T2). Intervalli di tempo co-

sì ristretti sono motivati dalla considerazione che, poiché la maggior parte dei pazienti osservati era costituita da pazienti terminali, soggetti a rapide modificazioni del quadro clinico e a limitati tempi di sopravvivenza, occorre procedere a un loro monitoraggio costante, al fine di rilevare ogni variazione nelle condizioni cliniche per poter apprestare l'assistenza più adeguata. La maggioranza dei pazienti, infatti, ha raramente raggiunto una sopravvivenza superiore ai 6 mesi.

L'analisi è stata condotta su un campione di 92 pazienti neoplastici prevalentemente in fase terminale, avviati al percorso assistenziale di cure domiciliari proveniente da Reggio Calabria e Rende (CS). Un secondo campione di 27 pazienti affetti da patologie benigne (principalmente vasculopatie) è stato osservato presso l'unità operativa di Catanzaro. In totale, il campione osservato è costituito da 119 pazienti. I pazienti neoplastici costituiscono il 77,3% del totale e quelli con patologie benigne il restante 22,7%. I pazienti di Catanzaro sono stati reclutati e osservati tra il 2002 e il 2006 quelli di Reggio Calabria tra

il 2005 e il 2007, mentre quelli provenienti da Rende (CS) nel corso del 2007.

I costi sanitari e non-sanitari, sostenuti per l'erogazione dell'assistenza domiciliare e relativi all'anno 2007, sono stati ricavati da apposite schede compilate a cura delle famiglie dei pazienti, sotto la guida dei ricercatori coinvolti nel progetto di ricerca: le schede contenevano, inoltre, informazioni settimanali sul numero e tipo di prestazioni fruite e sui costi relativi in euro; si è fatto riferimento per quanto riguarda il costo dei farmaci e delle prestazioni sanitarie al prontuario farmaceutico e alle tariffe; per i costi non sanitari (ad esempio, acquisto di attrezzature, adeguamento della propria abitazione alle necessità del paziente, ecc.) si è fatto riferimento a una media dei prezzi di mercato.

Le statistiche descrittive relative alle caratteristiche epidemiologiche dei 92 pazienti neoplastici e dei 27 pazienti con patologia benigna sono riportate nelle tabelle qui pubblicate.

L'età media dei pazienti neoplastici risulta di 69 anni, con un minimo di 30 anni e un massimo di 95. I pazienti osservati sono in numero pressoché equilibrato tra uomini e donne (47,8% uomini), e presentano diverse patologie principali con una maggior frequenza di carcinomi al colon, polmonari e gastrici (**tabella 1**).

I pazienti osservati presso l'unità operativa di Catanzaro presentano, invece, patologie benigne (prevalentemente vasculopatie), che, teoricamente, hanno prognosi favorevole, ma che possono comunque innescare importanti fattori di comorbilità.

Alcuni dati relativi alle caratteristiche epidemiologiche di questo gruppo di pazienti sono riportati nella **tabella 2**. L'età media risulta di 73 anni, con un minimo di 35 anni e un massimo di 90. I pazienti sono, per la maggior parte, di sesso femminile (18 donne, che rappresentano il 67% dei pazienti inclusi nel presente gruppo).

I tempi di osservazione variano da 20 a 90 giorni: quasi tutti i pazienti sono sopravvissuti per i tre mesi dell'osservazione, a eccezione di 3 pazienti, i quali, tuttavia, al momento dell'arruolamento non presentavano un elevato punteggio di severità-comorbilità-instabilità clinica scaturente dalla valutazione multidimensionale.

Tabella 1

Caratteristiche dei pazienti neoplastici osservati

Numero pazienti	92
Donne	48 (52,2%)
Uomini	44 (47,8%)
Età	69 (media) 30 (min) 95 (max)
Giorni di osservazione	89 (media) 1 (min) 184 (max)

Tabella 2

Caratteristiche del gruppo dei pazienti con patologie benigne

Numero pazienti	27
Donne	18 (67%)
Uomini	9 (33%)
Età	73 (media) 35 (min) 90 (max)
Giorni di osservazione	79 (media) 20 (min) 90 (max)

La valutazione multidimensionale delle condizioni di severità-comorbidità-instabilità clinica, che è stata effettuata al momento dell'arruolamento, al 60° giorno di osservazione (per i pazienti che sono stati osservati per i 90 giorni di durata dello studio) e al termine dell'osservazione, indica un punteggio medio iniziale di 8,4 punti a fronte di 11,2 che rappresenta, invece, il punteggio medio iniziale per i pazienti neoplastici. Tale circostanza segnala, pertanto, una condizione complessiva di minore gravità. Il punteggio medio non si modifica alla valutazione successiva e tende addirittura a diminuire (8,1) al momento dell'ultima osservazione. Una prima conclusione che può avanzarsi riguarda, pertanto, i benefici tratti dal paziente a seguito della permanenza presso il proprio ambiente familiare. A fronte di 5 pazienti che vedono le proprie condizioni cliniche peggiorare (e tra questi vi sono i 3 pazienti deceduti al termine dell'osservazione), vi sono ben 6 pazienti che registrano un notevole miglioramento. Il punteggio medio registrato dai pazienti neoplastici, invece, aumenta alla seconda rilevazione (12,2) e diminuisce nuovamente alla terza (11,1).

3. Il costo dell'assistenza domiciliare

In una prima fase dello studio si è proceduto alla stima dei costi dell'assistenza domiciliare per entrambi i gruppi di pazienti (sia neoplastici che vascolopatici).

Nella **tabella 3** sono riportati i costi medi imputabili al programma di cure domiciliari per i pazienti neoplastici, costi che, però, non tengono conto del tempo dedicato dai familiari all'assistenza. Sono state individuate di-

verse voci di costo, suddivise tra spese a carico della famiglia e spese a carico del Ssn.

Tra le prime rientrano:

- spesa per farmaci;
- materiale sanitario;
- prestazioni sanitarie;
- protesi e ausili;
- presidi sanitari.

Nell'ambito delle spese sostenute dalle famiglie rientrano, oltre alle precedenti prestazioni, anche:

- costi per collaboratori esterni;
- altri costi aggiuntivi;
- costo del tempo messo a disposizione dai familiari per l'assistenza.

Il costo medio per paziente risulta nell'insieme di 5.476 euro, di cui 4.627 risultano a carico del Ssn e 849 a carico delle famiglie. I costi per le prestazioni sanitarie sono quelli che incidono maggiormente sui costi totali (52,26%) e sono sia a carico del Ssn che delle famiglie. I farmaci incidono per il 32,98%, seppure la loro spesa sia quasi interamente a carico del Ssn; protesi e ausili (0,72%) e spese aggiuntive a carico della famiglia (0,36%) sono le voci di costo che incidono in misura minore sui costi totali. I costi sanitari rappresentano il 97,4% della spesa totale, mentre i costi assistenziali il restante 2,56%.

La maggior parte dei costi (84,49%) è sostenuta dal Ssn, mentre sulle famiglie ricade il 15% circa della spesa totale. La spesa delle famiglie comprende, inoltre, come già sottolineato in precedenza, delle voci di costo decise individualmente sulla base delle

Tabella 3
Costi medi per paziente (in euro) rilevati per i pazienti neoplastici

Costi	Farmaci	Materiale sanitario	Prestazioni sanitarie	Protesi, ausili	Presidi	Totale costi sanitari	Collabor. esterni	Altri costi aggiuntivi	Totale	%
Ssn	1.787,99	104,36	2.378,27	39,23	317,44	4.627,29	–	–	4.627,29	84,49%
Famiglia	18,35 *	5,44	484,21	–	201,09	709,09	120,83	19,57	849,49	15,51%
Totale	1.806,34	109,80	2.862,48	39,23	518,53	5.336,38	120,83	19,57	5.476,76	100%
Comp. %	32,98%	2%	52,26%	0,72%	9,47%	97,44%	2,21%	0,36%	100%	

* La spesa per farmaci a carico delle famiglie riguarda solamente i pazienti osservati presso il SADMAT di Reggio Calabria. L'U.O. di Rende (Cosenza) dispensa, infatti, alla famiglia tutti i farmaci di cui il paziente possa aver bisogno, per cui la famiglia ritira i farmaci in farmacia su prescrizione medica a carico del Ssn.

necessità del paziente (collaboratori esterni e costi aggiuntivi, che, tuttavia, incidono marginalmente sul totale dei costi).

Anche per il gruppo di pazienti con patologia benigna il monitoraggio dei costi per ciascun paziente è stato effettuato a cadenza giornaliera, attraverso la compilazione di apposite schede a cura dei familiari e dei ricercatori reclutati presso l'unità operativa di Catanzaro. La **tabella 4** presenta una ripartizione dei costi a carico del Ssn e delle famiglie con l'evidenziazione delle singole voci di costo e dell'incidenza in termini percentuali per ciascuna di esse.

Nel caso dell'assistenza ai pazienti con vasculopatie avviati al percorso assistenziale di cure domiciliari, può notarsi come il costo medio per paziente risulta pari a 2.985 euro. Rispetto al gruppo di pazienti con neoplasie, la spesa a carico delle famiglie aumenta (il 29,37% dei costi è, infatti, a carico delle famiglie, a fronte del 70,63% che rimane a carico dell'Asl).

La spesa maggiore, pari al 35,6% del totale è per le prestazioni sanitarie, la cui spesa viene quasi equamente ripartita tra famiglia e Asl. Seguono la spesa per farmaci (32,33%) e per presidi (23,34%). Le famiglie sostengono una maggiore spesa per materiale sanitario e di consumo; a differenza dei pazienti neoplastici, la spesa per presidi costituisce appena un decimo della spesa sostenuta dall'Asl per la medesima voce di costo.

Si nota come aumenti la spesa per i collaboratori esterni (interamente sostenuta dalle famiglie), che ora costituisce il 4,40% (rispetto a una percentuale sul totale pari a poco più del 2% per i pazienti neoplastici). Un maggior ammontare di questa spesa potrebbe spiegarsi considerando i fattori di comorbidità presentati dai pazienti: insieme alle vasculopatie, che costituiscono le patologie principali, alcuni dei pazienti osservati presentano

infatti demenza senile, Alzheimer. Tali pazienti necessitano pertanto di un'assistenza continua non solo da parte dei familiari ma anche da parte di personale qualificato.

In sintesi, il costo medio stimato per paziente è pari a 65,42 euro a carico del Ssn, + 10,48 euro a carico delle famiglie per i pazienti neoplastici, e 27,47 euro + 12,50 euro a carico delle famiglie per i pazienti con patologie benigne.

Un aspetto importante dell'analisi riguarda i costi dell'assistenza a carico delle famiglie, vale a dire la valorizzazione del tempo dedicato all'assistenza ai propri congiunti da parte dei componenti del nucleo familiare.

Includere il costo-opportunità del tempo dei familiari (quale sarebbe il costo di prestare assistenza ai propri congiunti se la famiglia dovesse avvalersi di collaboratori esterni) è importante per due ragioni. La prima è che senza la disponibilità di una rete di sostegno e assistenza la famiglia deve ricorrere al mercato e sostenere dei costi vivi. La seconda ragione è per un corretto confronto con i costi di assistenza sostenuti in ospedale. Il costo per giornata di degenza ospedaliera include, infatti, anche i costi del personale infermieristico e di assistenza che, nel caso delle cure domiciliari, sono rappresentati dal costo dei collaboratori esterni e dal tempo dei familiari.

Nella letteratura economica, vi sono diversi contributi che hanno tentato una stima di tali costi: ad esempio, Stommel *et al.* (1993) considerano il costo di un'ora di assistenza uguale al valore di un'ora di lavoro dipendente, la cui remunerazione è pari, nel luogo dove è stata svolta l'analisi (*lower Michigan*), a 7,82 dollari.

Nel presente studio il tempo dell'assistenza dei familiari è stato valorizzato per 2,70 euro/ora, equivalente al costo medio di un'ora di un collaboratore esterno, come

Tabella 4

Costi medi per paziente (in euro) rilevati per i pazienti con patologia benigna

Costi	Farmaci	Materiale sanitario	Prestazioni sanitarie	Presidi	Totale costi sanitari	Collaboratori esterni	Totale	%
Ssn	899,99	9,64	565,33	633,64	1.474,96	–	2.108,61	70,63%
Famiglia	65,39	119,79	497,23	63,08	682,41	131,48	876,95	29,37%
Totale	965,38	129,43	1.062,56	696,72	2.854,09	131,48	2.985,56	100%
Comp. %	32,33%	4,34%	35,59%	23,34%	94,60	4,40%	100%	

risulta da un'indagine che ha rilevato tale tipologia di costo (Mapelli, 2007). Come si è già detto, poiché le informazioni raccolte sul tempo dedicato dai familiari all'assistenza dei loro congiunti non sono esaustive, si è supposto che il tempo di assistenza fosse di 24 ore, ridotte a 12 nel caso in cui la famiglia si avvalga della collaborazione di una badante.

Il costo giornaliero dell'assistenza dei familiari dei pazienti affetti da patologie neoplastiche così stimato è mediamente di 63 euro (a fronte di un costo totale di 5.558,01 euro).

Di conseguenza, l'inclusione del tempo dedicato dai familiari per l'assistenza ai pazienti innalza considerevolmente il costo giornaliero medio, che aumenta fino a 138,94 euro (+ 83%). Il costo del tempo di assistenza, in particolare, incide sul costo totale per il 45,4% e incrementa notevolmente il costo a carico delle famiglie, aggiungendosi al 7,5% del costo a carico delle famiglie per spese sanitarie. Il rimanente 47,1% del costo totale rimane a carico del Ssn.

Per i pazienti con patologia benigna, il costo medio giornaliero del tempo dedicato dai familiari è pari a 60 euro. Il costo medio giornaliero dell'assistenza domiciliare aumenta, pertanto, fino a 99,97 euro qualora si consideri il tempo dei familiari.

Questi risultati possono osservarsi nella **tabella 5**.

Un'ultima considerazione sui costi dell'Adi riguarda il confronto con l'assistenza ospedaliera. Vi sono, in letteratura alcuni studi che effettuano un confronto tra queste due modalità assistenziali (ad esempio, Remonnay *et al.*, 2005).

Ipotizzando di effettuare un confronto teorico tra il costo delle cure domiciliari e l'ipotetica degenza ospedaliera, il costo del Drg

per ciascun paziente è stato ottenuto considerando la tariffa prevista fino al valore soglia e per i giorni oltre il *trim point* dell'incremento della tariffa *pro die* per ogni giorno ulteriore di assistenza.

Il costo medio per giornata stimato per il gruppo di pazienti neoplastici è pari a 188,09 euro. La differenza rispetto ai 138,94 euro, che è il costo dell'assistenza domiciliare, è, pertanto, pari a 49,15 euro. I costi per giornata di ricovero ospedaliero superano quelli delle cure domiciliari del 35,4%.

Il costo delle cure domiciliari – incluso il tempo di assistenza prestato dai familiari – è quindi significativamente inferiore a quello del ricovero ospedaliero.

4. La variabilità dei costi secondo le caratteristiche dei pazienti

Un'analisi più approfondita nell'ambito del presente lavoro ha riguardato la variabilità dei costi per giornata di cure domiciliari in relazione alle possibili cause esplicative – età, sesso, tipo di patologia (benigna o tumorale), severità, comorbilità, instabilità, valutazione multidimensionale complessiva –, allo scopo di verificare l'esistenza di una relazione positiva e diretta tra di esse.

Sono state effettuate alcune regressioni lineari multiple sull'intero campione alla ricerca, in particolare, di una relazione tra la gravità della valutazione multidimensionale al tempo del reclutamento e i costi per giornata di cure domiciliari.

L'ipotesi che si intendeva verificare riguardava la capacità degli strumenti di valutazione multidimensionale di predire i costi futuri delle cure domiciliari. Se, infatti, vi fosse una relazione lineare, il punteggio osservato al tempo T0 potrebbe servire per

Pazienti	SSN	Famiglia		Totale
		Spese sanitarie e assistenziali	Costo tempo assistenza	Costo medio
Pazienti neoplastici	65,42	10,48	63,04	138,94
Composizione %	47,1%	7,5%	45,4%	100%
Pazienti con patologia benigna	27,47	12,50	60,00	99,97
Composizione %	27,48%	12,5%	60,02%	100%

Tabella 5
Costi giornalieri (in euro) per l'assistenza incluso il tempo dei familiari

calcolare e remunerare i costi delle cure domiciliari.

Nella **tabella 5** sono riportate le principali variabili descrittive che sono state impiegate nelle regressioni.

Le stime sono state condotte con il metodo dei minimi quadrati ordinari (OLS), impiegando il *software* Stata 8.0 e controllando per la robustezza dello stimatore della varianza.

In Appendice (**tabelle a-d**) possono osservarsi i risultati delle regressioni effettuate, che vengono sintetizzati qui di seguito.

I costi considerati sono i costi pieni (costi a carico del Ssn e della famiglia e costi del tempo dedicato dai familiari).

Il primo modello considera quale variabile dipendente la somma dei costi sanitari e non sanitari (tempo di assistenza dei familiari) per paziente. Il coefficiente di determinazione risulta piuttosto basso ($R^2 = 0,1177$) e quindi dotato di scarsa capacità esplicativa. Vi è una correlazione negativa con l'età (quanto più è anziano il paziente tanto minori sono i costi legati all'assistenza), il sesso (i costi sono maggiori per le donne) e l'instabilità (i costi diminuiscono all'aumentare dell'instabilità clinica). L'associazione è positiva con la severità e le malattie tumorali. Queste ultime, in particolare, presentano il coefficiente più elevato e statisticamente significativo ($p = 0,016$), insieme all'instabilità ($p = 0,03$).

Nel secondo modello stimato la variabile dipendente è il costo medio giornaliero. Anche in questo caso vi è una correlazione positiva molto bassa ($R^2 = 0,185$) con l'insieme delle variabili esplicative. La relazione è negativa con l'età e il sesso maschile, mentre è positiva con tutte le altre variabili, secondo le attese. I coefficienti sono significativi solo per il tipo di patologia e parzialmente per l'instabilità. Di nuovo le patologie tumorali e l'instabilità presentano i coefficienti più elevati.

Escludendo le variabili età, sesso, tipo di patologia e considerando solo le tre dimensioni della valutazione multidimensionale (severità, comorbidità e instabilità), il coefficiente di determinazione si abbassa di poco ($R^2 = 0,1044$), a indicare che è l'insieme di queste dimensioni a determinare i costi, indipendentemente dalla patologia del paziente. Il numero di malattie concomitanti assume inspiegabilmente un valore negativo, così come l'intercetta.

Infine, un quarto modello «super-sintetico», dato dal punteggio totale delle tre dimensioni della valutazione iniziale, che si riduce a una regressione lineare semplice, indica una debole correlazione tra i costi per giornata e la valutazione complessiva ($R^2 = 0,0872$).

Dalle regressioni effettuate non risulta, dunque, una relazione causale diretta tra le

Tabella 6
Variabili descrittive
del campione

Variabili	Descrizione	Intervallo	Media
Variabili indipendenti			
Età	anni	30-95	70
Sesso	F = 0; M = 1		66 53
Patologia	patologia benigna (vascolopatie) = 0 patologia neoplastica = 1		27 92
Severità (14 item)	valori scala	1,21 - 4,29	2,27
Comorbidità	n. malattie concomitanti (severità ≥ 3)	0 - 10	4,87
Instabilità clinica	valori scala	1 - 5	3,41
Valutazione totale	somma punteggi severità, comorbidità, instabilità	4,21 - 17,78	10,55
Variabili dipendenti			
Costi per paziente	costi totali per paziente (incluso il tempo dei familiari)	285,3 - 37.531,57	10.292,11
Costi per giornata	costi totali per giornata (incluso il tempo dei familiari)	77,25 - 362,43	138,28

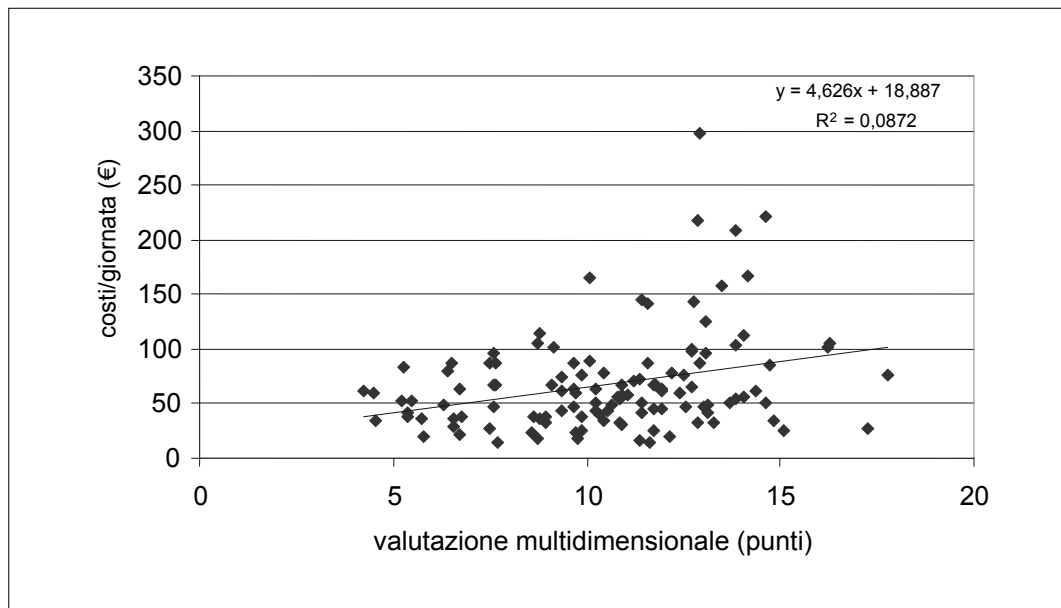


Figura 1
Valutazione
multidimensionale totale
e costi per giornata

variabili demografiche o cliniche e i costi per giornata di cure domiciliari. In effetti, se si osserva la distribuzione dei costi per giornata in relazione ai punteggi della valutazione multidimensionale si può osservare come, a parità di gravità, i costi siano molto differenti.

La distribuzione è illustrata nella **figura 1**.

Il risultato non deve sorprendere, perché è frequente anche in altre ricerche. Ad esempio, in una ricerca ex art. 12, D.L.vo 512/92 condotta in Lombardia (Aa.Vv., 2002), che intendeva studiare la relazione tra i costi annuali di trattamento dei pazienti psichiatrici e la loro gravità iniziale, in un campione di 9.817 pazienti, il valore del R^2 è stato pari solo a 0,069 e a 0,040 considerando la diagnosi.

L'individuazione di una relazione statistica tra valutazione multidimensionale e costi per giornata avrebbe consentito di definire una formula prospettica per il pagamento delle cure domiciliari per ogni *singolo* paziente. Tuttavia le formule di pagamento prospettico, come i Drg, non si basano sul costo del singolo paziente, ma di un *raggruppamento* omogeneo di pazienti. Tenendo presente questa considerazione, si è cercato di individuare dei raggruppamenti che fossero significativi dal punto di vista della severità e dei costi per giornata.

La valutazione multidimensionale a 14 *item* effettuata per i pazienti compresi nel

campione al tempo T0 restituisce dei valori compresi tra 4,21 e 17,79. La suddivisione dei pazienti in quattro sottogruppi secondo il punteggio vede, perciò, i seguenti raggruppamenti:

- pazienti con punteggio fino a 8;
- pazienti con punteggio da 8 fino a 11 (escluso);
- pazienti con punteggio da 11 fino a 14 (escluso);
- pazienti con punteggio superiore a 14.

Le informazioni ottenute sono illustrate nella **tabella 7**.

Il primo e il secondo sottogruppo comprendono i pazienti con il minore carico sanitario e assistenziale. Sono composti sia da pazienti con patologia tumorale che da pazienti con patologia benigna. Se si guarda alle indicazioni provenienti dalla valutazione multidimensionale, risultano poco rilevanti la diagnosi (neoplasia o vasculopatia) e persino la fase terminale. In entrambi i sottogruppi, infatti, è presente una percentuale variabile dal 51 al 57% di pazienti che durante il periodo di osservazione sono deceduti. Tra il T0 e il T2 il punteggio della valutazione multidimensionale peggiora rispettivamente di 3,45 e di 1,62 punti.

Nel terzo e quarto sottogruppo sono compresi pazienti con patologie tumorali (a ec-

Valutazione multidimensionale al tempo T0 (14 item)	Età media	Pazienti				Media valutazione (T0)	Tempo di osservaz. (giorni)	Media valutazione T2 (ultima) (a)	Differ. T2-T0
		Patol. tumorale	Patol. benigna	Di cui: deceduti	Totale				
Fino a 8	69	12 (52%)	11 (48%)	13 (57%)	23	6,16	73	9,61	3,45
8-11	73	26 (63%)	15 (37%)	21 (51%)	41	9,66	95	11,28	1,62
11-14	68	40 (98%)	1 (2%)	29 (71%)	41	12,41	95	12,48	0,07
> 14	66	14 (100%)	0	13 (93%)	14	15,24	61	15,66	0,42
TOTALE	70	92 (77%)	27 (23%)	76 (64%)	119 (100%)	10,55	87	11,67	1,12

(a) Il punteggio medio tiene conto solo dei pazienti sopravvissuti al T2.

Tabella 7

Classificazione dei pazienti secondo la valutazione multidimensionale complessiva al tempo T0

cezione di un solo paziente con patologia benigna presente nel terzo sottogruppo, affetto da arteriopatia), che presentano, inoltre, un numero elevato di fattori di comorbilità. In particolare, nell'ultimo sottogruppo il numero di malattie concomitanti va da 6 a 10. Le condizioni dei pazienti erano già molto gravi al momento dell'arruolamento, al punto che solo per uno di essi è stato possibile raggiungere i 180 giorni di osservazione.

Osservando il punteggio della valutazione multidimensionale al T0 si rileva che i valori medi dei sottogruppi sono significativamente diversi tra di loro. La suddivisione in quattro sottogruppi è, perciò, significativa, capace di discriminare tra pazienti con diverse problematiche che si sommano in un unico indice.

Alle classi di severità globale sono stati poi associati i costi totali, sanitari e assistenziali, del Ssn e della famiglia (escluso però il costo del tempo dei familiari) e i costi delle sole prestazioni mediche e infermieristiche a carico del Ssn (**tabella 8**).

Il costo totale per paziente varia in relazione al tempo di osservazione e alla gravità

delle condizioni cliniche. Il valore massimo si riscontra, infatti, nel terzo sottogruppo (6.361 euro), osservato per 95 giorni e con un punteggio abbastanza elevato (fino a 14 punti nella valutazione multidimensionale). Più significativo è il confronto tra i costi per giornata di assistenza, sia totale (costi del Ssn e della famiglia, escluso il costo del tempo di assistenza dei familiari), sia delle sole prestazioni sanitarie a carico del Ssn (esclusi i farmaci, il materiale sanitario e i presidi).

I costi per giornata di assistenza, infatti, crescono all'aumentare del punteggio della valutazione multidimensionale. I pazienti del primo gruppo, con un punteggio medio di 6,16 punti, hanno un costo per giornata di circa 50 euro (senza tener conto della valorizzazione del tempo dei familiari, che porterebbe il costo stimato a 73,09 euro), mentre quelli del quarto gruppo, con punteggio di 15,24, presentano un costo di circa 107 euro, che aumentano fino a 170,62 euro nel momento in cui si tiene conto anche del tempo dei familiari - notevolmente superiore, quindi, al costo stimato per il primo gruppo.

Tabella 8

Costi dei pazienti (in euro) secondo la valutazione multidimensionale complessiva

Valutazione multidimensionale al tempo T0 (14 item)	Pazienti	Età	Media valutazione (T0)	Tempo di osservazione (giorni)	Costo totale per paziente (media)	Costo totale giornaliero (escluso tempo familiari)	Costi giornalieri delle sole prestazioni sanitarie SSN	N. indice (1° gruppo = 100)
Fino a 8	23	69	6,16	73	3.438,87	49,61	7,03	100,0
8-11	41	73	9,66	95	5.448,35	60,98	16,00	227,6
11-14	41	68	12,41	95	6.358,86	71,22	40,84	580,9
> 14	14	66	15,24	61	5.191,10	107,19	56,48	803,4
Totale	119	70	10,55	87	5.343,41	67,75	22,62	321,8

L'andamento dei costi totali per giornata è illustrato anche nella **figura 2**.

La differenza nei costi medi per giornata, escluso il tempo dei familiari, è statisticamente significativa tra tutti i primi tre gruppi e il quarto (in particolare, si ha che, nel confronto tra le differenze tra i vari gruppi: 1° e 4°: $p = 0,0004$; 2° e 4°: $p = 0,0001$; 3° e 4°: $p = 0,029$). Questo risultato è una conferma ulteriore della particolare gravità nelle condizioni dei pazienti inclusi nel quarto sottogruppo, che richiedono una maggiore assistenza, oltre a costi più elevati.

Si nota come se si considerano i soli costi delle prestazioni sanitarie a carico del Ssn (visite mediche, assistenza infermieristica, esami di laboratorio), il costo medio per giornata passa da 7,03 euro per giornata nel primo sottogruppo a 16 euro nel secondo sottogruppo, fino a 56,48 euro per l'ultimo sottogruppo. I costi del quarto sottogruppo sono superiori di sette volte rispetto ai costi del primo sottogruppo (tabella 8). I costi per giornata di cure domiciliari mostrano un gradiente rispetto alla gravità dei pazienti, espressa dalla valutazione multidimensionale al T0 (ultima colonna della tabella 8).

I costi medi per sottogruppo risultano statisticamente diversi l'uno dall'altro. Infatti, si è osservato come i test statistici tra le medie diano valori delle $p < 0,000$, eccetto tra il terzo e il quarto sottogruppo, dove il valore è $p = 0,247$.

5. Un possibile metodo di finanziamento delle cure domiciliari

I risultati di queste analisi statistiche possono essere utili per individuare un nuovo sistema di remunerazione delle cure domiciliari non più basato sulle singole prestazioni o sul compenso orario, ma su un valore globale per giornata, in relazione all'intensità del quadro clinico e generale del paziente.

I sistemi di pagamento delle cure domiciliari sono molto eterogenei tra le Regioni, ma spesso anche tra le Aziende sanitarie di una stessa Regione, come è il caso della Calabria. I risultati ottenuti dalla presente ricerca, seppure legati a un campione di non ampie dimensioni, possono, tuttavia, suggerire una nuova metodologia di remunerazione delle cure domiciliari, capace di superare l'attuale frammentazione dei pagamenti. Infatti, in si-

tuazioni di complessità assistenziale l'impiego di un nomenclatore tariffario, basato sulla valorizzazione delle singole prestazioni, si rivela inadeguato a remunerare tutte le attività prestate, espone il finanziatore al rischio di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori accreditati e tende a far esplodere il numero delle prestazioni (Comitato ospedalizzazione domiciliare, 2002).

Il metodo che si può trarre dalla presente ricerca si basa sulle seguenti caratteristiche:

a) remunerazione omnicomprensiva e prospettica dell'attività medica e infermieristica, in relazione all'intensità delle cure richieste dai pazienti (classi omogenee di risorse; ad esempio, 4 classi secondo i dati della ricerca);

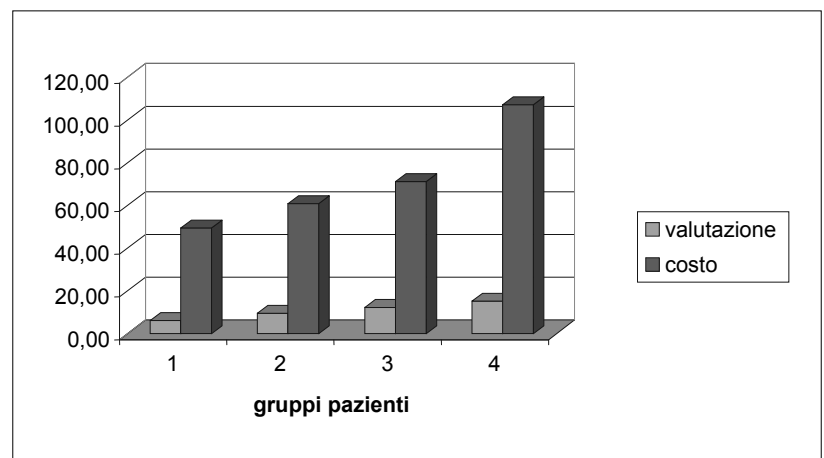
b) valutazione obiettiva delle condizioni cliniche e assistenziali dei pazienti e della necessaria quantità e qualità delle cure domiciliari;

c) flessibilità della remunerazione in relazione al mutare delle condizioni del paziente;

d) pagamento basato sulla durata effettiva del periodo di cura.

La formula di remunerazione è data dal costo per giornata, distinto per classi di intensità assistenziale, moltiplicato per il numero di giornate del periodo di cura. In altri termini, il compenso per giornata è prefissato, mentre le giornate di assistenza sono rilevate a posteriori. Ad esempio, secondo i dati della tabella 7, un paziente con un punteggio al tempo T0 di 6 punti riceverebbe un

Figura 2
Valutazione multidimensionale e costi per giornata



compenso di 7,03 euro per giornata, fino alla seconda valutazione; se al T1 il suo punteggio aumentasse a 10,5 punti, riceverebbe per le giornate successive un compenso di 16 euro a giornata. È ovvio che l'ammontare del compenso omnicomprensivo per giornata dovrebbe essere calcolato su un campione più esteso e più diversificato di pazienti. Quello che qui rileva è la fattibilità del metodo e l'evidenza di una relazione tra raggruppamenti clinici di pazienti e costi delle cure domiciliari.

I comportamenti opportunistici che questo metodo potrebbe indurre riguardano l'*upgrading* (aumento del punteggio alla valutazione multidimensionale) e l'allungamento del periodo di presa in carico. Dato che le classi di severità sono costruite a intervalli di 3 punti, il passaggio di classe richiederebbe un aumento di almeno 3,5 punti alla valutazione successiva, un'alterazione che non si rivelerebbe troppo facile da attuare con gli strumenti di rilevazione disponibili.⁴ L'allungamento del periodo di cura, oltre il necessario, potrebbe essere contrastato da una valutazione fatta da soggetti esterni all'équipe che presta le cure. Lo stesso potrebbe valere per l'assegnazione del punteggio. Poiché nessun sistema di remunerazione è esente da critiche e dal rischio di comportamenti opportunistici, si potrebbero individuare gli opportuni correttivi e rimedi.

6. Conclusioni

Il presente studio ha raggiunto degli importanti risultati dal confronto dei costi dell'assistenza domiciliare rispetto a quella ospedaliera, identificando gli ambiti in cui è possibile effettuare dei risparmi di risorse e una migliore allocazione delle stesse, ponendo le premesse per programmare una più efficace assistenza sanitaria sul territorio. Alcuni risultati di ordine generale conseguiti dalla sperimentazione, possono così sintetizzarsi:

- sono state ricavate delle informazioni utili per una programmazione dei servizi socio-sanitari, razionalizzata in funzione delle caratteristiche del bacino d'utenza;
- si è ottenuta una maggiore conoscenza delle modalità organizzative e di intervento nel campo delle cure domiciliari, nonché dei

possibili problemi che insorgono e delle modalità più opportune per risolverli;

- si sono acquisite nuove competenze per valutare i bisogni complessivi (sanitari, sociali, psicologici, ecc.) dei pazienti più «fragili»;
- è stata effettuata una valutazione più realistica dei costi necessari per affrontare forme assistenziali alternative come le cure domiciliari e, conseguentemente, della convenienza, sia dal punto di vista del Ssn che dei pazienti coinvolti.

La ricerca non ha evidenziato una relazione lineare diretta tra severità dei pazienti in cura domiciliare e costo dei trattamenti giornalieri ($R^2 = 0,0872$). Tuttavia, l'analisi della distribuzione di frequenza dei punteggi di valutazione multidimensionale ha permesso di individuare quattro classi di severità, statisticamente diverse sotto il profilo clinico e dei costi di trattamento giornalieri.

L'assistenza domiciliare si presenta come una valida alternativa assistenziale per i pazienti terminali, rispetto alla degenza ospedaliera. Il costo medio giornaliero dell'Adi per i pazienti neoplastici, includendo il tempo di assistenza dedicato dai familiari, è stato stimato pari a 138,94 euro a fronte di 188,09 euro della tariffa media ospedaliera (– 35,4%).

I costi sanitari e assistenziali per giornata sono estremamente variabili da paziente a paziente e non si è rilevata alcuna relazione statistica con la gravità, espressa dalla valutazione multidimensionale, né con altre possibili variabili esplicative. Tuttavia, raggruppando i dati secondo quattro classi di gravità, statisticamente diverse l'una dall'altra, si è riscontrato un gradiente dei costi rispetto al punteggio della valutazione multidimensionale. I costi medi per giornata (escluso il tempo dei familiari) aumentano, infatti, da 49,6 euro per i pazienti meno gravi a 107,2 euro per quelli più gravi. Analogamente, i costi delle sole prestazioni sanitarie (mediche e infermieristiche) a carico del Ssn passano da circa 7 euro a 56 euro e mostrano quasi sempre una differenza statisticamente significativa. Le quattro classi si presentano quindi diverse sotto il profilo clinico della severità e dei costi medi.

Questa circostanza ha permesso di proporre, sia pure sul piano metodologico, più

che dei valori di costo (data l'esiguità e non casualità del campione studiato), un metodo di remunerazione delle cure domiciliari omnicomprensivo, graduato sulla severità e variabile nel tempo e basato (i) sulla remunerazione dei *profili assistenziali* e non più delle singole prestazioni, (ii) sulla *diversificazione* dei compensi in relazione alla valutazione multidimensionale complessiva e (iii) sulla *variazione* delle tariffe nel tempo, secondo l'evolversi del quadro generale dei pazienti.

Il metodo proposto, che per ora ha un valore soprattutto teorico, si potrà arricchire dal confronto con altri metodi analoghi (Scaccabarozzi *et al.*, 2005), primo tra tutti quello del Comitato ospedalizzazione domiciliare (2002).

Note

1. La raccolta e l'elaborazione iniziale dei dati delle Unità operative afferenti al progetto sono state poi effettuate dal coordinamento scientifico presso l'Unità operativa del Sadmat di Reggio Calabria. Il Dipartimento di Economia, statistica e analisi geopolitica del territorio (Desat) dell'Università di Messina ha provveduto alla definitiva elaborazione dei dati, collaborando con il coordinamento scientifico del programma di ricerca anche per la stesura della relazione finale del progetto.
 2. Gli *item* su cui si svolge la valutazione sono i seguenti:
 - patologie cardiache;
 - ipertensione;
 - apparato vascolare;
 - apparato respiratorio;
 - occhi/orecchio/naso/gola/laringe;
 - apparato digerente tratto superiore;
 - apparato digerente tratto inferiore;
 - fegato;
 - rene;
 - apparato riproduttivo;
 - apparato muscolo-scheletrico e cute;
 - patologie sistema nervoso;
 - patologie sistema endocrino-metabolico;
 - stato mentale e comportamentale.
- La valutazione a 13 *item* esclude la categoria «stato mentale e comportamentale», rispetto alla valutazione a 14 *item*, che comprende invece tutte le categorie. A ogni diagnosi viene assegnato un punteggio da 1 a 5, dove 1 corrisponde a «nessuna menomazione» e 5 corrisponde a «menomazione molto grave, tale da richiedere un trattamento di emergenza». L'indice di severità è stato calcolato come la media dei punteggi delle 14 categorie.
3. La valutazione sulla stabilità clinica assume valori da 0 a 5, da interpretarsi come segue:
 - 0 = stabile (pazienti senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile a intervalli > 60 giorni);
 - 1 = moderatamente stabile (pazienti con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile a intervalli di 30-60 giorni);
 - 2 = moderatamente instabile (pazienti con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile a intervalli di più di una volta al mese, ma meno di una volta alla settimana);
 - 3 = instabile (pazienti con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico non programmabile, presumibilmente una o più volte alla settimana, ma non quotidiano);
 - 4 = altamente instabile (pazienti con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano);
 - 5 = acuzie (pazienti con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano).
 4. Poiché la valutazione multidimensionale è composta dalla severità media, calcolata su 14 *item*, dal numero di malattie concomitanti e dall'indice di instabilità, il passaggio di classe richiederebbe, infatti, un peggioramento di oltre 3 punti in quest'ultimo indice, dato che non sono plausibili forti cambiamenti negli altri due indici. Ma proprio per questo al cambiamento di instabilità è previsto che si associ una diversa intensità assistenziale, come si evince dalle note che descrivono i vari livelli di instabilità.

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

- AA.VV. (2002), «Pattern di trattamento e costi nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, supplemento al n. 4, vol. 11.
- AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T. (2007), «L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation», *Bulletin d'information en économie de la santé*, 119, pp. 1-8.
- COMITATO OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE (2002), Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari, Documento conclusivo, Roma, 30 Settembre 2002.
- DONALDSON M.S., FIELD M.J. (1998), «Measuring quality at the end-of-life», *Archives Internal Medicine*, 158, pp. 121-128.
- DRUMMOND M.F., O'BRIEN B.J., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (2000), *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- HINTON J. (1996), «Services given and help perceived during home care for terminal cancer», *Palliat Med*, 10, pp. 125-134.
- MAPELLI V. (2007), «I costi dell'assistenza informale», in G. Costa (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Carocci, Roma.
- MCCORKLE R., JEPSON C., MALONE D. (1994), «The impact of hospital home care on patients with cancer», *European Journal of Gynecologic Oncology*, 7, pp. 120-121.
- PALMALEE P.A., THURAS P.D., KATZ I.R., LAWTON M.P. (1995), «Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population», *Journal of American Geriatric Society*, 43, pp. 130-137.
- REBBA V. (2001), «La sanità territoriale: i servizi di assistenza domiciliare integrata», in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia, 2001*, Il Mulino, Bologna.
- REMONNAY R., DEVAUX Y., CHVETZOFF G., MORELLE M., CARRERE M.O. (2005), «Cancer treatment at home or in the hospital: what are the costs for French public health insurance? Findings of a comprehensive-cancer centre», *Health Policy*, 72, pp. 141-148.
- SESSA C., ROGGERO E., PAMPALONNA S., REGAZZONI S., GHIELMINI M., LANG M. (1996), «The last 3 months of life of cancer patients: medical aspects and role of homecare services in Southern Switzerland», *Support Care Cancer*; 4, pp. 180-185.
- SHAH S., VANCLAY F., COOPER B. (1989), «Improving sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation», *Journal of Clinical Epidemiology*, 8, p. 703.
- SCACCABAROZZI G., LOVAGLIO P., LIMONTA F., COLOMBO C., LOCATELLI W. (2005), «Caratterizzazione e valorizzazione dei percorsi di cura in home care: i DRG domiciliari», *Tendenze Nuove*, 3, pp. 335-350.
- SINGER P.A., MARTIN D., KELNER M. (1999), «Quality end-of-life care. Patients' perspectives», *Journal of American Medical Association*, 281, pp. 163-168.
- SMEENK F.W.J.M., VAN HAASTREGT J.C.M., DE WITTE L.P., CREBOLDER H.F.J.M. (1998), «Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review», *British Medical Journal*, 316, pp. 1939-1944.
- STOMMEL M., GIVEN C.G., GIVEN B.A. (1993), «The Cost of Cancer Home care to Families», *Cancer*, 71, pp. 1867-1874.
- STUCK A.E., SIU A.L., WIELAND G.D. (1993), «Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials», *Lancet*, 342, pp. 1032-1036.
- WATTERS C. (1997), «The benefits of home care for the terminally ill», *European Journal of Palliative Care*, 4(3), pp. 90-92.

Appendice

Tabella a

Primo modello econometrico stimato

Variabile dipendente = costi per paziente (Ssn + costi della famiglia)	Coefficiente stimato	Errore standard	T-Test
Variabili indipendenti			
Età	- 29,34	58,14	- 0,50
Sesso	- 642,65	1.167,42	- 0,55
Patologia	2.510,64 **	1.028,51	2,44
Severità	466,95	1.709,47	0,27
Comorbidità	141,60	434,57	0,33
Instabilità clinica	- 1.989,98 *	658,98	- 3,02
Costante	15.732,15 **	4.488,21	3,51
F-test = 3,87; Prob > F = 0,0015; R ² = 0,1177			
* significativo al 95%; ** significativo al 99%			

Tabella b

Secondo modello econometrico stimato

Variabile dipendente = costi medi gior. per paz. (Ssn + costi della famiglia)	Coefficiente stimato	Errore standard	T-Test
Variabili indipendenti			
Età	- 0,429	0,295	- 1,45
Sesso	- 1,930	8,184	- 0,24
Patologia	30,133 **	7,157	4,21
Severità	9,421	12,819	0,73
Comorbidità	0,351	3,160	0,11
Instabilità clinica	8,976 *	4,811	1,87
Costante	84,287 **	29,013	2,91
F-test = 6,08; Prob > F = 0,0000; R ² = 0,1854			
* significativo al 95%; ** significativo al 99%			

Tabella c

Terzo modello econometrico stimato

Variabile dipendente = costo medio giornaliero (Ssn + costi della famiglia)	Coefficiente stimato	Errore standard	T-Test
Variabili indipendenti			
Severità	19,843	12,550	1,58
Comorbidità	- 0,041	3,270	- 0,01
Instabilità clinica	8,462	5,272	1,60
Costante	- 5,930	21,503	- 0,28
F-test = 3,94; Prob > F = 0,0102; R ² = 0,1044			

Tabella d

Quarto modello econometrico stimato

Variabile dipendente = costo medio giornaliero (Ssn + costi della famiglia)			
Variabili indipendenti	Coefficiente stimato	Errore standard	T-Test
Valutazione multidimensionale totale	4,626 *	1,436	3,22
Costante	18,887	13,255	1,42
F-test = 10,37; Prob > F = 0,0017; R ² = 0,0872			
* significativo al 99%			

Misurare i servizi sanitari e socio-sanitari per un utilizzo efficiente delle risorse disponibili

M. ANNICCHIARICO, A. PROTONOTARI, I. CASTALDINI, G. CAVAZZA, L. GRAZIA, A. RENOPI

The Emilia Romagna Regional Health Service reorganization gives to Health Districts the role of full guarantor for the for care needs identification and for Essential Levels of Care delivery. In the Bologna Local Health Trust, as in other Italian Local Health Trusts, the territory uses more than half of the available resources. Therefore the territorial governance tools become very important. For this reason a set of indicators has been selected to analyze possible relationships among the social conditions, the offer, the use and the costs of the main health and social services types. The relations among variables were tested by means of the correlation analysis and the multivariate regression model application.

Keywords: territorial governance system, local planning, social-health districts, costs

Parole chiave: *governance* territoriale, programmazione, distretti socio-sanitari, costi

Note sugli autori

Massimo Annicchiarico è Direttore Sanitario, Azienda Usl di Bologna
Adalgisa Protonotari è Direttore dell'UO Programmazione sanitaria, Azienda Usl di Bologna
Gabriele Cavazza è Vicedirettore Area Territoriale, Azienda Usl di Bologna
Ilaria Castaldini, Lucia Grazia e Alessandra Renopi sono collaboratori dell'UO Programmazione sanitaria, Azienda Usl di Bologna

1. Introduzione

L'approccio manageriale in sanità si sviluppa progressivamente a partire dalle normative che hanno dato avvio alla seconda riforma del Sistema sanitario nazionale (Fattore, 2008). Da allora le Aziende Usl hanno affrontato cambiamenti sociali importanti che hanno generato nuovi bisogni, spesso di dimensioni e complessità rilevanti. Le trasformazioni demografiche e socio-economiche, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle persone immigrate, l'esigua rete familiare, l'aumento delle forme di lavoro meno stabili hanno imposto un significativo cambiamento delle politiche sociali e sanitarie, a fronte di una domanda sempre più articolata e complessa che richiede risposte coordinate, che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

Nel tempo è anche mutato lo scenario economico che ha visto il progressivo passaggio da un ripiano a piè di lista dei disavanzi delle aziende sanitarie a una maggior responsabilizzazione dei direttori generali sull'equilibrio di bilancio (D.L.vo 502/1992 e L. 266/2005). Con la riforma del Ssn si è assistito, inoltre, a un'accresciuta quota di mercato in capo a produttori privati che ha moltiplicato il numero di soggetti che operano sul territorio, rendendo più complesso il sistema delle interdipendenze esistenti e la costruzione di politiche capaci di evitare inapproprietezze. La necessità, dunque, di migliorare le performance del Servizio sanitario, associabile a un maggior controllo della spesa, è da considerare il principale impulso alla rivisitazione delle logiche e degli strumenti di management (Anessi Pessina, Longo, 2008). Se molto è stato fatto

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto emiliano-romagnolo
3. Il contesto dell'Azienda Usl di Bologna
4. Obiettivi e metodologia del lavoro
5. Principali risultati
6. Discussione

sull'assistenza ospedaliera per migliorare gli strumenti di governo, solo recentemente si sta focalizzando l'attenzione sull'area territoriale, dove gli strumenti manageriali si presentano ancora deboli. Partendo da questi presupposti, per sostenere la *governance* delle Aziende sanitarie, definibile come la capacità di integrare le azioni cliniche, tecniche e amministrative in un insieme di strategie, compatibili con gli interessi locali, con quelli delle organizzazioni e dei gruppi sociali e con tutti gli altri attori della società (Biocca *et al.*, 2008), è sempre più indispensabile costruire un sistema di osservazione multidimensionale che sia anche in grado di cogliere le specificità del contesto e le discontinuità ambientali. Vanno quindi sviluppati strumenti che consentano di intercettare i nuovi e diversi bisogni (Casati *et al.*, 2008) che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali, in modo da superare la programmazione settoriale e predisporre le risposte assistenziali più adeguate.

Le esperienze di analisi in questo settore sono ancora scarse e orientate al governo della produzione interna piuttosto che al governo dei consumi dei residenti. Anche i risultati del laboratorio di ricerca Fiaso «Un modello per il governo delle Aziende Sanitarie»¹ hanno evidenziato, mediamente, «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 costituiscano più la parte predominante dell'erogazione dei servizi» (Longo, 2008).

2. Il contesto emiliano-romagnolo

In Emilia-Romagna, dove le Aziende Usl comprendono nella loro funzione sia il governo della domanda e la programmazione dell'offerta sia la produzione diretta di servizi, il tema della *governance* è particolarmente articolato e complesso.

La programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione Emilia-Romagna, intesa quale parte integrante delle strategie di welfare, si fonda su alcuni principi fondamentali, quali: il carattere universalistico, basato sulla centralità del governo pubblico del sistema, nell'ambito del quale la sanità

privata riveste un ruolo complementare; l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali; l'accessibilità a tutti i livelli del sistema sanitario e socio-sanitario garantiti dai Lea; il perseguimento dell'efficienza organizzativa e dell'efficacia del sistema, garantendo risposte omogenee e appropriate ai bisogni in tutte le aree della regione, tramite lo sviluppo del territorio e la valorizzazione della rete ospedaliera; l'orientamento verso servizi di sicura efficacia; la promozione della partecipazione delle istituzioni e dei cittadini, attraverso le loro associazioni; la promozione delle sperimentazioni e delle innovazioni gestionali e tecnologiche.

Il Piano sociale e sanitario regionale conferma la volontà di costruire un *welfare* pubblico con una forte connotazione «comunitaria» fondato su un sistema integrato e non settoriale di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. Il Piano vuole indicare la strada per una trasformazione prospettica, che considera il *welfare* socio-sanitario punto di riferimento per il cambiamento in atto che ha preso avvio con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Ssr). Quest'ultima, all'art. 4, definisce i Distretti come «l'articolazione territoriale delle Aziende Usl che ha lo scopo di promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni e con la popolazione e le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi d'intervento; assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria e ai servizi socio-sanitari, nonché il coordinamento delle attività tra di loro e con i servizi a valenza sovra distrettuale e favorire la partecipazione dei cittadini». La legge regionale sottolinea, inoltre, l'autonomia funzionale dei Distretti all'interno del vincolo delle risorse assegnate. In quest'ottica il Distretto assume una funzione centrale nel governo del sistema sanitario e sociale, con un ruolo fondamentale di interlocutore nei confronti degli enti locali. L'ambito distrettuale diventa, dunque, la sede elettiva dell'integrazione in cui realizzare una rete di relazioni fra i medici di medicina generale, i servizi sanitari e sociali territoriali, i servizi ospedalieri, i soggetti privati *profit* e *no profit*, le Aziende pubbliche di servizi

alla persona (Asp), il volontariato e l'associazionismo, per offrire risposte flessibili e personalizzate ai bisogni del cittadino. Questo nella logica di coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità della Regione Emilia-Romagna.

La Legge regionale 29/2004 riconferma la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS), istituita dalla Legge regionale n. 19 del 1994, quale organo di governo della sanità con funzioni di programmazione, indirizzo e verifica delle politiche sanitarie e sociali territoriali. Essa riunisce tutti i Sindaci del territorio di un'Azienda sanitaria locale in coerenza con il D.L.vo 502/92, secondo cui il Sindaco «provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio e rimette alla Regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale e alla Regione». Con l'art. 11 della Legge regionale n. 2 del 2003 la CTSS «promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale». Lo strumento principale d'integrazione istituzionale è rappresentato, quindi, dalla programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale che partendo dalla lettura del bisogno, definisce l'organizzazione dell'offerta, stabilendo le priorità e l'allocatione delle risorse in una logica di equità distributiva.

Il processo coinvolge una pluralità di interlocutori istituzionali e tecnici con l'intento di perseguire la massima integrazione fra l'ambito sanitario e quello sociale.

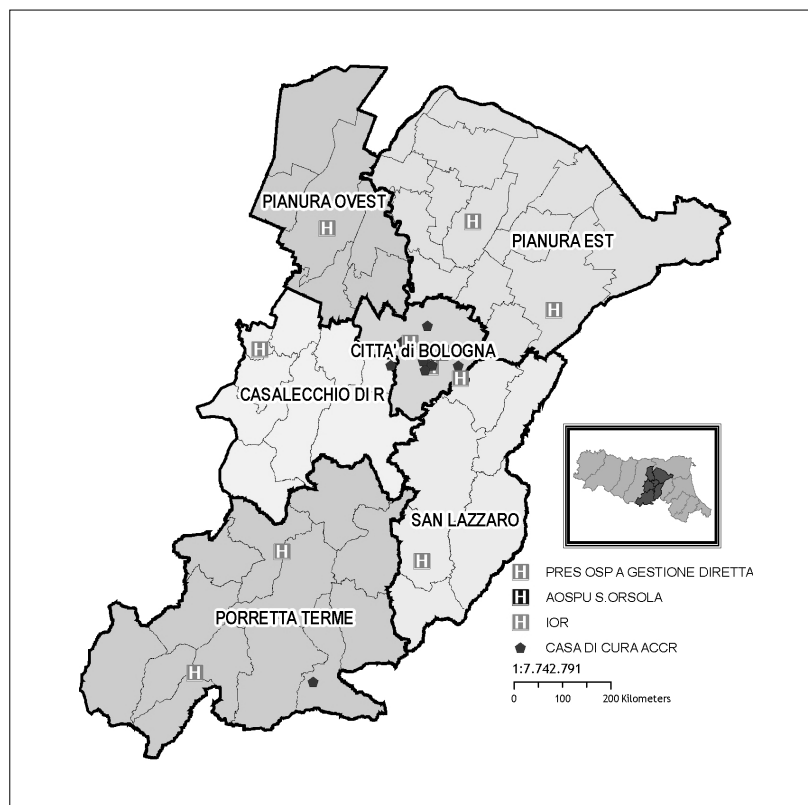
L'esperienza territoriale in Emilia-Romagna e in particolare nella Provincia di Bologna ha forte tradizione e vanta esperienze locali spesso eccellenti. Ciò nonostante essa è connotata da differenze marcate tra le diverse aziende e al loro interno tra i diversi distretti. Si tratta di disomogeneità sia nella struttura dell'offerta, sia nelle modalità e nell'intensità della presa in carico dei bisogni, vero-

similmente legate allo sviluppo storico dei diversi territori

3. Il contesto dell'azienda Usl di Bologna

L'Azienda Usl di Bologna origina dalla fusione di tre aziende (Bologna Città, Bologna Nord e Bologna Sud) avvenuta il 1 gennaio 2004. Ha una popolazione di 846.583 residenti distribuiti su 50 Comuni suddivisi in 6 Distretti sanitari (**figura 1**): Città di Bologna prettamente urbano, corrispondente all'ex Ausl Bologna Città, Pianura Est e Pianura Ovest pianeggianti, corrispondenti all'ex Ausl Bologna Nord, Casalecchio di Reno e San Lazzaro di Savena prevalentemente collinari che, insieme a Porretta Terme montano, costituiscono la ex Ausl Bologna Sud. Fino al 2003 le tre aziende di origine, pur nell'ambito di indirizzi regionali comuni e di un coordinamento di area metropolitana, hanno operato scelte strategiche autonome e specifiche, condizionate anche dalla diversità dei contesti geografici, demografici e socio-economici che le caratterizzavano. La forte disomogeneità ambientale, che tuttora per-

Figura 1
L'Azienda Usl di Bologna



mane fra i sei distretti, ha sicuramente inciso sullo sviluppo di politiche sanitarie e sociali differenziate, che hanno dato luogo a modelli strutturali e organizzativi diversificati.

Infatti, il territorio montano e la criticità della rete viaria dell'ex-azienda Bologna Sud hanno condizionato la dislocazione geografica dei punti di offerta sanitaria e socio-sanitaria, con una disseminazione sulle vallate principali di strutture di piccole dimensioni, in modo da facilitare l'accessibilità ai servizi a bacini di utenza poco numerosi. L'ex-azienda di pianura, favorita da una viabilità agevole, ha progressivamente ridotto il numero di ospedali da sette a tre, sviluppando, in alternativa, strutture territoriali dedicate alle cure primarie e alla residenzialità, collocate in posizioni facilmente raggiungibili da qualunque parte del territorio. L'ex-azienda cittadina, essendo anche capoluogo della regione e sede universitaria, ha consolidato nel tempo una struttura di offerta rilevante, soprattutto per quanto riguarda il contesto ospedaliero: tre grandi strutture ospedaliere pubbliche di rilevanza nazionale, un Irrcs e 11 ospedali privati accreditati.

Nel processo di unificazione di questa realtà articolata e complessa la programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari ha richiesto una forte attenzione alle specificità del territorio, per non sottovalutare le caratteristiche peculiari dei vari ambiti distrettuali, cercando, però, allo stesso tempo, di superare modelli organizzativi non più rispondenti alle esigenze dei cittadini e dell'organizzazione stessa.

In risposta al quadro socio-demografico ed epidemiologico emergente, su tutto il territorio aziendale si è avviato un percorso di pianificazione finalizzato allo sviluppo di reti cliniche e assistenziali, con rimodulazione dei servizi anche attraverso la crescita delle Cure Primarie e il riconoscimento dell'ospedale come luogo riservato alle situazioni cliniche che necessitano di tecnologie complesse.

4. Obiettivi e metodologia del lavoro

Per supportare i meccanismi di *governance* e offrire alla direzione aziendale e ai Direttori di distretto l'opportunità di un confronto critico e propositivo per il riconoscimento e la valorizzazione degli aspetti

positivi e il superamento delle situazioni di inappropriata e inefficienza nella risposta al bisogno si è reso necessario approfondire la conoscenza dell'ambiente e dell'utilizzo di servizi da parte dei cittadini.

Al fine di operare un'analisi comparativa fra i sei Distretti dell'Azienda Usl di Bologna si è individuato un *set* di indicatori che consentissero di analizzare le diverse modalità di utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari e formulare ipotesi interpretative, anche alla luce delle differenti situazioni demografiche e sociali presenti. Il lavoro è stato svolto in collaborazione con i Direttori dei distretti, insieme ai quali si è cercato di capire quali informazioni fossero più utili per comprendere le dinamiche collegate all'utilizzo dei servizi. Si è cercato di tenere conto dei principi e delle logiche a fondamento del *benchmarking*,² in particolare dell'utilizzo del confronto sincronico dei risultati per la determinazione del «best in class» a cui riferirsi. Il raffronto è stato effettuato tra le sei realtà distrettuali di cui si compone l'Azienda Usl di Bologna, rapportandosi al valore regionale quando le fonti informative lo permettevano. Gli indicatori presi in considerazione sono stati analizzati con due finalità: la costruzione del profilo di ogni distretto e la comparazione fra distretti, avendo come riferimento il parametro aziendale e quello regionale.

Sono stati utilizzati circa 100 indicatori che in una visione poliedrica hanno preso in esame diversi aspetti: il contesto demografico e quello socio-economico, la prevenzione, l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari e il loro utilizzo da parte dei residenti nell'Azienda, l'appropriatezza e la spesa per singolo livello assistenziale. Le informazioni sono state tutte raccolte dalle banche dati disponibili in Azienda senza attivare nuovi flussi informativi.

Il contesto demografico e socio-economico è stato studiato selezionando un gruppo di informazioni utili a un inquadramento complessivo del distretto in termini di: composizione della popolazione, livello di istruzione, occupazione e reddito. In un processo di programmazione tali indicatori di «contesto» risultano fondamentali alla luce della loro influenza sulla salute. Il livello socio-culturale influenza i comportamenti adottati e gli stili di vita della popolazione che incidono sui fat-

tori della salute (Wilkinson, Marmot, 2003) e «la tipologia di popolazione, la conformazione del territorio, l'evoluzione dei servizi erogati fino ad oggi e gli obiettivi specifici identificati a livello regionale chiaramente influiscono sulle scelte e sulle modalità adottate da ciascuna azienda per servire il proprio territorio» (Nutti, 2008). Sono stati, quindi, analizzate alcune possibili relazioni tra gli aspetti relativi al contesto socio-demografico quali la geografia del territorio, la demografia, le condizioni sociali e le caratteristiche economiche e la disponibilità di servizi sanitari e socio-sanitari e il loro utilizzo.

Sono state inoltre raccolte informazioni legate al concetto di salute quali la speranza di vita e il tasso standardizzato di mortalità.

Il tema della prevenzione è stato preso in esame essenzialmente attraverso gli indicatori di adesione alle campagne di screening per i tumori della mammella, dell'utero e del colon retto, fortemente incentivate dagli indirizzi regionali, e di copertura vaccinale della popolazione anziana contro l'influenza. Si è tralasciata la copertura per le vaccinazioni obbligatorie e facoltative nell'infanzia che è alta in tutti i distretti.

Nell'ambito dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari presente nei diversi territori e del loro consumo da parte dei residenti sono stati indagati i seguenti livelli assistenziali: la medicina di base e la continuità assistenziale, la specialistica ambulatoriale e i consultori familiari, il pronto soccorso e l'ospedalizzazione, l'*hospice*, le cure domiciliari, l'attività per anziani e handicap (residenzialità, assegni di cura ...), la farmaceutica, la protesica e l'integrativa, la salute mentale e le dipendenze patologiche.

Per alcuni settori di assistenza sono stati utilizzati indicatori di appropriatezza e di efficienza. Ad esempio, nell'ambito della spesa farmaceutica è stata valutata la spesa farmaceutica convenzionata legata a particolari sottogruppi terapeutici (es. sartani associati e non associati e ACE inibitori associati e non associati) e nell'ambito dell'assistenza ospedaliera il ricorso all'ospedalizzazione per alcuni Drg a rischio di inappropriatazza (es. il 127-insufficienza cardiaca e shock e l'88-malattia polmonare cronica ostruttiva).

Per ricavare le informazioni sulla spesa per i vari livelli assistenziali, si sono utilizzati due criteri diversi:

- i costi reali ricavati dalla banca dati aziendale della contabilità analitica (COAN) per quanto riguarda i costi generali del Distretto e per le voci dell'assistenza di base, domiciliare, *hospice*, farmaceutica, protesica, integrativa, socio-sanitaria (anziani e disabili), della salute della donna e infanzia;

- la valorizzazione da Nomenclatore tariffario regionale per quanto riguarda i costi dell'assistenza specialistica, ospedaliera e termale, in quanto quasi la metà delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il 100% di quelle termali e i due terzi dei ricoveri vengono acquistati all'esterno dell'azienda.

Non è stato possibile costruire i costi per distretto della Sanità pubblica e della Salute mentale, che pertanto non sono stati considerati.

Per ogni tipo di assistenza non ci si è limitati a un'osservazione sul distretto ma, a seconda della tipologia di informazione, si è scesi a livello dei Nuclei di cure primarie³ e dei Comuni. Per un corretto confronto fra le diverse realtà distrettuali e comunali, quando il dettaglio dei dati lo permetteva, si è operata una standardizzazione diretta dei dati relativi al consumo di prestazioni in modo da annullare gli effetti dovuti alla disomogenea composizione per età della popolazione. Anche i costi procapite sono stati corretti tramite standardizzazione o pesatura utilizzando i seguenti criteri:

- assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica: standardizzazione per età con metodo diretto;

- assistenza domiciliare, assistenza in *hospice*, assistenza termale: popolazione pesata utilizzata dalla Regione Emilia-Romagna per il finanziamento alle aziende sanitarie;

- assistenza socio-sanitaria ad anziani e a disabili, salute donna e infanzia: popolazione target specifica per l'assistenza erogata.

Per confrontare in modo omogeneo la spesa totale sostenuta da ogni territorio si è calcolato il costo che ogni distretto avrebbe ottenuto se avesse avuto la stessa popolazione. A tal fine per ogni singolo livello di assistenza sono stati moltiplicati i costi procapite pesati per la popolazione media e dalla loro sommatoria si è ottenuto, come misura di

sintesi, il costo pesato complessivo di ogni distretto.

$$\text{Costo pesato complessivo}_k = \sum_{j=1}^n cp_j * \bar{P}_j$$

dove j sono i livelli di assistenza, k i distretti, cp i costi pesati procapite e \bar{P} è la popolazione media.

Inoltre, ogni distretto è stato valutato rispetto all'efficienza delle singole voci di spesa, indipendentemente dal loro costo effettivo. A tal fine per ogni settore di assistenza il costo pesato procapite è stato normalizzato, assegnando così uno stesso peso a tutti i servizi. La sommatoria dei costi procapite normalizzati fornisce un indicatore di qualità globale del distretto in esame.

$$\text{Indice qualità globale}_k = \sum_{j=1}^n \frac{cp_j}{\sum_{k=1}^m cp_{jk}}$$

dove j sono i livelli di assistenza e k i distretti.

La veste grafica finale del *reporting* è costituita da grafici tradizionali, principalmente istogrammi, affiancati da tabelle di sintesi e da cartogrammi per una lettura del fenomeno sul territorio che superi i confini amministrativi. I raggruppamenti sono stati creati seguendo il metodo *Natural Breaks* (Jenks, Caspall, 1971). Tale metodo produce intervalli coerenti con la distribuzione dei valori nel range quantitativo del fenomeno, minimizzando la somma delle varianze interne a ciascuna classe.

Per testare la presenza di relazioni tra alcune delle variabili in studio è stata effettuata l'analisi delle correlazioni utilizzando il metodo parametrico di Pearson o quello non parametrico di Spearman, a seconda della numerosità delle unità statistiche considerate. Accertata la presenza di una relazione lineare tra due variabili, sono stati ipotizzati legami di dipendenza di alcuni indici di consumo (ad esempio tasso di ospedalizzazione e indice di consumo di specialistica ambulatoriale) e di costo (ad esempio spesa farmaceutica) con gli altri indicatori utilizzati nel *benchmarking*, incluso quelli relativi al contesto socio-demografico. L'ipotesi è stata verificata attraverso l'utilizzo del modello di regressione multivariato valutando, così, l'influenza delle variabili indipendenti su quella dipendente, eliminando i possibili

effetti di confondimento di una variabile indipendente sull'altra.

5. Principali risultati

L'attuale assetto della struttura dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria di ogni distretto è frutto delle scelte strategiche operate nel corso degli anni in risposta ai bisogni della popolazione residente e fortemente condizionate dalla struttura geografica del territorio e dal diverso sviluppo del tessuto sociale ed economico.

L'esame dei fattori demografici e socio-economici permette un primo inquadramento di alcune delle motivazioni all'origine delle attuali differenze che si registrano sui sei distretti.

Infatti, negli ultimi trenta anni nell'Azienda Usl di Bologna si è assistito a un progressivo invecchiamento della popolazione che ha portato la percentuale di anziani e grandi anziani residenti già alla quota prevista per la nazione nel 2050 (Demo Istat). L'industrializzazione, inizialmente avvenuta nell'area più prossima alla città, si è progressivamente estesa anche alle aree limitrofe di pianura e di collina. La conseguente creazione di nuovi posti di lavoro, unita agli elevati costi delle abitazioni nell'area urbana, ha favorito il deflusso della popolazione in età lavorativa e di giovani famiglie dall'area cittadina e dalla montagna verso queste zone (distretti Pianura Est e Ovest e distretti di San Lazzaro e Casalecchio), lasciando una maggiore presenza di anziani nelle aree di provenienza (Porretta Terme e Città di Bologna). Come nel resto della regione anche nell'Azienda Usl di Bologna si è assistito all'immigrazione di cittadini stranieri che raggiungono le percentuali più elevate, superiori anche alla media regionale, nei distretti Città di Bologna e Porretta Terme. La distribuzione territoriale degli immigrati è collegata principalmente al minor costo delle abitazioni nell'area montana e alla presenza di comunità strutturate di stranieri in alcuni quartieri di Bologna (es. comunità cinese). Il tasso di occupazione è superiore a quello regionale e presenta una diversa distribuzione a seconda dei territori, con i valori minimi nell'area montana e cittadina e quelli più elevati nelle zone industrializzate della pianura. È, però, il distretto Città di Bologna ad avere il red-

dito procapite più elevato, anche se associato all'indice di concentrazione più alto, mentre Porretta Terme, che è il distretto con il reddito procapite più basso, presenta l'indice di concentrazione più basso. Osservando i sei Distretti emerge, infatti, come vi sia una correlazione positiva e statisticamente significativa (test rho di Spearman = 0,94; $p < 0,01$) fra il reddito procapite e il suo indice di concentrazione nella popolazione (figura 2⁴). La stessa relazione si osserva nei Comuni (test r di Pearson = 0,85; $p < 0,01$) (figura 3). Fra le variabili percentuale di istruzione diploma di scuola media superiore e reddito procapite si ha una associazione positiva e significativa per i Comuni ($r = 0,76$; $p < 0,01$), sempre positiva, ma non significativa, per i distretti ($\rho = 0,60$; $p = 0,208$); fra la percentuale di laureati e oltre e il reddito la relazione è più forte e significativa sia analizzando i distretti ($\rho = 0,94$; $p < 0,01$) che i Comuni ($r = 0,82$; $p < 0,01$).

L'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari nell'Ausl di Bologna, così come rappresentato dall'analisi dei costi, è in linea con quanto riportato in letteratura (Tasselli, 2008). I costi complessivamente legati alle attività territoriali sono i più pesanti (figu-

ra 4), rappresentando più della metà dei costi complessivi, a conferma di quanto il territorio negli ultimi anni sia sempre più una componente imprescindibile del governo della sanità, superando l'ospedale, comunque sempre pesante, a cui rimane la restante quota.

Il costo dell'assistenza territoriale, racchiudendo tipologie di servizi molto diversificate, è complesso e sfaccettato, pertanto, è stato necessario scomporlo nei singoli livelli di assistenza per poter valutare la rilevanza che ogni settore riveste. Se analizzate singolarmente le voci di costo più alte sono la farmaceutica e l'assistenza ambulatoriale che insieme all'assistenza ospedaliera compongono i tre quarti del valore economico dei consumi dei nostri cittadini. La valorizzazione dei ricoveri dei residenti copre, infatti, il 43% dei costi, l'importo delle prescrizioni farmaceutiche il 19,4% e la valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale il 15,1%. L'alta percentuale di costi sostenuti per l'assistenza specialistica ambulatoriale evidenzia il ruolo sempre più importante che tale settore riveste in sanità. Seguono in ordine i costi sostenuti dai distretti per i contratti dei Medici di medicina generale e

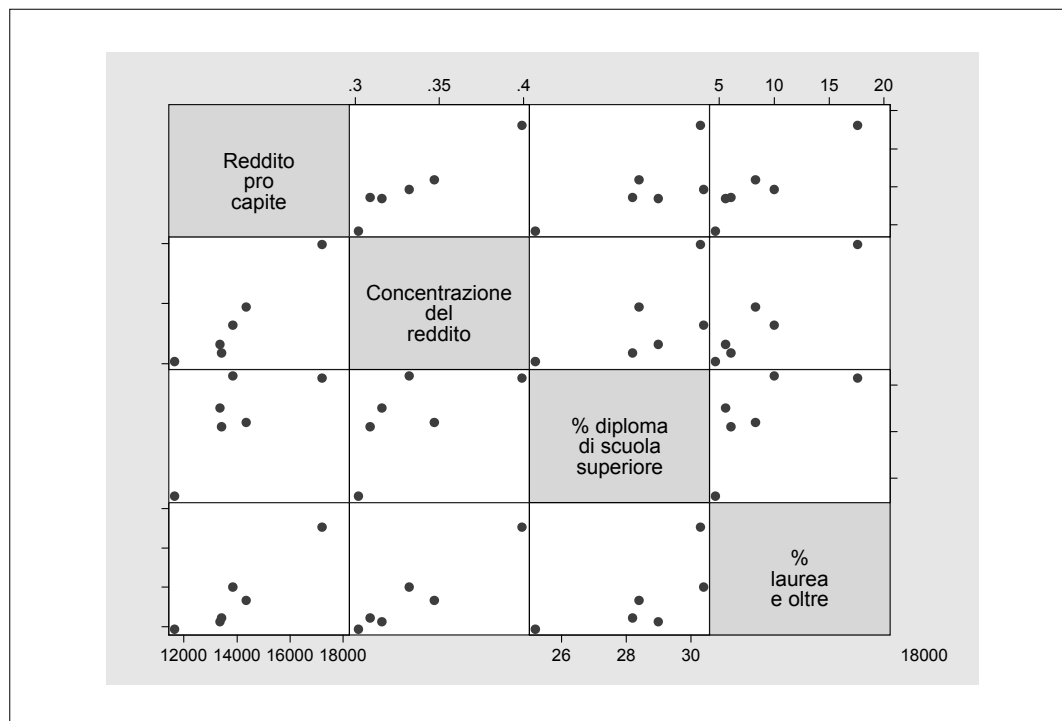


Figura 2
Scatterplot matrix. Unità di analisi: distretti

Figura 3
Scatterplot matrix. Unità di analisi: Comuni

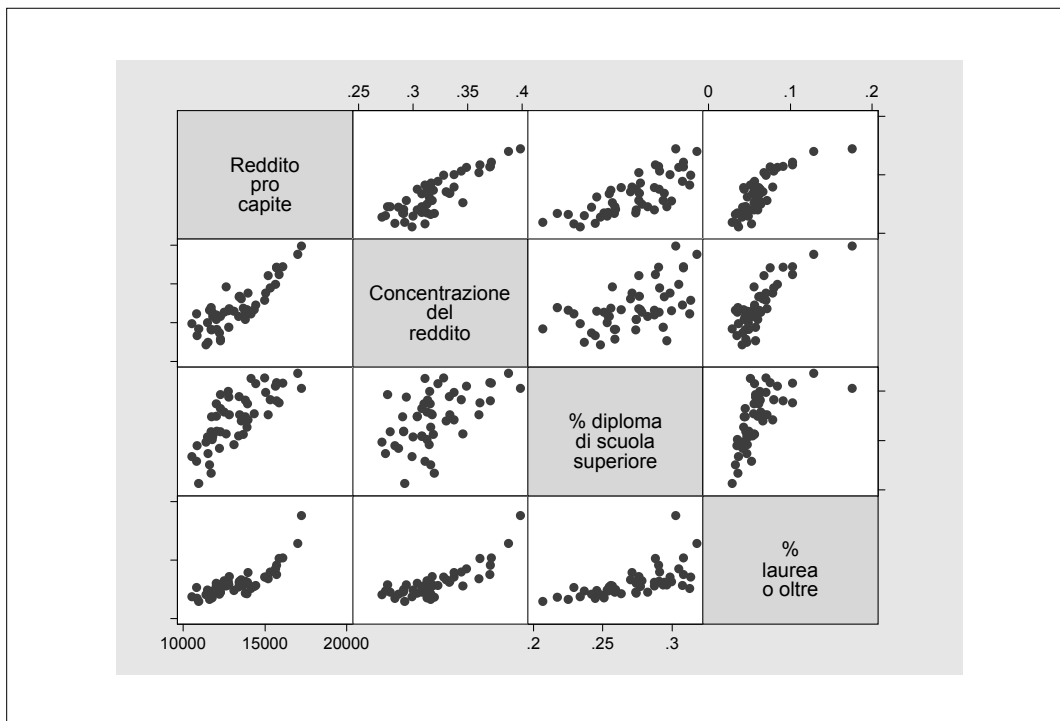
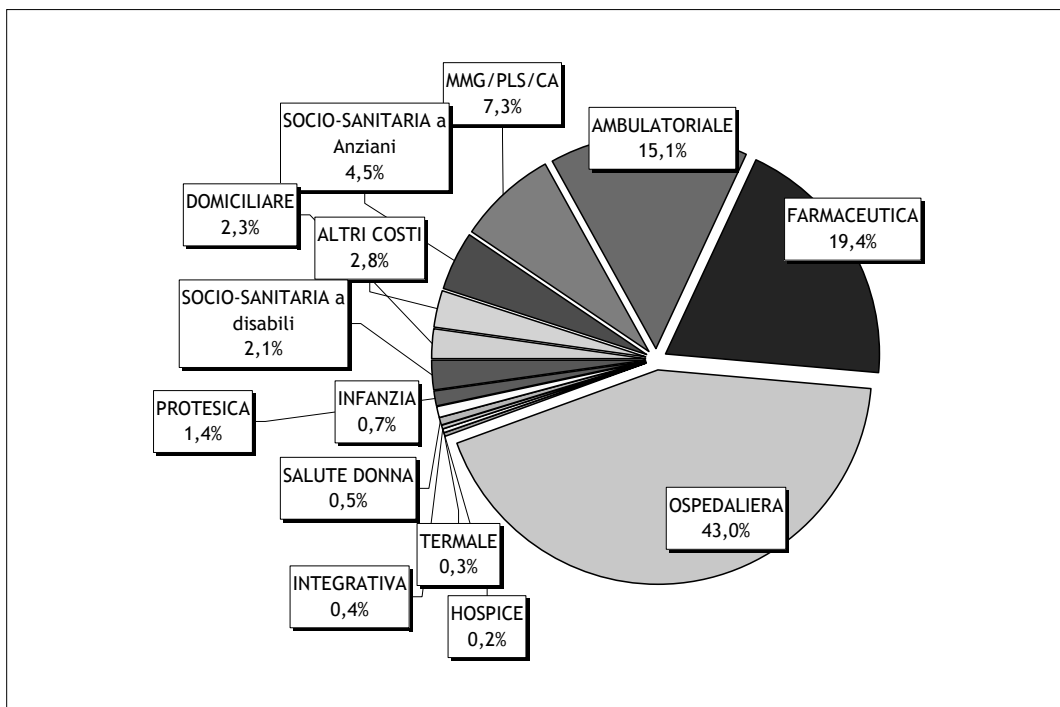


Figura 4
Composizione dei costi



Pediatri di libera scelta e Continuità assistenziale (7,7%), per l'assistenza socio-sanitaria ad anziani che include i costi per le strutture residenziali (Case protette e Residenze sani-

tarie assistenziali), semiresidenziali (Centri Diurni) e i consultori dedicati alle demenze senili (4,7%), per l'assistenza domiciliare (2,4%), per l'assistenza ai disabili in ambi-

to socio-sanitario (2,2%) e per la protesica (1,4%). I costi sostenuti per infanzia, salute donna, integrativa, termale e hospice hanno percentuali inferiori all'1%, mentre i costi generali del distretto, che includono anche la gestione dello Sportello unico, del Centro unico di prenotazione e del Punto di accesso, coprono il 2,9% della spesa. Questa distribuzione percentuale dei costi sul totale della spesa si conferma anche quando si esaminano i singoli distretti.

Anche valutando i costi procapite emerge come l'assistenza ospedaliera rappresenti sempre l'attività a maggior costo, con un valore pari a 586 € (565 € standardizzato) per residente (figura 5). La spesa farmaceutica e la specialistica ambulatoriale che, come sopra riportato, rappresentano i settori di attività territoriali più consistenti per valorizzazione economica, hanno un costo per cittadino rispettivamente di 266 € (256 € standardizzato) e 207 € (grezzo e standardizzato). Seguono i costi riconducibili ai Mmg-Pls e Ca pari a 100 € e all'assistenza socio-sanitaria per anziani pari a 61 €.

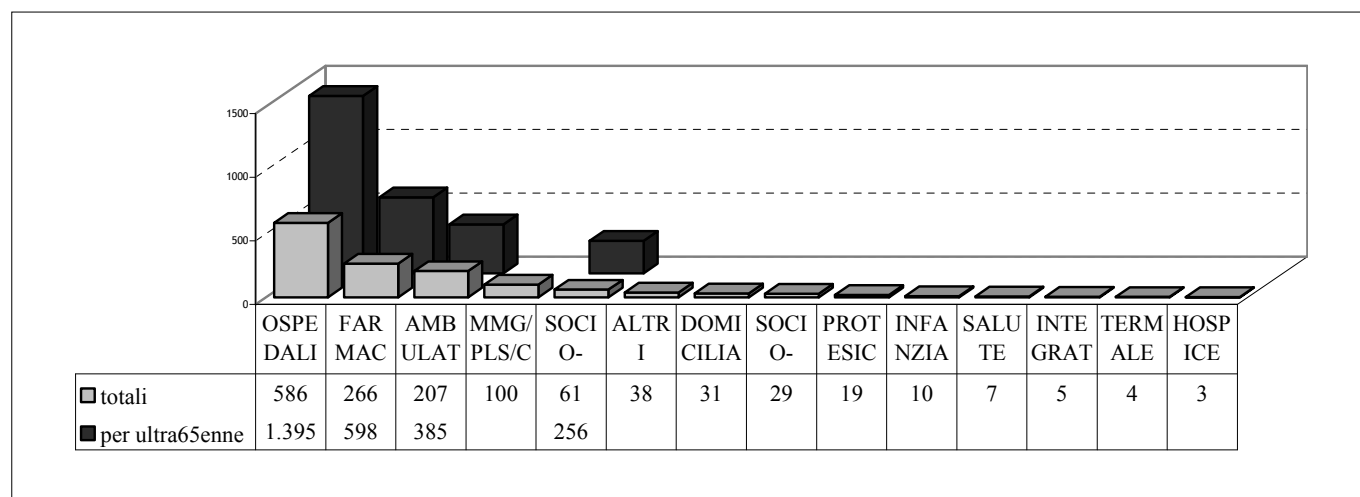
L'analisi dell'impatto della spesa per fasce d'età della popolazione evidenzia come alcuni livelli di assistenza assumano particolare rilevanza se rapportati al target di popolazione che li utilizza. Ad esempio, il valore procapite della farmaceutica calcolato sugli ultrasessantacinquenni (62% del valore totale) è oltre il doppio (598 €) rispetto al valore procapite calcolato su tutta la popolazione, così come quello del ricovero (1.395 €) e anche quello della specialistica ambulatoriale quasi raddoppia (44%; 385 €). Infatti, i consumi di specialistica e di ricovero tendono a crescere dopo i 40 anni, fino a raggiungere un punto di massimo compreso fra i 70 e gli 80 anni (Castaldini *et al.*, 2008). In ambito ospedaliero, il *case mix* diventa più complesso: il punto medio del ricovero passa da 1,12 a 1,22 se calcolato sui ricoveri effettuati dagli ultrasessantacinquenni.

La spesa sostenuta per gli anziani in ambito socio-sanitario, principalmente costituita dai costi legati alla residenzialità e alla semi-residenzialità, è pari a 256 € per ultrasessantacinquenne e sale a 503 € sugli ultrasessantacinquenni.

Confrontando il costo totale pesato di ogni distretto (tabella 1) si osserva che è il distretto di Casalecchio ad avere il costo totale più basso seguito dai due distretti di pianura, dal distretto di Porretta Terme, di San Lazzaro e da quello cittadino. Oltre alla valutazione sulla spesa sostenuta da ogni distretto, attraverso la costruzione di un indicatore di qualità globale dei costi, è stata valutata l'efficienza di ogni distretto nella gestione della spesa, indipendentemente dai costi effettivi di ogni livello di assistenza. Casalecchio, con il minor indice di qualità globale, è sempre il distretto che ottiene la migliore performance, seguito da Porretta Terme, Pianura Est, San Lazzaro, Pianura Ovest e Città di Bologna che si conferma il distretto che dal punto di vista economico presenta le performance più critiche.

La lettura trasversale dei costi procapite pesati per livello di assistenza ha permesso

Figura 5
Costi procapite per ambito assistenziale



	Casalecchio	S. Lazzaro	Pianura Est	Pianura Ovest	Porretta T.	Città di Bo
TOTALE COSTI REALI	133.437.216	96.192.824	184.584.332	98.030.486	74.296.070	555.654.913
TOTALE COSTO PESATO	175.909.642	185.564.589	179.222.697	181.329.718	179.618.760	192.004.011
INDICE DI QUALITÀ GLOBALE	2,14	2,39	2,34	2,40	2,25	2,48

Tabella 1

Totale costi per distretto e indice di qualità globale

di valutare gli ambiti territoriali in cui ogni distretto ha sostenuto i maggiori e i minori costi procapite (**figura 6**). Questa indicazione incrociata con i dati di attività, ha consentito di tracciare in modo più definito i profili caratterizzanti i sei distretti (**tabella 2**).

Nel *benchmarking*, infatti, emergono, tra un Distretto e l'altro, sistemi di offerta e di «consumo» di servizi differenziati nei vari ambiti presi in considerazione. Si noti, ad esempio, nel grafico a radar, la diversa collocazione rispetto ad alcuni servizi offerti e usufruiti dalla popolazione anziana ultrasessantacinquenne (**figura 7**).

Oltre alle condizioni socio-demografiche ed economiche, il fattore che sembra influenzare maggiormente il ricorso alle diverse tipologie di servizi sanitari e socio-sanitari è l'offerta. I sei Distretti presentano, infatti, una diversa dotazione di strutture intesa come numero di ambulatori, punti di Assistenza domiciliare integrata, posti-letto ospedalieri, posti-letto in Strutture protette e Centri diurni, ecc., cui corrisponde una differente intensità di utilizzo da parte dei cittadini.

Caratteristico è il distretto Città di Bologna, dove la vasta offerta di servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, in particolare per quanto riguarda l'area ospedaliera e ambulatoriale, associata a una popolazione di riferimento caratterizzata da un'alta presenza di anziani e grandi anziani, di stranieri e tossicodipendenti, sembra spiegare l'alto consumo di servizi da parte dei residenti, fino ad arrivare a un vero e proprio iperconsumo di prestazioni in alcuni ambiti quali il Pronto soccorso, l'ospedalizzazione, la specialistica ambulatoriale, per quanto riguarda la diagnostica complessa e la riabilitazione, e la residenzialità per disabili e anziani. Per contro, è basso l'utilizzo dei servizi che favoriscono la domiciliarità del paziente anziano: assistenza domiciliare integrata e assegno di cura, adesione alle campagne di prevenzio-

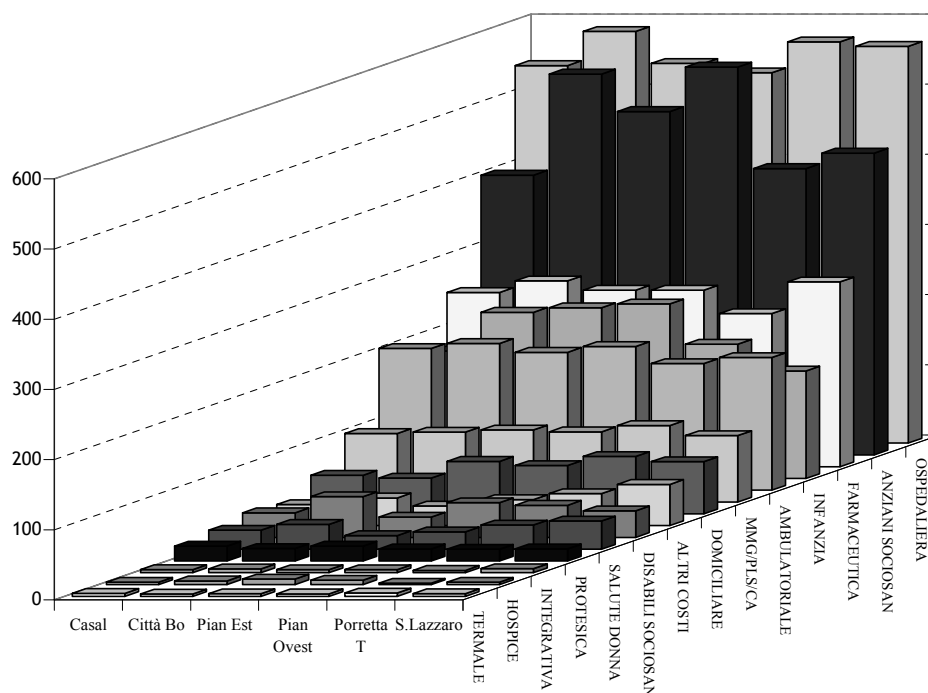
ne, che potrebbe essere collegato da un lato all'elevata percentuale di anziani che vivono soli e al basso livello di coesione sociale tipico delle aree urbane, che rendono difficoltosa l'assistenza a domicilio, e dall'altro alla scarsa adesione dei Medici di medicina generale (Mmg) a una delle tre forme di associazionismo, previste dal comma 3° art. 45 del contratto nazionale dei Mmg. In particolare, l'associazione dei Mmg in gruppo, per il distretto di Bologna, presenta ancora livelli insoddisfacenti (30,8%) rispetto agli altri distretti (es. 72,4% distretto di San Lazzaro). A questo iperconsumo di prestazioni contribuiscono, poi, un livello di istruzione e un reddito procapite fra i più alti della Regione Emilia-Romagna, che favoriscono una maggior attenzione dei cittadini alla propria salute. La ricerca della *second opinion*, anche al di fuori del proprio ambito territoriale, è un fenomeno frequente che genera la ripetizione di esami diagnostici, e facilita la saturazione dell'offerta disponibile nel sistema pubblico. Ne consegue che il distretto Città di Bologna ha i costi procapite pesati più alti dell'azienda, in particolare quelli legati all'assistenza ospedaliera e ambulatoriale.

All'estremo opposto si colloca il distretto di Casalecchio, che presenta una popolazione giovane, un alto livello di occupazione e un elevato reddito procapite e si caratterizza per una buona risposta dei residenti all'attività di prevenzione e un basso ricorso al Pronto soccorso e all'ospedalizzazione. Il costo per l'assistenza socio-sanitaria è significativamente inferiore alla media aziendale in relazione alla più bassa offerta distrettuale di posti letto per anziani in strutture residenziali e alla più alta in strutture semiresidenziali di tipo diurno a costo più contenuto.

I due distretti di pianura possono essere accomunati in un unico profilo socio-demografico, caratterizzato da una popolazione giovane, in parte trasferitasi dal capoluogo-

Figura 6

Costi procapite per ambito assistenziale e distretto



Dati di riferimento

	Casalecchio	Città di Bologna	Pianura Est	Pianura Ovest	Porretta Terme	San Lazzaro
OSPEDALIERA (standardizzata con metodo diretto)	538,2	586,9	541,1	527,9	572,0	565,6
SOCIO-SANITARIA a anziani (popolazione ultrasessantacinquenne)	398,8	542,9	489,6	552,8	408,3	430,2
FARMACEUTICA (standardizzata con metodo diretto)	248,3	265,0	251,5	251,6	218,2	263,5
INFANZIA (popolazione di 0-4 anni)	181,7	236,8	243,3	248,9	191,4	153,2
AMBULATORIALE (standardizzata con metodo diretto)	202,2	209,3	196,6	204,9	180,5	189,2
DI BASE-Mmg/Pls/Ca (popolazione totale)	97,8	99,7	102,9	100,1	109,0	94,7
DOMICILIARE (popolazione pesata ultraquarantacinquenne)	55,1	50,9	74,8	69,0	81,9	74,3
ALTRI COSTI (popolazione totale)	30,1	39,4	28,0	37,1	45,6	58,7
SOCIO-SANITARIA a disabili (popolazione 18-64 anni)	35,2	58,2	29,0	49,5	45,8	37,9
SALUTE DONNA (Popolazione femminile in età fertile)	26,9	35,3	19,4	24,7	34,4	40,3
PROTESICA (popolazione totale)	21,18	17,8	21,22	17,2	16,7	17,2
INTEGRATIVA (popolazione totale)	4,6	5,6	4,4	4,4	3,4	5,9
HOSPICE (popolazione pesata ultraquarantacinquenne)	3,3	5,2	7,9	6,3	1,9	3,4
TERMALE (popolazione pesata per età)	4,2	3,5	3,8	3,6	4,8	3,9

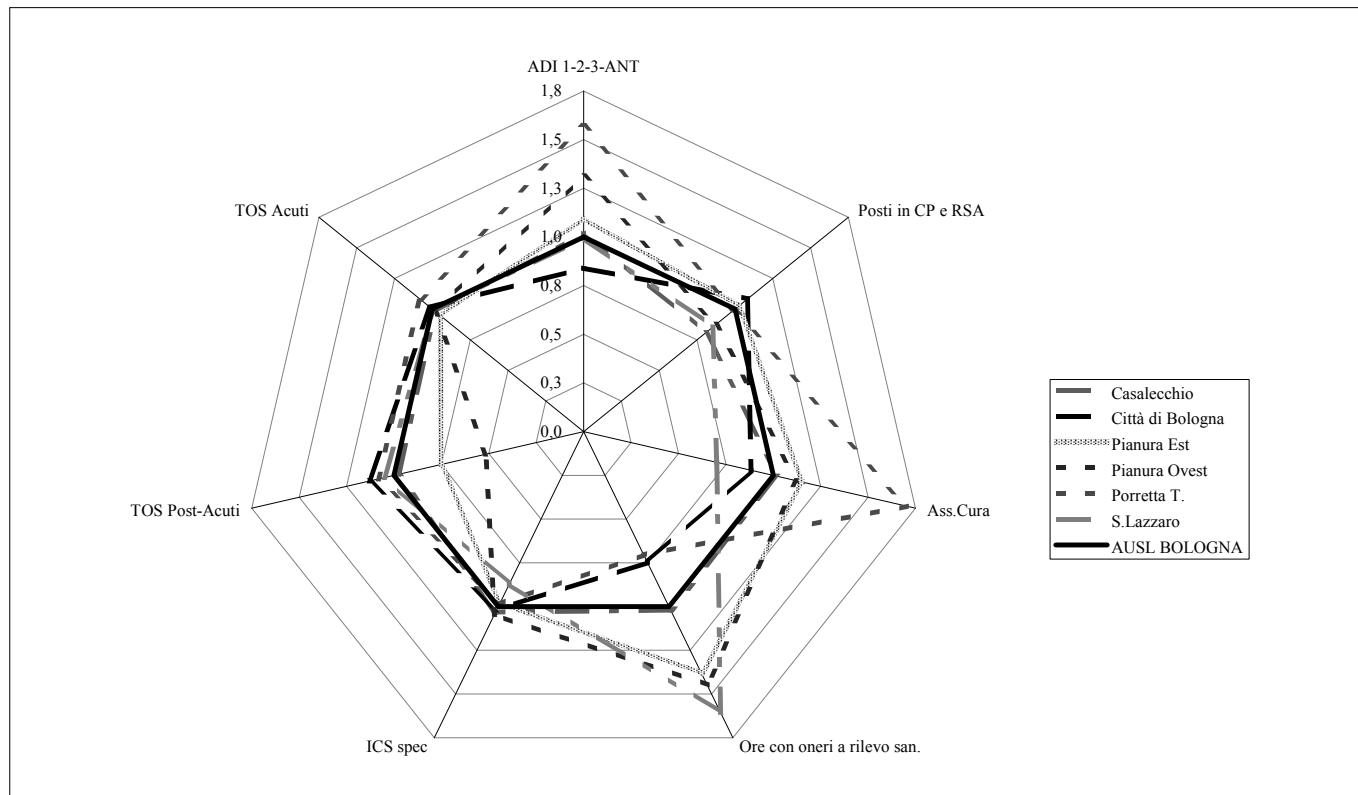
Tabella 2

Profilo dei sei Distretti

	Casalecchio	San Lazzaro	Pianura Est	Pianura Ovest	Porretta Terme	Città di Bologna
Anziani	Medio	Medio	Basso	Basso	Alto	Alto
Reddito	Alto	Medio	Medio	Basso	Basso	Alto
Istruzione	Medio	Alto	Medio	Basso	Basso	Alto
Prevenzione - screening	Medio	Medio	Alto	Alto	Basso	Basso
Prevenzione - antinfluenzale	Alto	Basso	Medio	Medio	Alto	Basso
Pronto soccorso	Basso	Medio	Basso	Medio	Alto	Alto
Ricoveri	Medio	Medio	Basso	Basso	Alto	Alto
Specialistica	Medio	Alto	Medio	Medio	Basso	Alto
Farmaceutica	Basso	Alto	Medio	Medio	Basso	Alto
Domiciliare	Medio	Basso	Medio	Alto	Alto	Basso
Residenzialità	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
Associazionismo di gruppo	Medio	Alto	Medio	Alto	Basso	Basso
Costi	Basso	Alto	Basso	Medio	Medio	Alto

Figura 7

Grafico radar. Confronti distrettuali su alcuni aspetti. Popolazione anziana ultrasessantacinquenne



go, con un livello di istruzione non molto elevato, ma con alto tasso di occupazione e un buon reddito procapite discretamente distribuito su tutta la popolazione. Il controllo sull'accesso al Pronto soccorso e al ricovero è buono, con un utilizzo del *Day Hospital* maggiore che negli altri distretti. Negli anni si è privilegiato un orientamento alla prevenzione e alla promozione di servizi di supporto alla domiciliarità (assistenza domiciliare, assegno di cura), ma soprattutto è stato promosso l'associazionismo medico fino alla sperimentazione di Nuclei di cure primarie avanzati. Anche se il basso ricorso al ricovero è stato compensato da un importante consumo di specialistica ambulatoriale e di farmaceutica i costi procapite restano contenuti.

Il distretto di Porretta ha una popolazione molto anziana, con la percentuale di stranieri più alta fra i sei distretti, superiore addirittura alla media regionale. Presenta, inoltre, i livelli più bassi di istruzione, tasso di occupazione e reddito procapite. L'attività di prevenzione promossa attraverso le campagne di *screening* è scarsa, mentre vi è una buona adesione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale negli anziani. È alto il ricorso al Pronto soccorso, all'ospedalizzazione e all'assistenza domiciliare, mentre è contenuto l'utilizzo della specialistica ambulatoriale, della protesica e della spesa farmaceutica. I costi procapite sono abbastanza elevati, soprattutto per l'elevato tasso di ospedalizzazione.

Il distretto di San Lazzaro presenta una popolazione giovane e la percentuale più bassa di cittadini stranieri. Ha un livello di istruzione alto, inferiore solo alla città di Bologna, e un reddito procapite elevato, con un tasso di occupazione superiore al valore medio provinciale. Buono è il livello di associazione dei medici di medicina generale che probabilmente favorisce un basso ricorso all'ospedalizzazione, mentre è elevato il consumo farmaceutico. Il distretto si caratterizza per un elevato utilizzo di prestazioni di riabilitazione, in presenza di una struttura dell'offerta riabilitativa elevata. La disponibilità di posti residenziali e l'erogazione degli assegni di cura sono inferiori alla media aziendale, ma non esistono problemi legati alle liste d'attesa. I costi procapite sono tra i

più elevati, a eccezione di quelli per l'infanzia e per l'assistenza ambulatoriale.

Attraverso una lettura congiunta di alcuni indicatori raccolti si è cercato di comprendere se le variabili socio-economiche abbiano una qualche influenza sui diversi livelli assistenziali e se esista un'interscambiabilità tra i diversi livelli di assistenza. I risultati indicano che la spesa farmaceutica procapite è, in modo significativo, moderatamente correlata con il valore procapite della specialistica ambulatoriale ($r = 0,46$; $p < 0,01$), con il reddito ($0,43$; $p < 0,01$), con il diploma di scuola superiore ($0,36$; $p < 0,05$) e con la laurea ($0,30$; $p < 0,05$). Per valutare l'influenza di queste variabili sulla farmaceutica il modello riportato in **tabella 3** è il migliore: all'aumento unitario del valore della specialistica ambulatoriale la spesa farmaceutica aumenta di 0,5 €.

Sono state effettuate ipotesi anche sull'assistenza specialistica ambulatoriale nelle sue componenti di spesa e di consumo. Il valore procapite della specialistica ha una relazione positiva e significativa con la spesa per protesica ($r = 0,46$; $p < 0,01$), il reddito ($0,39$; $p < 0,01$) e il diploma di scuola superiore ($0,34$; $p < 0,05$). Dal modello di regressione multiplo (**tabella 4**) si evidenzia il suo legame di dipendenza con alcune variabili socio-economiche: il valore della specialistica aumenta all'aumentare del reddito e della presenza di cittadini stranieri, mentre diminuisce all'aumentare del possesso della laurea. Il consumo è dipendente, oltre che dalle medesime variabili (**tabella 5**), dal diploma di scuola superiore. In entrambi i modelli si nota che, se si standardizzano i coefficienti di regressione, la variabile reddito risulta essere la più influente sulla variazione della specialistica ambulatoriale.

L'interpretazione del modello potrebbe indicare che all'aumentare del possesso del titolo di studio vi sia una diminuzione della specialistica «rimborsata» dal Ssn, con un aumento del fenomeno dell'*out of pocket* riferibile all'esigenza di scegliere il professionista e ridurre il tempo di attesa per ricevere la prestazione.

Ipotizzando che il potenziamento dei servizi territoriali incida sulla riduzione dell'ospedalizzazione, in quanto una parte di attività considerata di bassa complessità nel contesto ospedaliero può essere svolta, con maggior

Tabella 3

Stima del modello di regressione multiplo.
Variabile Dipendente:
Spesa farmaceutica

Indici di bontà di adattamento del modello	Number of obs	F	Prob > F	R-squared	Adj R-squared		Root MSE
		50	4,80	0,003 *	0,299	0,237	

Regressori	Coef.	Std. Err.	t	P > t	[95% Conf. Interval]		Beta
Valore specialistica	0,491	0,221	2,23	0,031 **	0,047	0,935	0,336
Tasso ospedalizzazione	0,004	0,002	1,92	0,062	0,000	0,008	- 0,133
Protesica	- 0,165	0,999	- 0,16	0,870	- 2,177	1,847	- 0,024
Reddito	- 0,269	0,273	- 0,99	0,329	- 0,008	0,280	0,266
Costante	138,002	62,078	2,22	0,031 **	12,972	263,032	-

* significativo all'1%; ** significativo al 5%.

Tabella 4

Stima del modello di regressione multiplo.
Variabile dipendente:
Valore specialistica ambulatoriale

Indici di bontà di adattamento del modello	Number of obs	F	Prob > F	R-squared	Adj R-squared		Root MSE
		50	4,22	0,005 *	0,273	0,208	

Regressori	Coef.	Std. Err.	t	P > t	[95% Conf. Interval]		Beta
Tasso di ospedalizzazione	- 0,108	0,185	- 0,58	0,562	- 0,48	0,296	- 0,078
Reddito	0,009	0,003	3,46	0,001 *	0,003	0,015	0,898
Laurea	- 335,461	158,106	- 2,12	0,039 **	- 6,605	- 0,160	- 0,494
Stranieri	2,301	1,103	2,09	0,043 **	0,022	4,525	0,307
Costante	91,059	46,402	1,96	0,056	- 20,921	188,198	-

* significativo all'1%; ** significativo al 5%.

Tabella 5

Stima del modello di regressione multiplo.
Variabile dipendente:
Consumo specialistica ambulatoriale

Indici di bontà di adattamento del modello	Number of obs	F	Prob > F	R-squared	Adj R-squared		Root MSE
		50	6,230	0,000 *	0,414	0,348	

Regressori	Coef.	Std. Err.	t	P > t	[95% Conf. Interval]		Beta
Tasso di ospedalizzazione	- 0,013	0,015	- 0,91	0,366	- 0,043	0,016	- 0,115
Reddito	0,001	0,000	5,14	0,000 *	0,001	0,002	1,369
Diploma di scuola superiore	- 26,480	9,970	- 2,66	0,011 **	- 46,574	- 6,385	- 0,486
Laurea	- 47,5956	12,210	- 3,9	0,000 *	- 72,202	- 22,989	- 0,825
Stranieri	0,305	0,085	3,57	0,001 *	0,133	0,477	0,479
Costante	10,225	3,961	2,58	0,013 **	2,241	18,209	-

* significativo all'1%; ** significativo al 5%.

Indici di bontà di adattamento del modello	Number of obs	F	Prob > F	R-squared	Adj R-squared	Root MSE
	50	4,36	0,018 **	0,1564	0,1205	11,786

Regressori	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf. Interval]		Beta
Farmaceutica	- 0,082	0,071	- 1,15	0,256	- 0,225	0,061	- 0,017
Diploma di scuola superiore	- 1,416	0,667	- 2,12	0,039 **	- 2,757	- 0,075	- 0,305
Costante	199,146	20,209	9,87	0,000 *	158,859	240,170	-

* significativo all'1%; ** significativo al 5%.

appropriatezza, nel territorio, riservando al ricovero il trattamento delle fasi acute della malattia, si è cercato di costruire un modello che consenta di spiegare eventuali interdipendenze tra il tasso di ospedalizzazione e le variabili presenti nello studio, considerando sia quelle di contesto che quelle relative al consumo di prestazioni. L'analisi delle correlazioni, effettuata sui Comuni, evidenzia un moderato legame lineare negativo significativo tra tasso di ospedalizzazione e spesa per protesica ($r = -0,31$; $p < 0,05$), diploma di scuola superiore ($-0,36$; $p < 0,01$), reddito ($-0,28$; $p < 0,05$), al limite della significatività con la farmaceutica ($-0,28$; $p = 0,05$); mentre non sembrano esserci relazioni tra ospedalizzazione e assistenza specialistica. Il modello di regressione multipla che meglio esplica la variabile dipendente tasso di ospedalizzazione è riportato in **tabella 6**; interpretando i coefficienti si nota che l'ospedalizzazione diminuisce al crescere del livello di istruzione di scuola secondaria superiore, mentre non è significativa la dipendenza dall'assistenza farmaceutica.

Al fine di testare l'effettivo scambio di assistenza fra ospedale e territorio l'analisi è stata spostata dai Comuni ai Nuclei di cure primarie. In questo ambito il tasso di ospedalizzazione è stato correlato con la percentuale dei Medici associati e di coloro che operano in gruppo, con la percentuale dei pazienti diabetici arruolati nel progetto diabete e con la domiciliarità, intesa sia come tasso di assistenza domiciliare integrata, sia come assistenza domiciliare programmata. Dai risultati dell'analisi delle correlazioni non emerge alcun legame significativo tra le variabili esaminate e anche restringendo il

focus sui pazienti anziani non vi è evidenza di un collegamento tra l'assistenza ospedaliera e le forme di assistenza territoriale qui esaminate. In particolare il tasso di ospedalizzazione sembra non essere influenzato né dalla quota di Mmg in gruppo né dall'utilizzo della prevenzione.

Benché i modelli stimati spieghino percentuali ridotte, tra il 16% e il 41%, della variabilità della variabile dipendente, in quanto il processo di generazione della domanda è complesso e influenzato da molteplici determinanti non sempre riconoscibili, hanno comunque permesso di valutare l'impatto dei regressori.

6. Discussione

La presenza di molteplici fattori che inducono una domanda di servizi sempre maggiore e non esclusivamente di tipo sanitario rende fondamentale nel governo della salute il ruolo degli enti locali e dei Distretti in un'ottica di programmazione e di coordinamento dei molteplici soggetti erogatori che operano sul territorio (Guzzanti, 2009).

Sia i risultati di questo lavoro sia la letteratura evidenziano come il territorio assorba una percentuale sempre più elevata di risorse. L'incremento di investimenti per il potenziamento dei servizi territoriali, collegato anche al modello interpretativo dei vasi comunicanti (Longo, 2008a), secondo il quale i livelli di assistenza sono, almeno in parte, intercambiabili e compensativi, dovrebbe ridurre il ricorso all'ospedalizzazione, più costosa e meno appropriata per alcuni tipi di bisogno. L'osservazione delle realtà distrettuali dell'Azienda Usl di Bologna mostra che

Tabella 6
Stima del modello di regressione multiplo.
Variabile dipendente:
Tasso di ospedalizzazione

questo fenomeno è possibile, ma non automatico, in quanto è evidente che a determinare l'adesione dei cittadini all'offerta di servizi che potrebbero e/o dovrebbero essere in parte reciprocamente alternativi (es. assegno di cura, centro diurno, casa protetta, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale vs. ospedalizzazione) concorrono molteplici fattori che devono essere individuati e governati.

Le condizioni socio-ambientali hanno sicuramente inciso sulle scelte politiche locali in risposta ai bisogni della popolazione residente, determinando nel tempo diversificate modalità di offerta e utilizzo di servizi fra un distretto e l'altro, fino a ipotizzare che l'offerta condizioni il consumo di servizi attraverso un meccanismo di feedback in cui la fidelizzazione dell'utenza ai servizi disponibili, generando un aumento della domanda, ne stimoli l'ulteriore potenziamento. Nella consapevolezza che le specificità rilevanti sono frutto della storia dei singoli territori e che un'operazione di omogeneizzazione delle modalità di risposta ai bisogni reali della popolazione poco si addice a un contesto così diversificato, è necessario comunque riconoscere e valorizzare le soluzioni virtuose di ogni distretto per riprodurle, ove possibile, negli altri e interrogarsi sulle possibili cause di inefficienza per attivare processi di trasformazione positiva. Per questo motivo occorre approfondire l'analisi nell'ambito di ciascun distretto per identificare i settori nei quali il ricorso ai servizi è dettato da comportamenti che si sono consolidati nel tempo, piuttosto che da modalità appropriate di risposta ai bisogni. In questi casi interventi di riconversione dell'offerta, accompagnati da

adeguati programmi di *empowerment* del cittadino, potrebbero conciliare una maggiore appropriatezza della risposta al bisogno con una migliore efficacia nell'allocazione delle risorse. L'ambiente, infatti, è una «fonte di variabilità che deve essere governata e assorbita per potere garantire il funzionamento del sistema aziendale nelle condizioni previste e secondo le priorità stabilite» (Del Vecchio, 2008).

Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione prestata alla ricerca Luca Barbieri, Maria Cristina Cocchi, Marianna Colombo, Saverio Di Ciommo, Mara Morini e Fausto Trevisani, Direttori dei Distretti dell'Azienda USL di Bologna, Stefano Fugazzi, collaboratore dell'UO Pianificazione strategica, Azienda USL di Bologna e Niccolò Cavazza, ricercatore presso il Dipartimento di Matematica dell'Università di Bologna.

Note

1. Laboratorio di ricerca Fiaso «Governo del territorio»: modelli e risultati nello sviluppo dei servizi territoriali: una *survey* comparativa tra 13 Ausl rappresentative. Il Laboratorio è stato effettuato con la collaborazione del CERGAS-Università Bocconi nel corso del 2008.
2. «Processo continuo di misurazione di prodotti, servizi e prassi aziendali, mediante il confronto con i concorrenti più forti, o con le imprese leader di un settore» (Camp, 1991).
3. L'Azienda USL di Bologna ha delineato con la CTSS una strategia unitaria per lo sviluppo delle Cure primarie. Tali indirizzi prevedono, in primo luogo, la costituzione e valorizzazione dei Nuclei di cure primarie (NCP) quale organizzazione di base di tutto il sistema dell'assistenza primaria.
4. Uno strumento utile per rappresentare le variabili quantitative è fornito dalla matrice di diagrammi di dispersione (*scatterplot matrix*). Ogni *scatterplot* mostra la relazione fra due variabili alla volta ed evidenzia la relazione eventualmente esistente tra ogni coppia di variabili, evidenziando anche se essa può ritenersi almeno approssimativamente lineare.

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

- ANESSI PESSINA E., LONGO F. (2008), «30 anni di storia delle aziende del SSN: quali coerenze tra evoluzioni delle missioni e sviluppo degli strumenti di governo?» in N. Falcitelli, G.F. Gensini, M. Trabucchi (a cura di), *1978-2008: trent'anni di SSN e di Fondazione Smith Kline*, Il Mulino, Bologna.
- BIOCCA M., GRILLI R., RIBOLDI B. (a cura di) (2008), *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- CASTALDINI I., DANIELLI A., GRAZIA L. et al. (2008), «La specialistica ambulatoriale nell'Azienda Usl di Bologna: prime evidenze di uno studio», *Mecosan*, 67, pp. 53-70.
- CAMP C.R. (1991), *Benchmarking. Come analizzare le prassi delle aziende migliori per diventare i primi*, Editoriale Itaca, Milano.
- CASATI G., DI GHIONNO E., DI VINCENZO F. et al. (2008), «L'evoluzione dei sistemi di valutazione delle performance dei servizi sanitari. Il caso della regione Abruzzo», *I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, VII (20), pp. 15-57.
- DEL VECCHIO M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- DEMO ISTAT, <http://demo.istat.it/>
- FATTORE G. (2008), «Politica, aziende, professionisti e pazienti: trent'anni di governo del Servizio sanitario nazionale». *Politiche Sanitarie*, 9(4), pp. 173-182.
- GUZZANTI E. (a cura di) (2009), *Assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Iniziative Sanitarie, Roma.
- JENKS G.F., CASPALL F.C. (1971), «Error on Choroplethic Maps: Definition, Measurement, Reduction», *Annals of the Association of American Geographers*, 61(2), pp. 217-244.
- LONGO F. (2001), «Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio sanitario e sanitario», *Mecosan*, 10(37), pp. 59-68
- LONGO F., SALVATORE D., TASSELLI S. (2008), «Le nuove missioni delle Ausl tra governo della produzione e dei consumi: un'analisi dei sistemi di controllo direzionale», *Mecosan*, 66, pp. 9-19.
- LONGO F., SALVATORE D., TASSELLI S. (a cura di) (2008a), *Risultati dal Laboratorio di Ricerca. Un modello per il governo del territorio delle Aziende Sanitarie*, Ed. Economia Sanitaria srl, Milano.
- NUTI S. (2008), «La valutazione come metodo di lavoro: il sistema adottato dalla Regione Toscana», *I Quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, VII (20), pp. 87-108.
- TASSELLI S. (2008), «Governo clinico del territorio. L'attività di ricerca del Laboratorio Fiaso-Cergas», *CARE online 4 Dossier*, luglio/agosto 2008.
- WILKINSON R., MARMOT M. (a cura di) (2003), *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd edition, World Health Organization, Copenhagen.

Normativa

- LEGGE 23 DICEMBRE 2005, n. 266, «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)», *Gazzetta Ufficiale*, n. 302 del 29 dicembre 2005, Supplemento ordinario, n. 211.
- DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», *Gazzetta Ufficiale*, n. 305 del 30 dicembre 1992, Supplemento ordinario.
- DELIBERAZIONE DELL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, n. 175 DEL 22 MAGGIO 2008, «Piano sociale e sanitario Regione Emilia-Romagna 2008-2010», *Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna*, n. 92 del 3 giugno 2008.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA. LEGGE REGIONALE 12 MARZO 2003, n. 2, «Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA. LEGGE REGIONALE 12 MAGGIO 1994, n. 19, «Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517».
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA. LEGGE REGIONALE 23 DICEMBRE 2004, n. 29, «Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale».
- ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

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

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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

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.

Rapporti/Atti

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

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**.

Public eProcurement: definire, misurare e ottimizzare i benefici

FRANCESCO GARDENAL

This paper analyze how eProcurement could impact the purchasing process of Public Entities, aiming to propose a model to capture and quantify performance benefits among organizations. Taking the moves from a review of existing literature about eProcurement and the impacts of IT-based innovations, the author comes to examine the critical factors of success and precisely to define the six main impact dimensions of electronic procurement. The central contribution of this paper is a model, consisting of a specific measurement framework for each impact dimension and a cockpit, used to monitor the performance of procurement personnel and the overall effect of eProcurement adoption. This model has been applied through an analysis of the public healthcare sector within Lombardia Region, the results are herewith exposed.

Keywords: public e-procurement, innovation and change management, performance measurement

Parole chiave: appalti pubblici online, gestione dell'innovazione e del cambiamento, misurazione performance

Note sugli autori

Francesco Gardenal è MSc in Economics and Management of Public Administration and International Institutions, Università Bocconi e membro della Unità della Centrale Regionale Acquisti, Lombardia Informatica S.p.A.

1. Introduzione

Per *eProcurement* s'intende quell'insieme di strumenti, tecnologie e soluzioni organizzative a supporto del processo d'acquisto, con particolare riferimento alla possibilità di espletare procedure di gara e aste *online* (*eTendering* e *eAuctioning*). Questo articolo indaga come l'*eProcurement* interagisca con il ciclo di approvvigionamento degli enti pubblici e quali impatti vi possa produrre, con l'obiettivo di definire un modello volto alla quantificazione dei benefici derivanti da questa innovazione e, più in generale, alla misurazione delle performance delle aree acquisti degli enti pubblici.

Per raggiungere questo obiettivo vengono trattati i temi relativi al ruolo del *Public eProcurement* nel rinnovamento dei processi d'acquisto: a partire da una rassegna della letteratura, sia sull'*eProcurement* in generale che sui suoi impatti, si individueranno i fattori critici di successo per innescare i benefici legati agli strumenti d'acquisto telematici. Si arriverà quindi a definire in modo puntuale le sei dimensioni d'impatto sulle performance aziendali derivanti dall'uso delle piattaforme per gli acquisti *online*: *efficienza, efficacia, trasparenza, competitività, governance e dematerializzazione*.

Ognuna di queste sei dimensioni d'impatto, descritta da un *framework* di indicatori, è oggetto del modello di misurazione delle performance, che rappresenta il contributo principale di questo studio. Un simile modello, finora mancante in letteratura, verrà descritto sia in termini di caratteristiche intrinseche, che di modalità d'uso. Si illustreranno inoltre i risultati della prima rilevazione, effettuata con la metodologia così predisposta,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Acquisti *online*
3. Impatti dell'*eProcurement*
4. Modello di misurazione delle performance
6. Test del modello sul sistema sanitario lombardo
7. Conclusioni

sugli enti sanitari aventi sede in Lombardia. I dati evidenzieranno gli interessanti benefici che questo settore sta già riscontrando, grazie all'uso delle piattaforme telematiche per gli acquisti, sebbene l'introduzione di questi strumenti sia molto recente.

2. Acquisti online

La letteratura e i contributi di ricerca specifici sul tema dell'*eProcurement* e sull'introduzione di questi sistemi, nel settore privato e (soprattutto) nella pubblica amministrazione, hanno cominciato a svilupparsi solo recentemente. I primi lavori dedicati a questo tema risalgono alla fine degli anni '90 e già delineano l'importanza dell'informatizzazione dei processi d'acquisto e della misurazione dei vantaggi con essa ottenibili. Tuttavia, il concetto di approvvigionamento online non è recente.

Già negli anni '80 e nei primi anni '90, infatti, molte aziende usavano la tecnologia *electronic data interchange (EDI)* per trasmettere informazioni come ordini d'acquisto, fatturazioni delle merci, notifiche di vario genere (Lin, Jones, 1993). Agli inizi del 2000, l'uso dell'EDI per raggiungere l'integrazione desiderata tra gli attori della filiera produttiva era già molto diffuso a livello globale, anche nelle pubbliche amministrazioni (Roche, 2001) e in Italia, soprattutto nella sanità (Mele, Nasi, 2000).

Il termine *eProcurement* nasce alla fine degli anni '90 dagli studi sull'*e-commerce*, che si può definire come lo scambio di «informazioni d'affari» attraverso l'utilizzo di strumenti dell'*information technology* (IT) come Internet, l'*Electronic data interchange (EDI)*, l'*electronic mail (e-mail)* e l'*Electronic funds transfer (EFT)* (Wittig, 1999). Wayne Wittig parla di *eProcurement*, delineando un piano di professionalizzazione del *procurement*, basato sulla formazione del personale, sulla costituzione di un *provider network* efficace tramite nuove tecnologie e soluzioni organizzative, sulla definizione di standard professionali e certificazioni riconosciute a livello internazionale, sul monitoraggio costante dei risultati. Questo contributo evidenzia, dunque, che *eProcurement* non significa solo tecnologia, ma anche (e soprattutto) innovazione dei processi interni

e delle relazioni di network con i fornitori e le altre organizzazioni.

In questa stessa direzione si muove lo studio di Jerry Mechling (2000) quando osserva che la riforma del processo d'acquisto della P.A. dovrebbe realizzarsi attraverso un maggiore coordinamento che faccia uso delle reti informatiche: l'utilizzo di una struttura interattiva potrebbe consentire alla P.A., pur mantenendo una solida struttura di controllo, di ridurre i passaggi e le procedure ridondanti.

Come evidenziano questi autori, l'*eProcurement* deve essere valutato in tutta la sua complessità che comprende l'ampio vantaggio degli obiettivi di questa innovazione: razionalizzare la spesa, ridurre la «confusione amministrativa» e i costi, aumentare l'efficienza operativa, aiutare le organizzazioni ad aumentare la propria visione di *network* e di collaborazione tecnologica con i partner di business, fino all'intera *automazione* del processo di acquisto (Croom, 2000; Gamble, 1999; Greenemeier, 2000; Murray, 2001). Per raggiungere questi obiettivi, l'introduzione dell'*eProcurement* deve però essere accompagnata da una complessiva revisione dei processi che comprenda l'accurata selezione dei fornitori, la negoziazione strategica dei contratti, il monitoraggio delle performance sia del *buyer* che del *supplier*. Oltre a ciò è necessario muovere verso l'utilizzo sistematico dell'innovazione tecnologica, tramite l'impostazione di un flusso continuo di attività d'acquisto elettroniche per importanti volumi di spesa (Ramayah, Zbib, Jantan, Koh, 2006).

2.1. *eProcurement* e processi organizzativi

I vantaggi e gli svantaggi che le innovazioni basate sull'*information technology* recano alle organizzazioni hanno stimolato in tempi recenti molti lavori di ricerca che indagano questi impatti sotto diversi punti di vista.

Thomas H. Davenport (1997), individua nove principali gruppi di effetti specifici dell'IT sui processi organizzativi: *automatizzanti* (eliminano o riducono drasticamente il lavoro delle risorse umane), *informativi* (generano maggiori informazioni e consentono di comprenderle meglio), *sequenziali* (modificano la sequenza dei processi e le

attività che li compongono), *di controllo* (migliorano il monitoraggio), *analitici* (migliorano la conoscenza dei fenomeni), *geografici* (aumentano la capacità di coordinare processi remoti), *integrativi* (assicurano il coordinamento tra compiti e processi), *intellettuali* (catturano e diffondono conoscenze), *disintermedianti* (riducono ridondanze e fasi intermedie).

Nel suo *eGovernment in azione*, Kim Andersen porta l'analisi a un livello più alto, sostenendo che l'*Information Technology* produce effetti diretti sulle *capacità organizzative*, in termini di efficacia ed efficienza dei processi, e sulle *interazioni organizzative*, sul coordinamento e sulla cooperazione, sui modelli di interazione, sul controllo interno e sul potere organizzativo.

Inoltre, diversi studi hanno affrontato il caso specifico dell'*eProcurement* con riferimento alle diverse esperienze riscontrabili nel settore privato. Non ci soffermeremo su questi lavori, in quanto il focus di questo articolo è sulla P.A., tuttavia, dato che fin dalle prime esperienze le aziende hanno riportato casi di evidenze positive, si citano in seguito alcuni contributi sui benefici ottenuti.

Per quanto riguarda i benefici prettamente *economici*, uno studio dell'Aberdeen Group,¹ ha indicato che grazie agli acquisti «elettronici», le imprese hanno mediamente ottenuto un incremento dello sconto sui prezzi d'acquisto pari al 5-10%, il 25-50% di riduzione degli stock in magazzino e dei costi di gestione, una riduzione di 5 giorni della durata del ciclo d'acquisto e un risparmio di ca. il 40% sui costi amministrativi legati a ogni procedura (Brack, 2000). Altre indagini recenti, riportano che un'impresa può raggiungere un ROI del 30% nei primi 2-3 anni, attraverso l'implementazione dell'*eProcurement* (Corini, 2000) e che un'azienda «tipica» può risparmiare il 10-20% dei costi totali d'acquisto (Jones, 2000).

I benefici *extraeconomici* possono essere così individuati: interazione con i *supplier* più rapida e dinamica, accesso immediato a prezzi e offerte aggiornate, possibilità di «shopping comparato», accesso 24x7, riduzione dell'uso di carta, gestione della *supply chain* semplificata, ordini e consegne più rapidi, maggior coordinazione delle funzioni di *procurement*, identificazione di nuovi fornitori, tracciabilità della spesa e, in generale,

aumento di efficacia, efficienza e qualità del lavoro (Heywood, Barton, Heywood, 2002; Brandon-Jones, Van Raaij, 2002).

I buoni risultati in termini di *risparmi economici*, se trasferiti nel settore pubblico,² costituirebbero una vera e propria rivoluzione per le singole amministrazioni e per l'intero sistema, se si considera che gli acquisti del settore pubblico dalle aziende private valgono più del 10% del prodotto interno lordo delle nazioni più sviluppate. In particolare per il comparto della sanità italiano, la spesa sostenuta per gli acquisti di beni e servizi è stimata intorno al 20% della gestione economico-finanziaria dell'ente sanitario (Mele, Nasi, 2000).

È molto rilevante per la P.A. la capacità dell'*eProcurement* di generare *risparmi di processo*, grazie a una significativa riduzione dei *costi transattivi* (Cooter, Mattei, Monasteri, Pardolesi, Ulen, 1999) legati a tempi, sforzi organizzativi e conoscenze tecniche necessari per attività quali la ricerca del fornitore con i requisiti richiesti, la negoziazione dei termini, la redazione e il rispetto delle clausole contrattuali. Questi costi derivano in genere da esternalità, da asimmetrie informative e da condizioni di monopolio che l'utilizzo delle nuove tecnologie aiuta a scardinare (Bertini, Sciandra, 2001).

Esistono quindi due costi legati all'acquisto: il costo diretto del bene o servizio acquistato e il costo indiretto di processo/amministrativo della funzione acquisti: l'*eProcurement* può avere un impatto cruciale su entrambi (Heywood, Barton, Heywood, 2002) (figura 1).

2.2. Innescare il cambiamento nel settore pubblico

L'innescare dei benefici dell'*eProcurement* nel settore pubblico è un obiettivo sfidante, richiede un serio *commitment* sul *re-engineering* dei processi e sul *change management*: è necessario formare competenze specifiche e la capacità di selezione dei responsabili dei processi d'acquisto in grado di garantire tale «impegno» (Iaselli, 2005).

L'*eProcurement*, sebbene sia un'attività di *supporto*,³ rientra a pieno titolo nelle più ampie progettualità di *public process re-engineering*,⁴ volte alla fornitura di servizi e informazioni migliori, più rapidi e meno

Risparmi economici	Risparmi di processo
1. Riduzione dei prezzi d'acquisto	1. Riduzione del tempo impiegato per una procedura di gara
2. Riduzione dei costi di magazzino, tramite una più efficiente gestione automatizzata	2. Più semplice accesso e comprensione delle fonti informative e dei processi
3. Risparmio direttamente legato alla riduzione dei costi amministrativi (stampe, invii, archiviazione, eventualmente ore di lavoro degli impiegati)	3. Aumento del tempo a disposizione per attività a «valore aggiunto» come la predisposizione della strategia di gara

Figura 1

Benefici potenziali dell'*eProcurement* al ciclo di approvvigionamento di un'organizzazione

costosi a imprese, cittadini, *decision maker* (Andersen, 2005). Altri autori (Champy, 2002) sostengono che per la P.A. è preferibile un approccio *cross-engineering*, che attenua la forza d'urto tipica del BPR (*business process re-engineering*) originario, tramite una rinnovata attenzione verso la tecnologia, le relazioni di network, l'efficienza e la creazione di valore, unitamente a un'analisi costi benefici condotta «a livello umano».

Venkatesh e Bala (2008), rielaborando il *technology acceptance model* (TAM) di Davis (1989), descrivono due variabili di mediazione che influenzano le intenzioni d'uso, e l'uso vero e proprio di una determinata innovazione: la *perceived usefulness* e la *perceived ease-of-use*. Al fine di introdurre nuove tecnologie nel settore pubblico, rilevano due determinanti, la «norma soggettiva» e la «computer anxiety» rispettivamente della prima e della seconda variabile. La *norma soggettiva* descrive come una persona percepisca che altre persone, per lui importanti, ritengano che debba usare la nuova tecnologia, ciò si può tradurre nell'importanza del *commitment istituzionale* nei confronti dell'introduzione dell'innovazione, che deve essere diffuso a tutti i livelli dell'organizzazione. Con *computer anxiety* ci si riferisce all'«ansia» che il personale può percepire di fronte a una tecnologia poco o non conosciuta (come, nel caso dell'*eProcurement*, può essere una piattaforma telematica), gli autori notano che l'effetto negativo di questa determinante sull'uso del nuovo strumento cresce in modo direttamente proporzionale al crescere dell'età delle persone sulle quali viene

rilevata (l'età media dei dipendenti pubblici italiani è di circa 45 anni, fonte: Istat, 2002).

Con riferimento agli acquisti, il Progetto LADAC, laboratorio sulla diffusione delle innovazioni, gestito dal Formez, ha definito le resistenze al cambiamento che possono essere riscontrate nella P.A.:

- prevalenza del *know-how* amministrativo, piuttosto che gestionale;
- parziale integrazione tra struttura centrale per gli acquisti e strutture di *line*;
- uso di procedure garantiste e tradizionali, con approccio burocratico/amministrativo;
- debolezza dei processi di programmazione e controllo dei fabbisogni, non sono presenti meccanismi accurati di *budgeting* e stima dei fabbisogni;
- mancanza di un sistema di *reporting* articolato e affidabile.

La reale innovazione dei processi d'acquisto, e più in generale del ciclo d'approvvigionamento degli enti pubblici, tramite nuove tecnologie come l'*eProcurement*, è dunque una sfida complessa. Per sfruttare correttamente le tecnologie nella P.A., al fine di migliorare i processi e le potenzialità organizzative, Andersen individua un *mix* di azioni: ordinare gli *asset* tecnologici a disposizione e allinearli alle esigenze di chi dovrà utilizzarli; orientare le tecnologie al risultato finale; muovere verso un utilizzo «avanzato» degli strumenti; consapevolezza della «dimensione digitale» delle persone fisiche e dei confini organizzativi; cambiamenti radicali e su base continua delle strutture e delle routine in essere.

Per quanto riguarda l'innovazione del settore degli acquisti, e con riferimento al comparto della sanità italiano, oggetto dell'analisi presentata in questo articolo (§ 5), al fine di definirne i fattori critici di successo, viene ripreso da Nasi (2005) il paradigma *people - process - technology*. Le *tecnologie*, come i siti *web*, gli *Erp*, la sicurezza dei sistemi, la firma digitale. I *processi*, cioè la reingegnerizzazione dei processi organizzativi interni all'azienda e l'adozione di standard e codifiche riconosciute internazionalmente. Le *persone*, serve un'opera di sensibilizzazione e formazione, finalizzata alla condivisione di logiche di *networking* e aggregazione. A

Technology	Disponibilità di un'adeguata infrastruttura IT Integrazione tra diversi applicativi (es. piattaforma <i>eProcurement</i> e sistema Erp) Disponibilità di una piattaforma completa, <i>user-friendly</i> e gratuita di <i>eProcurement</i>
Process	Reingegnerizzazione dei processi interni all'azienda sulla base di modelli organizzativi condivisi Adozione di classificazioni delle merceologie comuni (ad es. codici CPV e classificazioni di bilancio IGESPES) Adeguamento dei regolamenti interni delle strutture pubbliche Diffusione di logiche e metodologie condivise di misurazione, rendicontazione e pubblicità dei risultati
People	Sensibilizzazione verso l'uso di nuove tecnologie, <i>networking</i> e tecniche manageriali Formazione sull'utilizzo degli strumenti di <i>eProcurement</i> Consulenza legale, tecnica e strategica per le prime procedure di gara online
Environment	Definizione a livello politico di obiettivi a tutti i livelli legati all'utilizzo efficace dell' <i>eProcurement</i> Emanazione di una normativa esaustiva sull' <i>eProcurement</i> (ad es. reg. attuativo Codice dei Contratti) Sviluppo e creazione di « centri d'eccellenza » pubblici per la diffusione di conoscenze e strumenti «innovativi» Agevolazioni nel coinvolgimento delle imprese , in molti casi legate al <i>modus operandi</i> «tradizionale»

Tabella 1
Fattori critici di successo per l'innesco dei benefici dell'*eProcurement*

partire da questa impostazione, si declinano i fattori critici di successo per l'adozione di un sistema di *eProcurement* e l'innesco dei relativi benefici (**tabella 1**). All'impostazione classica, si aggiungono i «fattori esterni» (*environment*) all'organizzazione del singolo ente pubblico, che indirizzano e influenzano il suo agire.

La sfida dell'introduzione dell'*eProcurement* nella P.A. italiana, rientra nella più ampia missione di rinnovamento amministrativo che consta nel passaggio da un «modello chiuso», inquadrato in norme, a un «modello aperto», orientato ai risultati (Borgonovi, 2000).

3. Impatti dell'*eProcurement*

Per arrivare a una definizione puntuale degli impatti del *procurement* elettronico, si è partiti da quelli rilevati dalla letteratura declinandoli sui possibili benefici derivanti dall'utilizzo di una piattaforma telematica per l'*eProcurement*. Si presentano i risultati di seguito, nelle **tabella 2 e 3**.

L'innesco dei nove effetti dell'efficace modello di Davenport applicato all'*eProcurement* può rappresentare un cambiamento di grande rilevanza per il settore pubblico. Tuttavia, leggendo gli effetti si evince come questi non siano banalmente attivati dall'in-

troduzione di una tecnologia, ma si riferiscono in realtà a un completo rinnovamento di processo, dischiuso dal nuovo strumento, ma basato sull'*empowerment* delle risorse e sul miglioramento dei flussi conoscitivi.

L'impostazione di Andersen è di più alto livello e si presta a essere ricondotta alle macro dimensioni di efficienza ed efficacia. Applicando il suo modello all'*eProcurement* si apprezzano più semplicemente le *traiettorie* dell'innovazione dei processi d'acquisto, e anche in questo caso non mancano certo gli stimoli per vedere realizzati gli effetti.

Entrambe le impostazioni, seppure perfettamente in grado di far apprezzare entità e multidimensionalità degli impatti dell'*eProcurement* sulle dinamiche d'acquisto pubbliche, non sono sufficientemente calate sui processi reali, le evidenze sono difficilmente misurabili, e dunque difficilmente possono essere la base per un modello di rilevazione e rendicontazione dei risultati. Inoltre, alcuni effetti, chiaramente riconoscibili nelle esperienze d'uso dell'*eProcurement*, non possono essere inseriti in modo calzante nei modelli sopraesposti.

Ci si riferisce in modo particolare alla dematerializzazione (ossia il ridotto consumo di carta) e alla competitività, sia a quella propria della stazione appaltante, sia a quella che essa è in grado di generare nei mer-

Tabella 2

Effetti specifici dell'eProcurement sulle organizzazioni (elaborazione Centrale regionale acquisti da Davenport, 1997)

Automatizzanti <i>Eliminano o riducono drasticamente il lavoro delle risorse umane</i>	→ Automazione o riduzione della durata delle fasi del processo
	Invio degli inviti ai fornitori e pubblicazione della documentazione di gara Valutazione della componente tecnica delle offerte (se in «modalità tabellare») Individuazione delle offerte anomale Gestione dell'asta elettronica Generazione del report/verbale di gara e archiviazione della documentazione
Informativi <i>Generano maggiori informazioni e consentono di comprenderle meglio</i>	→ Qualità e disponibilità delle informazioni
	Documentazione di gara disponibile attraverso più canali Documentazione di gara più accurata in virtù del maggior tempo a disposizione Documentazione di tutti gli Enti utilizzatori disponibile online (valorizzazione delle best practice)
Sequenziali <i>Modificano la sequenza dei processi e le attività che li compongono</i>	→ Standardizzazione, snellimento e innovazione
	La gara è suddivisa chiaramente in fasi, senza possibilità di sovrapposizione (o dimenticanza) di attività L'automazione libera tempo da dedicare ad attività a maggior valore aggiunto Creazione di «modelli di gara» standard sulla piattaforma Utilizzo di nuovi strumenti legati all'IT (firma digitale, PEC, email)
Di controllo <i>Migliorano il monitoraggio</i>	→ Migliore organizzazione e archiviazione delle offerte
	Offerte, documentazione e risposte ai requisiti sono organizzati automaticamente dalla piattaforma, in modo eguale per ogni fornitore, più semplice il confronto e l'accesso in ogni fase del processo Si evitano i rischi legati a smarrimento di documenti o confusione dei documenti tra diverse offerte o gare Tutte le attività di una procedura vengono mappate e rese disponibili agli interessati (accesso agli atti) Alert via email avvertono i responsabili dei nuovi avvenimenti in tempo reale
Analitici <i>Migliorano la conoscenza dei fenomeni</i>	→ Semplificazione amministrativa
	La standardizzazione delle fasi e delle attività consentono di padroneggiare facilmente le dinamiche di gara Tutti gli utenti abilitati possono accedere alla gara e verificarne lo stato
Geografici <i>Aumentano la capacità di coordinare tra loro processi remoti</i>	→ Migliore comunicazione intra e inter aziendale
	Collaborazione e condivisione di conoscenze con altri Enti (scambio documentale, messaggi ed elenco contatti) Realizzazione e gestione semplificata di gare aggregate come gli Accordi Quadro Possibilità di lavorare «da remoto» Dirigenti possono coordinare le gare di competenza tramite un solo ambiente
Integrativi <i>Assicurano coordinamento tra compiti e processi</i>	→ Attribuzione univoca delle responsabilità
	L'attribuzione di ruoli e deleghe specifici consente di svolgere esclusivamente i compiti di propria competenza, evitando sovrapposizioni
Intellettuali <i>Catturano e diffondono conoscenze</i>	→ Maggior trasparenza
	Informazioni sugli appalti in corso e sul loro funzionamento Informazioni sui volumi di spesa Informazioni sui mercati (quali fornitori per quali merceologie e dove)
Disintermedianti <i>Riducono ridondanze e fasi intermedie</i>	→ «Sburocratizzazione»
	Il processo di gara è lineare, scandito dall'apertura e chiusura delle fasi Riduzione di appesantimenti procedurali (ad es. convocazione dei fornitori) Ridotto il rischio di errore (ad esempio smarrimento di un documento)

Effetti sulle capacità organizzative	→ Efficacia ed empowerment delle risorse
	Migliora la gestione e il controllo di procedure, dei risultati e della qualità della spesa Aumenta la trasparenza del processo d'acquisto Aumenta la <i>knowledge</i> del processo d'acquisto Aumenta il tempo a disposizione per attività «a valore aggiunto» Aumenta la padronanza di strumenti legati all'IT
Effetti sulle interazioni organizzative	→ Efficienza
	Nuove opportunità di interazione, collaborazione e condivisione di conoscenze inter e intra organizzative Semplificato lo svolgimento di una procedura di gara Riduzione di attività e ridondanze «burocratico/amministrative»

Tabella 3
Effetti diretti dell'*eProcurement* sulle organizzazioni (elaborazione Centrale regionale acquisti da Andersen, 2005)

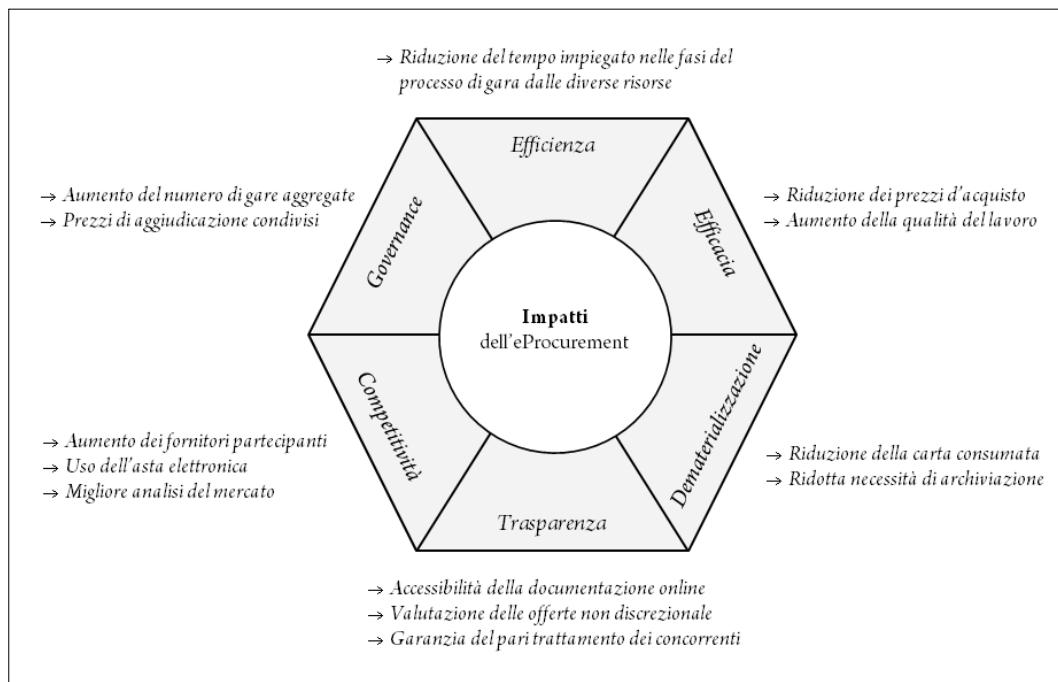


Figura 2
Dimensioni d'impatto dell'*eProcurement* (Centrale regionale acquisti)

cati, stimolando la riduzione dei prezzi e il miglioramento qualitativo delle offerte. Entrambe queste dimensioni, considerando le reali esperienze degli enti utilizzatori, sono risultate importanti per descrivere il reale impatto dell'*eProcurement*. Partendo dagli effetti descritti nelle tabelle 2 e 3, e cercando di comprenderli tutti, si è dunque voluto definire in modo più puntuale gli impatti dell'*eProcurement* sulla base dei criteri della *misurabilità* e dell'*esaustività*.

Si sono quindi individuate sei dimensioni d'impatto, in grado di cogliere la complessità

dei fenomeni sui quali l'*eProcurement* può produrre cambiamenti: *efficienza, efficacia, trasparenza, dematerializzazione, competitività, governance*. Per ogni dimensione è stato definito un *sottoinsieme* di variabili misurabili da cui originano gli indicatori che compongono il modello di cui al prossimo capitolo. Nella **figura 2**, una rappresentazione grafica di questi impatti.

Come notato, un modello in grado di studiare gli impatti delle nuove tecnologie applicate ai processi d'acquisto pubblici era finora mancante nella letteratura specializzata.

Il fenomeno dell'*eProcurement* nella pubblica amministrazione viene, infatti, apprezzato negli studi esistenti, in termini di volumi economici transati in un dato orizzonte temporale. I vantaggi e gli svantaggi per l'organizzazione aziendale derivanti dall'uso sistematico degli appalti online non vengono invece né definiti puntualmente, né misurati dai ricercatori.

Nel management pubblico sta iniziando a diffondersi una chiara percezione della sfera degli effetti che un rinnovamento degli appalti basato sull'IT può ingenerare nell'organizzazione. L'importanza della rilevazione accurata dei possibili benefici dell'*eProcurement* e dell'identificazione di uno strumento per controllarli e massimizzarli, può essere individuata in tutti i diversi livelli organizzativi.

Per le *cariche politiche* consente di orientare le scelte di pianificazione strategica, con riferimento al settore degli acquisti, nell'ambito della definizione degli obiettivi da raggiungere da parte del management e nel quadro delle misure volte al contenimento e all'ottimizzazione della spesa pubblica.

Per i *dirigenti pubblici* rappresenta un contributo alla gestione dell'area acquisti, tramite il monitoraggio continuo dei risultati d'area e del singolo, il controllo dei livelli di spesa e degli sconti ottenuti e delle procedure in corso. Rende molto più semplice definire una road-map chiara (programmazione), che la squadra dovrà seguire.

Infine, per le *strutture operative* permette di aumentare la propria produttività e vederne misurato oggettivamente il risultato, l'aumento della visibilità sulle varie fasi del processo e del ventaglio delle possibilità di interazione. Inoltre, la chiara percezione di

contribuire a innovare la propria struttura usando strumenti nuovi, in diverse esperienze ha portato a un aumentato gradimento del proprio lavoro.

4. Modello di misurazione delle performance

4.1. Dimensioni d'impatto e variabili di misurazione del modello

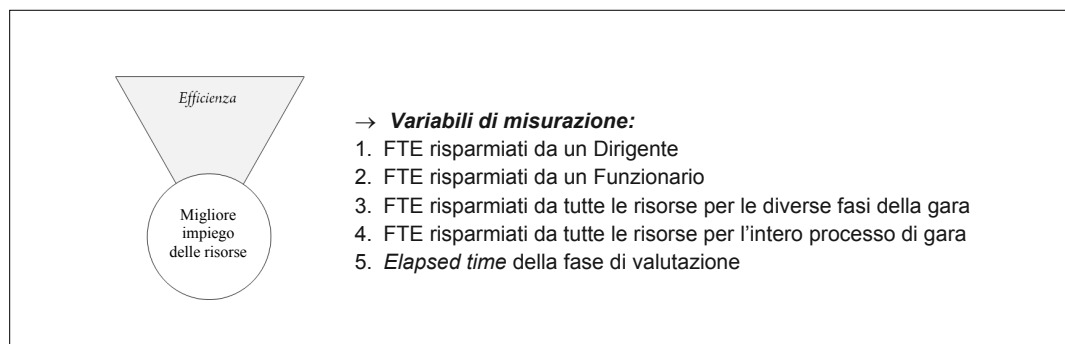
Il processo su cui si vogliono valutare gli impatti è quello d'*acquisto* che va dalla razionalizzazione dei fabbisogni, alla stipula del contratto finale. Si presenta ora una descrizione delle dimensioni d'impatto che compongono il modello che si propone, unitamente alle relative variabili di misurazione.

Efficienza

L'efficienza misura il grado di utilizzo di una data risorsa in un processo, l'*eProcurement* agisce su questa dimensione consentendo agli impiegati pubblici di ottenere (almeno) gli stessi risultati di una procedura «cartacea», ma impiegando meno tempo, in virtù dell'automazione di alcune fasi (vedi tabella 2, effetti «automatizzanti»). Ci si pone quindi l'obiettivo di misurarla calcolando la riduzione dei *full time equivalent*⁵ impiegati dalle diverse risorse per svolgere le attività del processo di gara.

Inoltre, ci si aspetta anche una riduzione dell'*elapsed time* di una procedura di gara, in quanto l'*eProcurement* dovrebbe influire anche sui «tempi morti», le attese varie che caratterizzano una procedura di scelta del contraente (vedi ad es. tabella 2, effetti «disintermedianti» e «integrativi») (figura 3).

Figura 3
Efficienza



Efficacia

Misurare l'efficacia significa porre in relazione gli obiettivi prefissati con i risultati raggiunti. Tra i diversi obiettivi dei settori acquisti della sanità pubblica, spicca sicuramente la necessità di spuntare buoni prezzi, garantendo che gli acquisti rispettino gli standard qualitativi richiesti. Per rilevare questo aspetto, si utilizzano come variabile lo sconto medio sulla base d'asta, considerando che una procedura *eProcurement* debba basarsi su capitolati di gara in grado di garantire almeno la stessa qualità di quelli usati nelle gare tradizionali. La contrattazione elettronica dovrebbe garantire sconti maggiori, poiché consente di accedere a mercati più ampi e mette a disposizione strumenti di contrattazione innovativi come l'asta elettronica (*eAuction*).

Inoltre, è un obiettivo da perseguirsi la minimizzazione del numero di contenziosi, ricorsi e richieste di chiarimenti da parte dei fornitori, sono infatti segnali della non accuratezza dell'operato e ostacoli al raggiungimento degli obiettivi. Ci si aspetta che l'*eProcurement* porti beneficio a questi aspetti ad es. in virtù degli effetti sulle «capacità organizzative» di cui alla tabella 3 (figura 4).

Dematerializzazione

Se il prezzo d'acquisto è forse la prima variabile che si osserva per valutare l'esito di una gara, una che raramente viene considerata, è il numero di pagine stampate. Eppure, per entrare nell'area amministrativa di un ente sanitario è praticamente necessario farsi largo tra un volume straordinario di faldoni, pratiche e plichi. L'*eProcurement* come

standard operativo per la P.A., nel quadro di un clima normativo complessivamente favorevole (protocollo informatico, *green public procurement*, fatturazione digitale), potrebbe innescare una drastica inversione di tendenza nel consumo di carta. Questo per varie ragioni: la conservazione sostitutiva dei documenti, la firma digitale ha la stessa valenza legale di una firma autografa, l'invio di *email* invece che fax e (con l'ormai diffusa presenza di un pc per ufficio) la riduzione della necessità di stampare e inviare *hard-copies*.

La dematerializzazione ha un aspetto ambientale (il numero di documenti e pagine per documento, le stampe e le copie) e un aspetto economico (risparmio nell'acquisto di carta, toner, servizi postali, ecc.) (figura 5).

Trasparenza

La trasparenza amministrativa consiste, nella sua accezione più ampia, nell'assicurare la massima circolazione possibile di informazioni sia all'interno del sistema pubblico, sia fra quest'ultimo e il mondo esterno. L'*eProcurement* potrebbe migliorare la trasparenza, in quanto, per definizione, la rivoluzione di internet e dell'*information technology* si basa sulla semplicità d'accesso alle informazioni (vedi tabella 2, effetti «intellettuali» e «informativi»). La documentazione di gara, ad esempio, viene automaticamente pubblicata dalle piattaforme di *eProcurement* (a meno che l'ente non chieda il contrario), ed è accessibile a gli interessati. Lo stesso vale per gli esiti delle gare.

Più sfidante è la terza variabile di misurazione proposta, in quanto implica uno sforzo organizzativo da parte dell'ente nel quadro delle misure volte a garantire la parità di

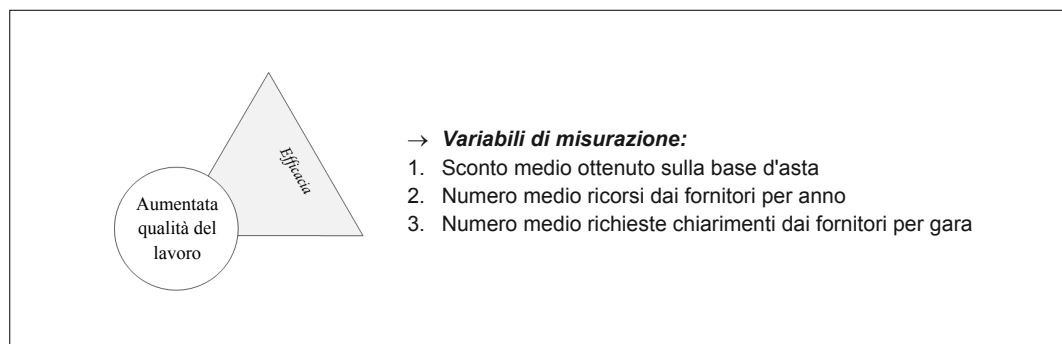


Figura 4
Efficacia

trattamento dei concorrenti. L'uso della valutazione tecnica in modalità tabellare⁶ è un indice di trasparenza importante, in quanto consente ai fornitori di presentare le proprie offerte con la consapevolezza di sapere *ex ante* come saranno valutate e che spazio, eventualmente, rimarrà per la discrezionalità della Commissione giudicatrice (figura 6).

Competitività

La competitività è una dimensione d'analisi che si addice più a un'impresa che a un

ente pubblico. Eppure, la struttura acquisti di un ente può dirsi competitiva quando stimola il massimo grado di concorrenzialità nei mercati di riferimento, e quando essa stessa è *in competizione* con altri enti, nel senso di stimolare il mutuo raggiungimento di standard d'eccellenza. Si considerano i fornitori partecipanti alle gare e la presenza della fase di ribasso, come buoni indici di competitività. In questo senso, sono importanti anche la modalità di definizione della base d'asta e di scouting del mercato, elementi chiave della strategia di gara (figura 7).

Figura 5

Dematerializzazione

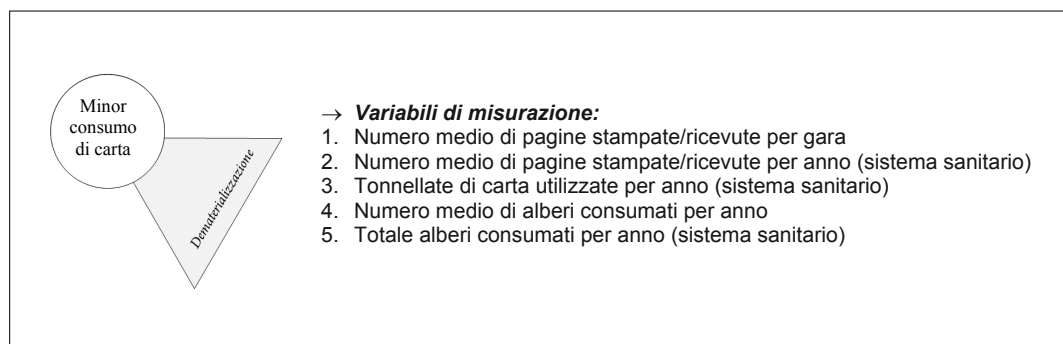


Figura 6

Trasparenza

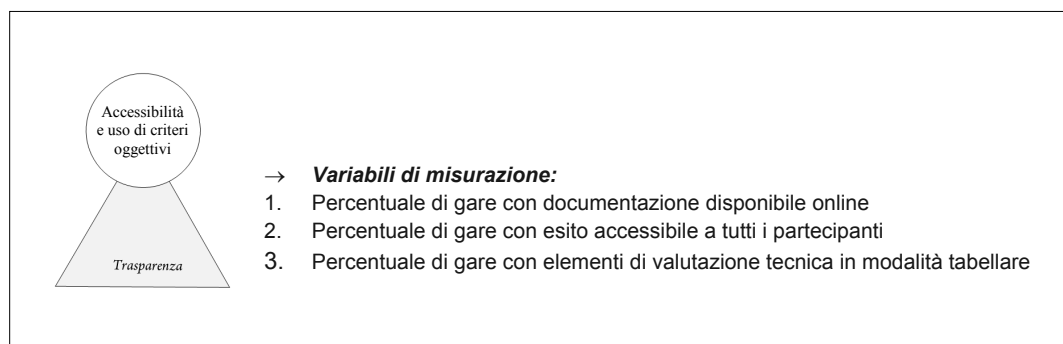
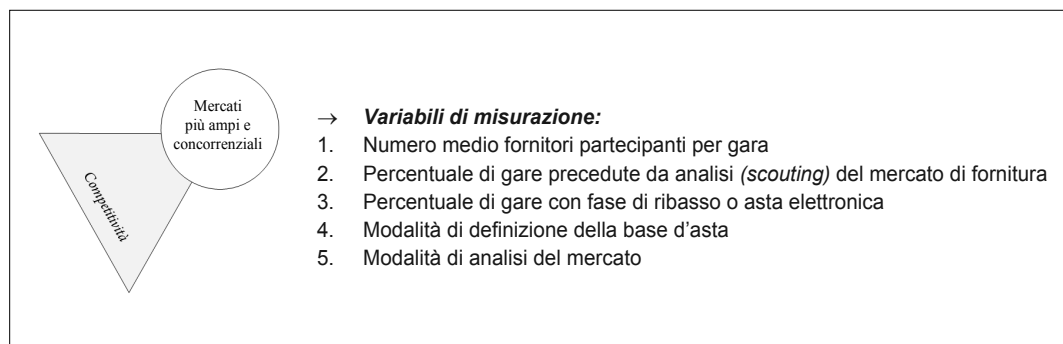


Figura 7

Competitività



Governance

Con *public governance*,⁷ s'intende rappresentare una nuova tecnica di cura dell'interesse comune attraverso il coordinamento e il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* (portatori d'interesse), mediante un processo di «apertura» dei confini organizzativi e dei poteri decisionali. Questo processo può tradursi nella necessità per gli enti di collaborare con il sistema di cui fanno parte e con gli altri attori coinvolti (imprese, terzo settore). Nel suo piccolo, l'*eProcurement* può dare un contributo alla diffusione di logiche innovative di *governance*. In particolare diventa più semplice confrontarsi e lavorare insieme a enti lontani geograficamente (per realizzare gare aggregate) e apprendere dalle *best practice* (condividendo la documentazione di gara). Questa dimensione può essere individuata all'interno degli effetti sulle «interazioni organizzative» nella tabella 3, o negli effetti «geografici» nella tabella 2 (figura 8).

4.2. Metodologia per l'utilizzo del modello

La logica di misurazione che soggiace al modello che si presenta è molto semplice e intuitiva. Si tratta di confrontare la situazione attuale (t_0) con un'ipotetica situazione antecedente all'introduzione dell'*eProcurement* (*baseline*) in azienda, fissando degli obiettivi da raggiungere in una situazione futura (t_n). Il modello rileva quali variazioni siano intervenute nelle sei dimensioni considerate, rispetto alla *baseline*, una variazione positiva indica un «beneficio», mentre il segno meno rileva un impatto non atteso, un peggioramento accaduto dopo l'introduzione dell'*eProcurement*, da controllare con attenzione per individuarne le motivazioni, e cor-

reggerle. Allo stesso tempo, il modello mostra quanto si è lontani dalla situazione desiderata, si tratta infatti di un'impostazione per basata sul confronto tra diversi «periodi di riferimento», si potrebbe dire di tipo: «AS WAS» → AS IS → TO BE.

Quando si effettua la rilevazione, è necessario misurare le variabili sia con riferimento a una gara *eProcurement* che a una gara tradizionale. Si presuppone che l'utilizzo consapevole ed evoluto dell'*eProcurement* sia la leva per attivare i benefici. Agendo sul *mix* numero di gare «tradizionali» e numero di gare *eProcurement*, che definisce la situazione in cui ci si trova (ad esempio al momento della rilevazione, la sanità lombarda faceva online circa il 6% delle sue gare sottosoglia). È inoltre possibile fare delle generiche previsioni sui benefici ottenibili se si facessero più gare *eProcurement*, o addirittura *solo* gare *online*.

Non è immediato tenere sotto controllo tutte le variabili di misurazione (indicatori) allo stesso tempo. Per questo motivo il rilevatore può comporre un *cruscotto*, selezionando uno o più indicatore chiave per ognuna delle sei dimensioni. I cruscotti sono fatti per essere rappresentati graficamente e consentire di apprezzare la situazione con un colpo d'occhio.

Per la prima rilevazione è sufficiente disporre di dati accurati sulla situazione attuale t_0 , infatti, disponendo delle informazioni sulle procedure di gara «tradizionali» che si svolgono oggi, è possibile stimare in che situazione ci si trovava quando *tutte* le gare erano svolte in quel modo. In questo modo si può ricavare la *baseline*, questa rimarrà il metro di paragone per le rilevazioni successive, ma potrà essere sostituita in un mo-

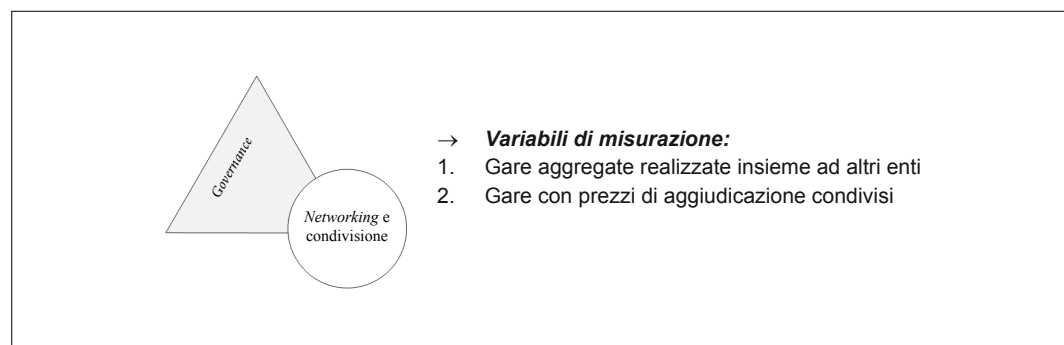


Figura 8
Governance

mento futuro, qualora sia necessario, con una diversa, più sfidante.

Le variabili di misurazione proposte, richiedono tipologie di dati e livelli di aggregazione diversi (ad esempio il numero totale di alberi «consumati» in un anno, è un indicatore che è più significativo calcolare a livello di intero sistema sanitario, piuttosto che di singolo ente). Le unità di misura differenti non sono un problema, in quanto il modello rileva scostamenti in termini percentuali, perfettamente confrontabili. Il modello realizzato si presta a essere utilizzato con facilità. Quasi tutti i dati richiesti, sono infatti disponibili e accessibili all'interno degli enti pubblici, la necessità è quella di sistematizzarli e rilevarli alle scadenze decise. Altri richiedono di essere inizialmente stimati e poi calcolati con metodo, in quanto è presumibile che un funzionario o un dirigente abbia già un'idea realistica di quante giornate effettive di lavoro (FTE) spendano mediamente per una certa fase di gara. In ogni modo, le rilevazioni di questi dati hanno anche il beneficio intrinseco di migliorare la consapevolezza degli addetti sulle loro attività quotidiane.

Si tratta di un modello *versatile*: misura gli impatti dell'*eProcurement*, ma risultati positivi coincidono più in generale con buone performance del settore acquisti nel suo complesso; può essere misurato a livello di singola gara, di singolo ente, oppure dell'intero sistema pubblico cui l'ente pertiene; è applicabile allo stesso ente o settore in diversi momenti, per verificarne l'evoluzione nel tempo (è anzi proprio questa la logica); può essere utilizzato, con i dovuti accorgimenti tecnici, in altri settori o processi (l'intero ciclo d'approvvigionamento invece che solo il processo d'acquisto, oppure la sola logistica); può infine essere declinato su altre tecnologie innovative, per compararne i benefici.

Inoltre, il modello è *personalizzabile*, in quanto il *set* di indicatori che lo compongono possono essere scelti dal rilevatore, così come è possibile attribuire un diverso peso a ognuno di loro, per valorizzare obiettivi più rilevanti in un dato periodo.

Infine, è tutto meno che un'utopia avveniristica ipotizzare l'assenza della figura del rilevatore. I sistemi informativi che sono ormai diffusi in molti enti, sono in continua

evoluzione e possono gestire ogni forma di dato, generando informazioni di automaticamente, a disposizione di chi ne è interessato.

5. Test del modello sul sistema sanitario lombardo

La prima rilevazione basata sul modello di misurazione proposto si è svolta nel secondo semestre 2008, attraverso un'analisi sugli enti della sanità lombarda, condotta a mezzo di questionario e interviste. Per semplicità, si sono considerate le sole procedure al di sotto della soglia comunitaria di 206.000 euro, in particolare le procedure negoziate di *cottimo fiduciario*. Sono state escluse le gare per lavori pubblici, in quanto richiedono un *effort* di non immediata comparazione rispetto a quelle per beni e servizi. All'interno del ciclo di approvvigionamento, si è scelto di considerare solo la parte relativa all'acquisto vero e proprio, escludendo dunque la logistica, in particolare gli ordini e il «consumo».

Ciò non preclude la possibilità di applicare il modello, con i dovuti adeguamenti, a un ambito più ampio. Nella **figura 9** una rappresentazione grafica dell'ambito dell'analisi condotta.

Perché la sanità lombarda?

Tra gli enti aventi sede in Lombardia, si è scelto di considerare la sanità diverse ragioni, innanzitutto, sono questi gli enti che, in generale, si sono dimostrati maggiormente pro-attivi nell'implementazione dell'*eProcurement*, in particolare, sette di essi, hanno attivato le prime sperimentazioni da circa cinque anni, sono quindi all'avanguardia a livello nazionale, e solo nel 2008 hanno lanciato autonomamente più di 20 gare telematiche.

In secondo luogo, rappresentano il comparto che maggiormente incide sulla spesa regionale, spendendo complessivamente 2,4 miliardi di euro ogni anno, solo per l'acquisto di beni e servizi (dati 2006).⁸ I numeri del sistema confermano il peso specifico dell'economia sanitaria in Lombardia: 9.500.000 abitanti, circa 100 presidi ospedalieri, per un totale di posti letto pari a circa 42.000, comprensivi delle strutture sanitarie pubbliche e private.

In Regione Lombardia esiste la precisa volontà di far convergere il sistema pubblico all'utilizzo dell'*eProcurement*, infatti, dal 2007, tramite la Legge regionale n. 33, è stata costituita all'interno di Lombardia Informatica S.p.A. la Centrale regionale acquisti. All'interno degli obiettivi definiti per questa struttura, spicca il ruolo che essa deve ricoprire per diffondere l'*eProcurement*: «La Centrale si avvale della piattaforma telematica «Sintel»⁹ [...] curandone lo sviluppo e la promozione presso gli enti del territorio lombardo». Inoltre, come ulteriore incentivo, la Direzione generale della sanità in Lombardia ha fissato per i 48 enti della sanità pubblica l'obiettivo di realizzare almeno cinque gare telematiche nel 2008, e otto nel 2009.

Infine, da un punto di vista funzionale, nella sanità l'innovazione gioca un ruolo chiave sia per gli ambiti amministrativi (è il caso dell'*eProcurement*) che per i quattro ambiti sanitari. Prevenzione, diagnosi, te-

rapia e riabilitazione sono influenzati dallo sviluppo tecnologico ad alti livelli, si pensi a importanti innovazioni quali la cartella clinica elettronica, la telemedicina, la telesorveglianza i nuovi farmaci, i vaccini e le grandi apparecchiature elettro-medicali.

Risultati dell'analisi

Dai 48 enti sanitari aventi sede in Regione Lombardia, sono stati esclusi dall'analisi i 14 enti che sono stati definiti «titubanti», in quanto, al momento dell'avvio dell'analisi (ottobre, 2008) non avevano ancora avviato alcuna sperimentazione di gara online. Nella **tabella 4**, la distribuzione degli enti rispondenti.

I risultati ottenuti dall'applicazione del modello evidenziano che il sistema sanitario sta iniziando a utilizzare l'*eProcurement* per le procedure rientranti nell'ambito dell'analisi con discreta convinzione, considerando

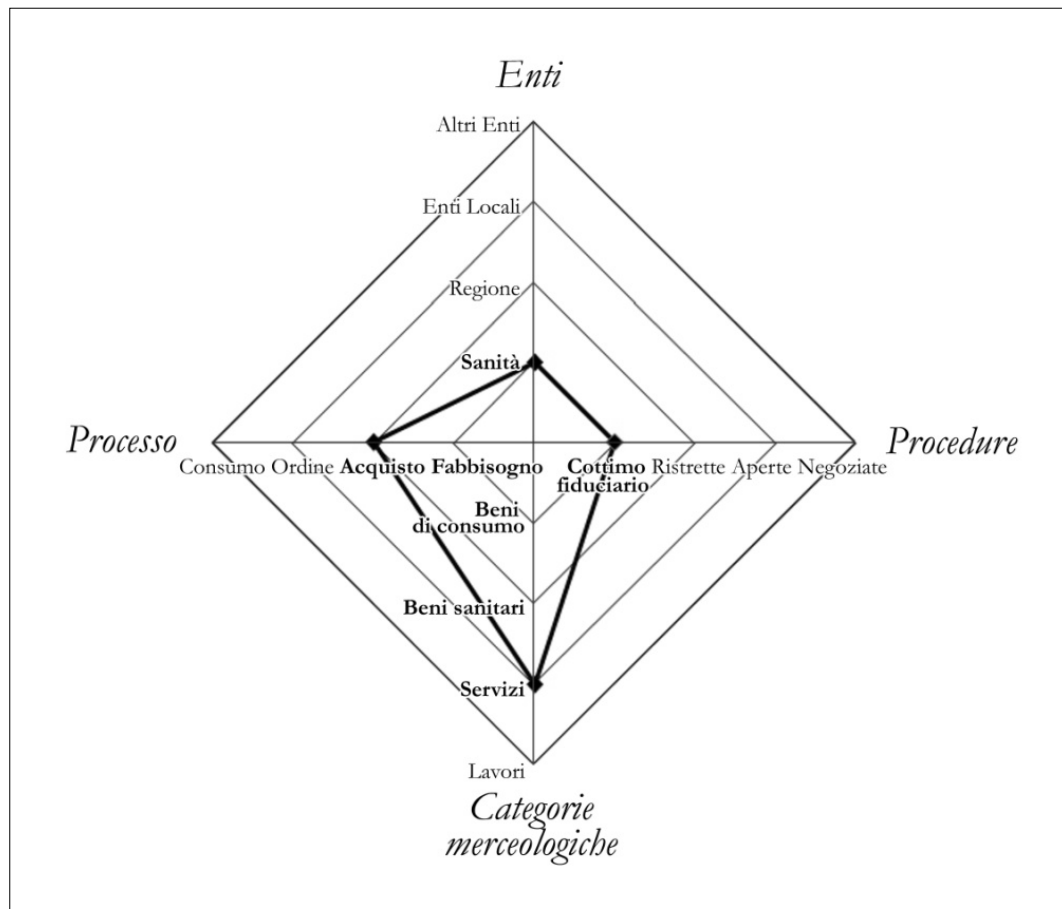


Figura 9
Ambito dell'analisi condotta sul sistema sanitario lombardo (dicembre, 2008)

Tipologia di ente	Enti rispondenti	Enti contattati	%
Ao	16	21	76%
Asl	8	10	80%
Irccs	1	3	33%
Totale	25	34	74%

Tabella 4

Distribuzione degli enti rispondenti all'analisi, secondo la tipologia di ente. Gli enti contattati non comprendono gli «enti titubanti»

che a parte sette enti, che sono stati definiti «evoluti», per i quali l'*eProcurement* è un'esperienza cominciata da quattro/cinque anni, i restanti si sono avvicinati a questa innovazione proprio nel 2008, con l'introduzione della piattaforma di Regione Lombardia, *Sintel*.

Distribuendo i risultati dell'analisi nell'impostazione per periodi di riferimento del modello (vedi § 4.2), si ottengono i seguenti risultati, considerando anche l'ipotetica situazione t_n in cui si svolgano solo gare *online* (tabella 5).

Nella tabella 6, si applicano le variabili di misurazione del modello, al fine di effettuare un confronto tra una gara *eProcurement* e una gara tradizionale, verificando gli scostamenti delle singole variabili di misurazione.

Nella figura 10 si presentano i risultati di questa prima applicazione del modello che mostra come la diffusione dell'*eProcurement* sia appena iniziata.

La dimensione dell'*efficienza* mostra i risultati più incoraggianti, in quanto sia i FTE necessari per una gara, sia i giorni solari trascorsi, si abbassano notevolmente, una gara *eProcurement* richiede circa la metà dell'*effort* organizzativo rispetto a una gara «cartacea»! Nella figura si vede uno spaccato della riduzione degli FTE necessari per funzionari e dirigenti, suddivisi nelle diverse fasi di gara.

Il «cuore» del processo di gara, la valutazione delle offerte, rivela i benefici più signifi-

ficativi, in virtù dell'automazione di diverse attività e della semplificazione di altre.

Ad esempio, le piattaforme telematiche di *eProcurement* sgravano l'ente dall'onere di garantire a tutti i fornitori che le diverse buste vengano aperte contestualmente per ogni offerta, al momento appropriato (prima la busta contenente la documentazione amministrativa, poi quella tecnica e infine quella economica) e senza alterazione del contenuto.

I risultati dell'analisi vanno tuttavia apprezzati alla luce della considerazione che le gare *eProcurement* svolte dalla sanità lombarda fino a ottobre 2008 (e quindi oggetto dello studio), sono prevalentemente gare per piccoli importi, con aggiudicazioni al prezzo più basso, mentre quelle tradizionali sono oggettivamente più complesse, in quanto gli enti si sentono più «sicuri» a condurre gli appalti più strategici per via tradizionale. In ogni modo, seppur il numero di gare online sul totale è solo il 6% del totale, l'*eProcurement* ha portato mediamente un beneficio all'*effort* annuale dell'area acquisti (che si è ridotto del 2,75%), in quanto realizzare quelle procedure per via tradizionale avrebbe richiesto comunque più tempo (tabella 7).

Anche le dimensioni *dematerializzazione* e *competitività* sono influenzate molto positivamente dall'*eProcurement*. In particolare, una gara *online* utilizza l'87,8% di carta in meno di una gara tradizionale e registra un aumento del 42% della partecipazione di fornitori offerenti.

La dimensione dell'*efficacia* evidenzia un aumento degli sconti medi offerti di circa 3 punti percentuali, legato alla presenza di più fornitori alle procedure, ma anche alle categorie merceologiche oggetto di gara, le procedure telematiche hanno infatti riguardato nella maggior parte dei casi proprio beni legati all'IT come computer, altre strumentazioni elettroniche da ufficio e materiali consumabili. I fornitori operanti in questi mercati, infatti, hanno solitamente un certo margine su cui operare per presentare offerte competitive quando invitati a un'asta elettronica, e sono altresì abituati a operare in un settore molto concorrenziale. Mentre il dato sui ricorsi non è particolarmente significativo, si nota un aumento del 77% delle richieste di chiarimento da parte dei fornitori per gara, sicuramente legato al fatto che i fornitori

Tabella 5

Periodi di riferimento per il calcolo degli indicatori (numero di gare)

Periodo di riferimento	Gare tradizionali	eProcurement
<i>baseline</i>	5128	0
t_0	4827	301
t_1	x	y
t_n	0	5128

Dimensione d'impatto	→ Indicatori	Tradizionale	eProcurement	Delta	%
Efficienza	FTE risparmiati per gara - <i>Dirigente</i>	2,1	1,6	0,5	25,7%
	FTE risparmiati per gara - <i>Funzionario</i>	14,1	7,1	7,0	49,9%
	FTE totali risparmiati - <i>preparazione gara</i>	3,0	2,1	0,9	29,1%
	FTE totali risparmiati - <i>svolgimento gara</i>	13,2	6,5	6,7	50,8%
	FTE totali risparmiati - <i>intero processo di gara</i>	16,2	8,6	7,6	46,8%
	Elapsed time medio - fase di valutazione	25,5	12,8	12,7	49,8%
Efficacia	Sconto medio ottenuto sulla base d'asta	6,97%	10,23%	n/d	3,26%
	Riduzione del numero medio di ricorsi dai fornitori per anno	0,29	0,03	- 0,26	- 89,7%
	Riduzione del numero medio di richieste chiarimenti dai fornitori per gara	1,65	2,92	1,27	77,0%
Trasparenza	% gare - documentazione disponibile online	64%	97%	n/d	33%
	% gare - esito accessibile a tutti i partecipanti	93%	98%	n/d	5%
	% gare - valutazione tecnica in modalità tabellare	44%	20%	n/d	- 24%
Dematerializzazione	# medio pagine stampate/ricevute per gara	98	12	86	- 87,8%
	# medio pagine stampate/ricevute per anno (sistema sanitario)	470.681	3.612	n/d	n/d
	# tonnellate di carta utilizzate <i>per anno</i> (sistema sanitario)	37,65	0,29	n/d	n/d
	# medio alberi consumati per anno	18,8	0,1	n/d	n/d
	Totale alberi consumati <i>per anno</i> (sistema sanitario)	639	5	n/d	n/d
Competitività	# medio fornitori invitati per gara	5,75	8,19	2,44	42%
	Modalità di analisi del mercato	n/d	n/d	n/d	n/d
	Modalità definizione della base d'asta	n/d	n/d	n/d	n/d
	% gare - con fase di ribasso/asta elettronica	24%	71%	n/d	47%
	% gare - con analisi del mercato di fornitura	89%	91%	n/d	2%
Governance	Gare aggregate realizzate insieme ad altri Enti	28%	7%	n/d	- 75%
	Gare con prezzi di aggiudicazione condivisi	48%	68%	n/d	42%

stessi non padroneggiano ancora pienamente le dinamiche delle gare d'appalto online.

Le dimensioni di *trasparenza* e *governance* presentano evidenze discordi. Alcuni indicatori, poco sfidanti, registrano «vittorie facili», ad esempio l'aumentata disponibilità di documentazione di gara online (che comunque veniva pubblicata nei siti *web* degli enti anche per il 64% delle gare tradizionali) o il moderato aumento della condivisione dei prezzi di aggiudicazione. Sono vittorie facili in quanto le piattaforme di *eProcurement* effettuano queste operazioni in modo semi-automatico e non richiedono un reale impegno da parte dell'utente.

La *valutazione tecnica in modalità tabellare* è resa tecnicamente più semplice dall'*eProcurement*, che una volta definiti parametri della valutazione e relativi punteggi, effettua la valutazione in modo del tutto automatico. La realizzazione di gare aggregate è facilitata dall'*eProcurement* poiché impiegati di diversi enti possono scambiarsi fabbisogni, esigenze e documenti direttamente online, possono poi

monitorare l'andamento della gara e confrontarsi in tempo reale sugli accadimenti.

Eppure, gli indicatori relativi all'uso della modalità tabellare e sulla realizzazione delle gare aggregate, presentano evidenze negative. I risultati dipendono dall'uso dell'appalto online, ancora residuale, prevalentemente per procedure semplici, prive di valutazione tecnica, e per piccoli importi quindi non passibili di aggregazione da parte di altri enti. I benefici dell'*eProcurement* su queste due attività a grande valore aggiunto devono, quindi, ancora dischiudersi.

Cruscotto di indicatori chiave

Dopo aver discusso i risultati della prima analisi si è definito un cruscotto di indicatori, che è la rappresentazione sintetica del modello di misurazione.

Nella **tabella 7**, si presenta l'elenco degli indicatori chiave, utilizzati per comporre il cruscotto e le relative evidenze nei diversi periodi di riferimento. Si sono scelti gli indi-

Tabella 6

Modello di misurazione degli impatti dell'*eProcurement* a livello di singolo ente utilizzatore (dati dicembre, 2008)

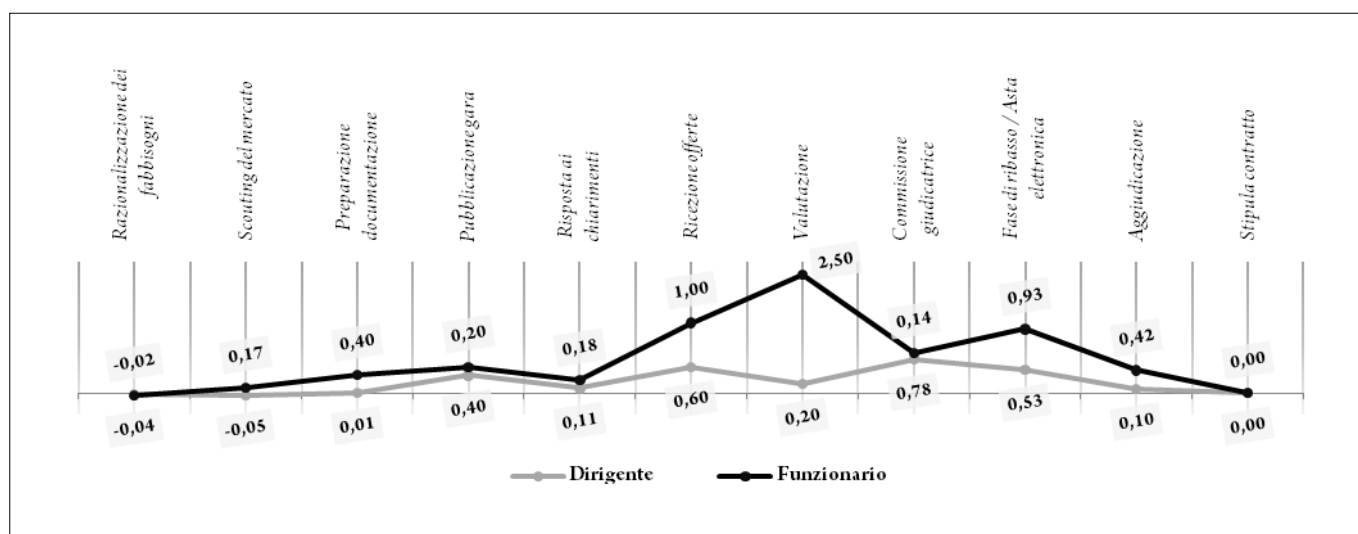


Figura 10

Spaccato dei risparmi di FTEs per funzionario e dirigente, singole fasi di gara (dati dicembre, 2008)

catori più sfidanti, in modo da tracciare oltre a un quadro dei risultati ottenuti, anche una rappresentazione delle dimensioni sulle quali c'è ancora da lavorare per ottenere un beneficio concreto. Per gli indicatori in cui è lecito attendersi il prosieguo del trend riscontrato nei periodi per i quali si dispone dei dati, viene proposto nella tabella anche il periodo ipotetico t_n , in cui tutte le gare sono svolte con l'eProcurement.

Nella figura 11, infine, una possibile raffigurazione grafica delle evidenze, che illustra buoni risultati nelle dimensioni «promettenti», anche se di moderato impatto percentuale, poiché sono ancora poche (313) le gare svolte online, per poter generare un impatto decisivo a livello di sistema.

Tabella 7

Cruscotto di indicatori per la misurazione degli impatti dell'eProcurement a livello di sistema sanitario (dicembre 2008)

Indicatori proposti per il cruscotto	baseline	t0	tn	delta	delta %
FTE totali risparmiati - intero processo di gara	82.997	80.717		2.280	2,75%
FTE totali risparmiabili - intero processo di gara		80.717	44.152	36.565	45,3%
Spesa annuale per acquisti sottosoglia	€ 144.403.063	€ 144.034.502		€ 368.562	0,26%
Spesa potenziale annuale per acquisti sottosoglia		€ 144.034.502	€ 139.353.745	€ 4.680.757	3,26%
# gare - valutazione tecnica in modalità tabellare	2.256	2.184		- 72	- 3,2%
Alberi salvati per anno	679	644		34	4,98%
Alberi salvabili per anno		644	85	554	86,8%
# medio inviti per gara	29.491	30.224		733	2,49%
Gare aggregate realizzate insieme ad altri Enti	1.436	1.373		- 63	- 4%

6. Conclusioni

Questo lavoro propone una nuova metodologia di rilevazione e continuo monitoraggio delle performance degli acquisti pubblici, ponendo l'attenzione sulla massimizzazione dei benefici che possono derivare da un utilizzo consapevole ed evoluto dell'eProcurement.

Dall'analisi iniziale condotta per testare il modello, sono emerse le prime evidenze empiriche dei benefici individuati a livello teorico, soprattutto in termini di efficienza, dematerializzazione e competitività. Dalla fotografia del sistema a ottobre 2008 si notano i primi risultati positivi, e si evidenzia il valore dell'uso degli acquisti online come leva per innescare miglioramenti continui

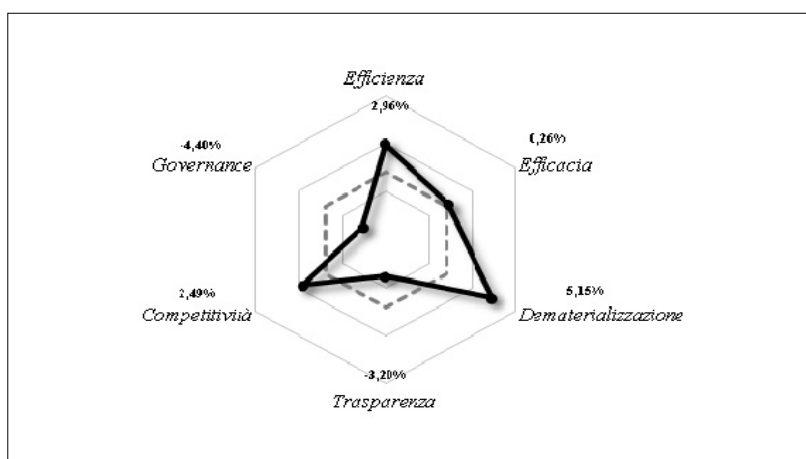
nei prossimi periodi. A questo proposito, è in corso una nuova analisi basata sul modello presentato, che amplierà lo spettro delle pubbliche amministrazioni considerate, includendo gli enti locali e quelli del sistema regionale allargato, verranno inoltre prese in esame anche le procedure di gara sopra la soglia comunitaria di 206.000 euro. Le evidenze aggiornate saranno disponibili entro l'anno in corso.

L'utilizzo di strumenti innovativi, come l'*eProcurement*, rappresenta un forte stimolo per passare da un modello burocratico come quello basato su procedure standard, attente al solo rispetto della legalità, alla *burocrazia virtuale* (Nohria, Berkley, 1994; Fountain, 2001) in cui la comunicazione è informale ed elettronica, i funzionari sono *cross-functional*, i lavori arricchiti di contenuto e limitati non solo dall'*expertise* del funzionario stesso, ma anche dall'estensione e dalla sofisticazione della mediazione offerta dalle tecnologie.

L'*eProcurement* nella P.A. italiana, ben rappresentata dal modello attuato in Regione Lombardia, sembra dunque avere le potenzialità per scardinare vecchie convinzioni e affermare nuovi processi efficienti e dinamici. Tuttavia, sebbene se ne parli da molti anni, non è ancora diventato un modo di operare sistematico, con diversi livelli d'adozione. L'utilizzo di metodologie di quantificazione degli impatti può rappresentare il giusto approccio per motivare un'adozione consapevole e promuovere lo sviluppo continuo di questa e altre innovazioni basate sull'IT.

Il modello sperimentato, fondato sulla quantificazione dei risultati, rappresenta un primo passo nel percorso che porterà la P.A. a un efficace ridisegno di processi e modalità d'acquisto, guidati da risorse «potenziate», in grado di dedicarsi con continuità ad attività a valore aggiunto. Questo nuovo *modus operandi* oltre a ottimizzare il funzionamento della macchina amministrativa, consentirà quindi di liberare risorse da dedicare ai servizi strategici della P.A. quali i servizi erogati alla collettività o la cura del paziente.

Per muovere realmente verso il «futuro degli appalti», è quindi fondamentale una presa di coscienza da parte degli attori in gioco sui temi dell'uso consapevole dell'*eProcurement* e degli altri strumenti innovativi, della logica di condivisione, del rinnovamento



continuo dei processi interni e della propensione all'ottimizzazione della spesa.

Ringraziamenti

Il presente contributo trae origine dal lavoro di ricerca, svolto nel secondo semestre del 2008, per la tesi di laurea *eProcurement*. Misurazione degli impatti sul sistema sanitario lombardo e dall'attività professionale che ha consentito a chi scrive di partecipare alla realizzazione di centinaia di procedure d'appalto online presso enti pubblici della Regione Lombardia. Si ringrazia la Centrale Regionale Acquisti e in particolare il dott. Alessandro Tammaccaro e la dottoressa Claudia De Roma, senza il cui supporto e la cui collaborazione non sarebbe stato possibile intraprendere il percorso di approfondimento qui descritto.

Note

1. www.aberdeen.com, *technology answers for the global value chain*.
2. Per il settore pubblico, non esistono studi esaurienti dal punto di vista analitico-quantitativo sugli impatti dell'*eProcurement*, ma solo sul dimensionamento del fenomeno.
3. L'*eProcurement* è un'attività di supporto, in quanto, si riferisce al ciclo amministrativo passivo della P.A., avente l'obiettivo di creare le condizioni necessarie al regolare svolgersi del ciclo attivo che porta all'erogazione dei servizi finali dell'organizzazione.
4. L'OECD (data?) individua alcune aree in cui si esercitano le principali tendenze di riforma della P.A., fra cui il BPR (*business process re-engineering*). Anche in alcune altre aree, l'*eProcurement* ha sicuramente degli impatti: sistemi informativi, risultati e performance, *partnership* pubblico-privato, riduzione della burocrazia (semplificazione amministrativa), ottimizzazione, focalizzazione strategica.
5. *Full Time Equivalent (FTE)* significa «Equivalente a Tempo Pieno». Un FTE equivale a una persona che lavora per 8 ore in un giorno. Il lavoro di due persone per 4 ore al giorno, vale 1 FTE. Eventuali dipendenti con orario diverso vengono riparametrati a questa quantità. Ad esempio, una persona con contratto di lavoro a tempo parziale di 6 ore giornaliere equivale a

Figura 11
Rappresentazione grafica dei risultati della misurazione del cruscotto di indicatori a livello di sistema (dicembre, 2008)

- 0,75 FTE (6/8 ore), mentre una che lavora per quattro ore sarà pari a 0,5 FTE.
6. La «modalità tabellare» è un sistema di attribuzione del punteggio tecnico in cui l'ente definisce ex ante tutte o alcune variabili di un bene/servizio rilevanti ai fini della valutazione tecnica e attribuisce un punteggio a ciascuna possibile alternativa. In tal modo, il momento della valutazione non sarà più interamente discrezionale, ma legato a parametri definiti a priori, nel caso si utilizzi una piattaforma telematica, qualora si utilizzi la modalità tabellare, il calcolo dei punti tecnici è completamente automatico.
 7. Questa dimensione d'impatto è stata considerata individualmente, al fine di valorizzarla, ma è da considerarsi compenetrata con quella sulla trasparenza, ad esempio per quanto riguarda la disponibilità della documentazione *online*.
 8. Fonte IGESPE, Ispettorato generale per la spesa sociale.
 9. *Sintel* è la piattaforma di *eProcurement* sviluppata e promossa da Lombardia Informatica per conto di Regione Lombardia. Attiva dal mese di marzo 2008, *Sintel* si distingue per: completezza (possibilità di svolgere *online* tutte le procedure previste dal Codice dei contratti), garanzia di autonomia d'uso da parte degli enti, flessibilità e semplicità d'utilizzo, gratuità e per il supporto specialistico offerto dalla Centrale regionale acquisti.

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

- ANDERSEN K.V. (2005), *E-government in azione: tecnologie e cambiamento nel settore pubblico*, FrancoAngeli, Milano.
- BERTINI L., SCIANDRA L. (2001), «Implicazioni teoriche dell'e-procurement ed analisi del modello adottato dalla PA italiana», risorsa elettronica.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G. (2005), *E-He@lth: percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw-Hill libri Italia, Milano.
- CROOM S.R. (2000), «The impact of web-based procurement on the management of operating resources supply», *The Journal of Supply Chain Management*, Winter, 36 (1), pp. 4-13.
- DAVENPORT T.H. (1994), *Innovazione dei processi, riprogettare il lavoro attraverso l'IT*, McGraw-Hill, Milano.
- FOUNTAIN J.E. (2001), *Building the virtual state: information technology and institutional change*, Brookings Institutions, Washington.
- GAMBLE R. (1999), «Electronic commerce: The way of the future is still in flux», *Business Credit*, ottobre, 101, pp. 24-27.
- GREENEMEIER L. (2000), «Buying power», *Information Week*, 780 (3), pp. 67-68.
- HEYWOOD J.B., BARTON M., HEYWOOD C. (2002), *E-procurement: managing successful e-procurement implementation*, Financial Times/Prentice Hall, London.
- IASELLI M. (2005), *L'e-procurement: l'acquisizione di beni e servizi della P.A. nel quadro del piano di e-government*, Liguori, Napoli.
- LIN B., JONES C.B. (1993), «Management implications of electronic data interchange», *International Business School Computing Quarterly*, 4 (3), p. 2.
- MECHLING J. (2000), «E-commerce: e-government and procurement reform», in Atti del seminario E-government ed innovazione dei servizi della pubblica amministrazione (a cura di) Ministero del Tesoro, del Bilancio e della P.E., Roma.
- MELE V., NASI G. (2000), «Dall'EDI all'e-procurement nei processi d'acquisto», in *Osservatorio Telesanità*, quaderno MxM - AIM n. 42, Milano.
- MURRAY M. (2001), «This little company went to e-market», *CMA Management*, giugno, pp. 28-29.
- NOHRIA N., BERKLEY J.D. (1994), «The virtual organization: bureaucracy, technology and the implosion of control», in C. Heckscher, A. Donnellon, *The post-bureaucratic organization: new perspectives on organizational change*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- RAMAYAH T., ZBIB I., JANTAN M., KOH B.L. (2006), «Type of procurement and operational performances: comparison of e-procurement and offline purchasing towards operational efficiency», *Advances in global business research*, vol. 3, 1, pp. 279-296.
- ROCHE J. (2001), «Are you ready for e-procurement?», *Strategic Finance*, luglio, 83 (1), pp. 56-59.
- VENKATESH V., BALA H. (2008), «Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions», *Decision Sciences*, vol. 39, 2, pp. 273-315.
- WITTIG W. (1999), «A strategy for improving public procurement», in 9th International Anti Corruption Conference, Papers IACC.

Siti web

<http://ue.eu.int>
<http://ec.europa.eu>
www.peppol.eu
www.aipa.it
www.empulia.it
www.intercent.it
www.sardegnaecat.it
www.centraleacquisti.regione.lombardia.it
www.ogcbuyingsolutions.gov.uk
www.ski.dk
www.censis.it
www.gleach.com
www.nua.ie
www.pianoegov.it
www.pleiaide.it
www.unesco.org
www.acquistinretepa.it
www.itradeplace.com
www.albofornitori.it
www.innovazione.gov.it

Governare la qualità e l'economicità dei processi: il caso dell'Area veterinaria dell'Asl di Milano

WALTER LOCATELLI, PIERO FRAZZI, ANDREA LEONARDI

How manage quality and costs of processes? This is a very critical point for every Local Health Authority (and its Departments) which faces short budget and rigid quality standards. The case of Veterinary Department of LHA Milan shows how integrate Quality System ISO 9001 and Control System Activity Based Costing in order to manage quality and costs of processes. Both QS ISO 9001 and CS ABC are based on process approach and evidence shows that system integration may be quick and easy. In particular, system integration allows to support continual quality and cost improvement of processes based on objective measurement.

Keywords: veterinary department, process approach, activity based costing control system

Parole chiave: dipartimento veterinario, approccio per processi, sistema di controllo di gestione «activity based costing»

Note sugli autori

Walter Locatelli è Direttore generale di Asl di Milano. Piero Frazzi è Direttore del Dipartimento veterinario di Asl di Milano.

Andrea Leonardi, consulente aziendale, ha supportato Asl di Milano nello sviluppo di un sistema di gestione per la qualità ISO 9001 e nello sviluppo del progetto pilota di integrazione tra sistema qualità/sistema di controllo di gestione ABC per l'area veterinaria.

1. Introduzione

Tesi centrale del presente studio è che solo perseguendo una razionale integrazione tra sistema di gestione per la qualità ISO 9001 e sistema di controllo di gestione secondo la metodologia ABC è possibile governare i processi aziendali con riferimento sia alla qualità sia all'economicità delle prestazioni da questi erogate.

Il presente studio si prefigge quindi i seguenti obiettivi:

1) sviluppare delle linee guida metodologiche per integrare in un unico sistema la pianificazione e il controllo della qualità e della economicità dei processi di erogazione delle prestazioni dell'Area veterinaria dell'Asl di Milano (Dipartimento di prevenzione veterinaria e Distretti veterinari);

2) validare le linee guida sviluppate mediante l'applicazione sperimentale a un caso concreto rappresentato dai processi e dalle prestazioni erogate dall'Area veterinaria.

Nonostante il campo di applicazione del presente studio sia *in primis* rivolto all'Area veterinaria dell'Asl di Milano, si ritiene che la metodologia messa a punto e l'esperienza maturata sul campo possa trovare utile applicazione alla generalità dei contesti aziendali, con particolare riferimento alle Aziende sanitarie locali.

1.1. Pianificazione e controllo dei processi sanitari: scenari evolutivi

In questi ultimi anni si è assistito a un radicale mutamento dell'ambiente di riferimento

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Governare i processi aziendali: qualità ed economicità
3. Profilo dell'Area veterinaria di Asl di Milano
4. Qualità ed economicità dei processi dell'Area veterinaria
5. Considerazioni finali

delle aziende sanitarie locali con riferimento ai seguenti aspetti:

- aspetti normativi: introduzione di una cultura di gestione aziendalistica nelle strutture di tipo pubblico a seguito di provvedimenti normativi quali in particolare il D.L.vo 502/92 e il D.L.vo 229/99;
- aspetti economico-finanziari: crescente rilevanza del rispetto del vincolo di bilancio a fronte di risorse sempre più scarse;
- aspetti medico-sanitari: nuove tematiche da fronteggiare e da gestire in un'ottica di *risk management* a tutela della salute pubblica;
- aspetti politico-sociali: crescente attenzione dei cittadini (e degli organi di decisione politica da questi eletti) nei confronti delle tematiche della salute e conseguente richiesta di standard di qualità sempre più elevati dei processi e delle prestazioni in un'ottica di orientamento al cliente.

Il modello sanitario adottato dalla Regione Lombardia per far fronte alle dinamiche sopra richiamate ha ulteriormente posto l'accento sulla necessità di una ridefinizione della missione strategica affidata alle aziende sanitarie locali e quindi sull'adeguamento del sistema organizzativo per rendere la gestione delle aziende sanitarie locali atta a perseguire gli obiettivi istituzionali a queste affidate.

A questo proposito, uno degli strumenti più importanti che in questi anni le aziende pubbliche hanno prevalentemente utilizzato per adeguare il proprio sistema organizzativo è stato, ed è tuttora, rappresentato dai sistemi di gestione per la qualità in conformità allo standard UNI EN ISO 9001. In particolare, l'introduzione di sistemi di gestione per la qualità è stata utilizzata come leva per superare l'autoreferenzialità delle aziende (e al loro interno, l'autoreferenzialità delle singole funzioni aziendali) orientandone la gestione alla necessità di definire e perseguire opportuni obiettivi qualitativi relativamente ai processi svolti, alle prestazioni erogate e ai clienti destinatari di tali prestazioni (siano questi il singolo o la collettività territoriale).

Nonostante i positivi risultati finora conseguiti, come peraltro complessivamente testimoniato dal livello di eccellenza del sistema sanitario lombardo, molto resta ancora

da fare in un'ottica di miglioramento continuo. A questo proposito, un possibile asse di miglioramento potrebbe essere rappresentato dall'integrazione tra sistemi di gestione per la qualità e sistemi di controllo di gestione, integrazione finalizzata ad assicurare il governo dei processi e delle prestazioni aziendali sia sotto il profilo della «Qualità» sia sotto il profilo della «Economicità». Questo nel presupposto, ormai corroborato da una pluralità di riscontri, che nelle aziende erogatrici di prestazioni immateriali (servizi) il fattore critico di successo è rappresentato dalla capacità di pianificare e di controllare in modo integrato i processi mediante cui sono erogate le prestazioni ai clienti destinatari delle stesse. Per pianificazione integrata dei processi e delle prestazioni s'intende quindi la capacità di definire, a fronte di specifici obiettivi di varia natura (qualità ed economicità *in primis* ma anche: sicurezza lavoro, sicurezza informazioni, tutela ambiente, *risk management*, ecc.) i mezzi (risorse umane e infrastrutturali) e le modalità per perseguirli, incluse le modalità di monitoraggio e controllo. A maggior ragione questo approccio sembra applicarsi sia alle aziende sanitarie locali sia alle singole aree funzionali in cui tali aziende si articolano, tra cui, ai fini del presente lavoro, l'Area veterinaria dell'Asl di Milano).

2. Governare i processi aziendali: qualità ed economicità

2.1. Approccio per processi

I principi della gestione per processi (*process management*),¹ sviluppatasi a partire dagli anni '80, si fondano ormai su un *corpus* sufficientemente consolidato di conoscenze manageriali a seguito della loro applicazione a una serie di casistiche aziendali in tutti i settori di attività.

Il *process management* nasce come risposta alle necessità delle aziende di riorientare la propria strategia a fronte dei mutamenti del settore di riferimento. A sua volta l'adozione di un approccio organizzativo per processi ha portato a un cambiamento nella metodologia del sistema di controllo di gestione secondo lo schema sotto riportato.

strategia → organizzazione → controllo gestione

I mutamenti degli scenari strategici hanno ridefinito l'orientamento strategico fondamentale (missione e visione) di molte realtà aziendali, sia pubbliche sia private. In particolare le realtà pubbliche sono state oggetto di una crescente «aziendalizzazione» mediante l'adozione di modelli gestionali mutuati dal settore privato al fine di recuperare condizioni di efficienza, efficacia ed economicità a seguito di vincoli di bilancio sempre più rigidi e richieste dei cittadini utenti sempre più esigenti. Questo a fronte di un dibattito sociale e politico sempre più attento a individuare il migliore *mix* tra pubblico e privato, specialmente in settori tradizionalmente riservati a realtà pubbliche come quello sanitario. Da qui la necessità di una visione strategica in cui al centro della missione aziendale sia posto il cliente (ovvero il cittadino utente, inteso sia come singolo sia come collettività) a cui deve essere erogata una prestazione «competitiva» ovvero equilibrata sotto il profilo della qualità e del prezzo (inteso anche come costo della prestazione posto a carico della fiscalità generale).

Il riorientamento della missione e della visione strategica delle realtà pubbliche implica ovviamente un parallelo cambiamento nei relativi assetti organizzativi poiché l'approccio organizzativo tradizionale basato sulla dimensione «verticale» dell'azienda non è più adeguato a supportare la missione strategica. Questo in quanto l'approccio organizzativo tradizionale, essenzialmente focalizzato sull'organigramma articolato per competenze funzionali o territoriali, comporta elevati rischi di autoreferenzialità dove le singole funzioni aziendali finiscono per lavorare «a compartimenti stagni» perdendo di vista gli obiettivi strategici aziendali. Il *process management* (o approccio per processi)² nasce sostanzialmente come risposta alla crisi del paradigma organizzativo tradizionale e si focalizza sulla dimensione «orizzontale» dell'azienda che è vista una catena di processi più che una piramide di funzioni. Questo in un'ottica di cliente fornitore (non solo esterno ma anche interno all'azienda stessa) in cui l'*output* di un processo costituisce l'*input* di un altro processo fino a erogare al cliente finale la prestazione da questi richiesta. I sistemi di gestione per la qualità in conformità alla norma UNI EN ISO 9001 hanno recepito i principi della gestione per processi contri-

buendo alla loro diffusione presso la generalità delle realtà aziendali sia pubbliche sia private (piccole e medie imprese, ecc.).

L'adozione dei principi di gestione per processi implica a sua volta il superamento della tradizionale logica di controllo di gestione per «centri di responsabilità» ovvero basata sul costo (medio o assoluto) dei fattori produttivi (risorse umane, risorse infrastrutturali, materiali e servizi di consumo) allocati alle varie funzioni aziendali. Questo perché tale approccio non consente di stabilire una significativa relazione di causa-effetto tra il costo dei fattori produttivi e il costo effettivo della singola prestazione erogata. I sistemi di controllo di gestione *Activity Based Costing* (ABC) nascono sostanzialmente come risposta alla crisi dei modelli di controllo di gestione tradizionali e privilegiano il monitoraggio del costo effettivo della prestazione erogata (e del relativo processo produttivo) rispetto al costo di un generico «centro di responsabilità» (e del relativo «costo medio» della prestazione inteso come mero rapporto tra costo del centro e numero prestazioni erogate). Questo consente ai sistemi di controllo di gestione ABC di essere gli strumenti più adatti non solo per monitorare i costi della singola prestazione ma anche per migliorare l'economicità del processo stesso mediante un'attenta analisi costi/utilità delle singole attività che lo compongono.

2.2. Pianificazione strategica e mappa dei processi

I principi della gestione per processi trovano quindi fondamento nella necessità di assicurare che i processi e le prestazioni aziendali siano allineate alla missione strategica. Questo in quanto, in ultima istanza, la capacità stessa di una determinata realtà aziendale di adempiere alla propria missione strategica risiede nella capacità di governare in modo vantaggioso i propri processi nonché le interazioni tra di essi.

A questo scopo sono stati sviluppati modelli di analisi strategica imperniati sulla mappatura dei processi aziendali al fine di individuare in che modo le interazioni tra questi processi creano utilità all'azienda stessa e ai clienti di riferimento.

Il più noto modello di analisi, ormai utilizzato come uno standard *de facto* a livel-

lo internazionale è il cosiddetto modello di Porter.

Secondo tale modello le modalità d'interazione tra le attività aziendali (ovvero tra i processi) sono alla base della capacità dell'azienda stessa di erogare ai propri clienti prestazioni competitive, tali cioè da soddisfare i requisiti dei clienti in termini di qualità e di costo.

L'insieme dei processi aziendali e il modo con cui questi interagiscono tra loro costituisce in buona sostanza la «catena del valore» di una determinata azienda. Il termine «catena del valore» evoca immediatamente il concetto sottostante: ovvero che la creazione di utilità per l'azienda e per il cliente destinatario delle prestazioni aziendali (beni o servizi) è il prodotto finale di una serie ininterrotta di interazioni a catena tra processi in un'ottica cliente-fornitore (in cui cioè gli *output* di un processo costituiscono gli *input* di un altro processo).

In tale ottica i processi aziendali possono classificarsi in due grandi categorie:

- processi primari, o di *business*, ovvero tutti quei processi le cui prestazioni influiscono direttamente sulla soddisfazione del cliente destinatario;
- processi secondari, o di supporto, ovvero tutti quei processi le cui prestazioni non influiscono sulla soddisfazione del cliente ma facilitano lo svolgimento dei processi primari.

Nello schema riportato nella **figura 1**, ripreso e adattato dal modello di Porter, viene fornita la rappresentazione della catena

del valore con i riferimenti ai corrispondenti punti della norma UNI EN ISO 9001.

I due sistemi privilegiati dalle aziende per governare la qualità e l'economicità dei processi di erogazione delle prestazioni sono:

- 1) i sistemi di controllo di gestione *Activity Based Costing (ABC)*;
- 2) i sistemi di gestione per la qualità UNI EN ISO 9001.

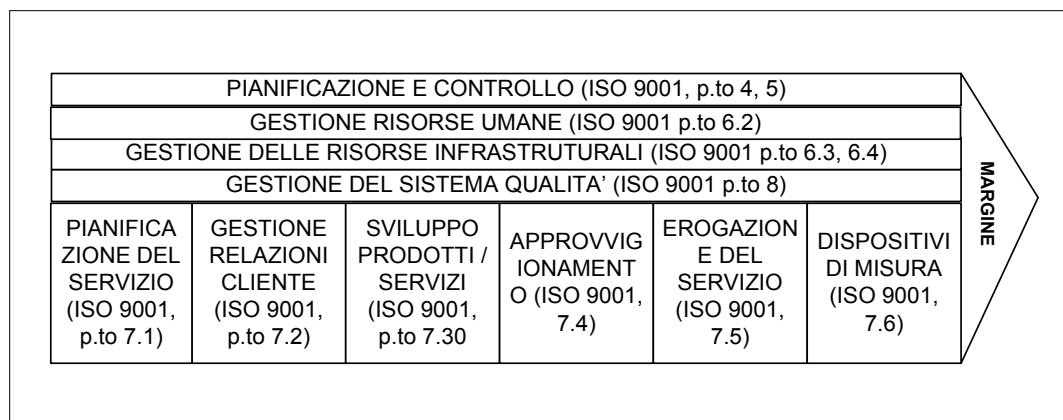
I sistemi di controllo di gestione ABC hanno consentito, alle aziende che li hanno adottati, una migliore conoscenza delle relazioni di causa-effetto tra costo delle prestazioni erogate, costo delle attività svolte (processi) per erogare tali prestazioni e costo delle risorse utilizzate da tali attività.

I sistemi di gestione per la qualità UNI EN ISO 9001 hanno consentito, alle aziende che li hanno adottati, una migliore conoscenza delle relazioni di causa-effetto tra qualità delle prestazioni erogate, qualità dei processi svolti (attività) e qualità delle risorse utilizzate da tali attività.

Nonostante la crescente diffusione dei sistemi di controllo di gestione ABC e dei sistemi di gestione per la qualità ISO 9001, raramente le aziende hanno perseguito una razionale integrazione tra questi due sistemi al fine di ottenere significativi vantaggi quali un miglior controllo complessivo dei processi nei loro aspetti qualitativi ed economici nonché una migliore ottimizzazione dei costi di sviluppo e di esercizio dei due sistemi.

I motivi di questa mancata integrazione sono molteplici e una loro disamina esula dai limiti del presente studio, anche se forse non

Figura 1
Catena del valore e processi dello standard ISO 9001



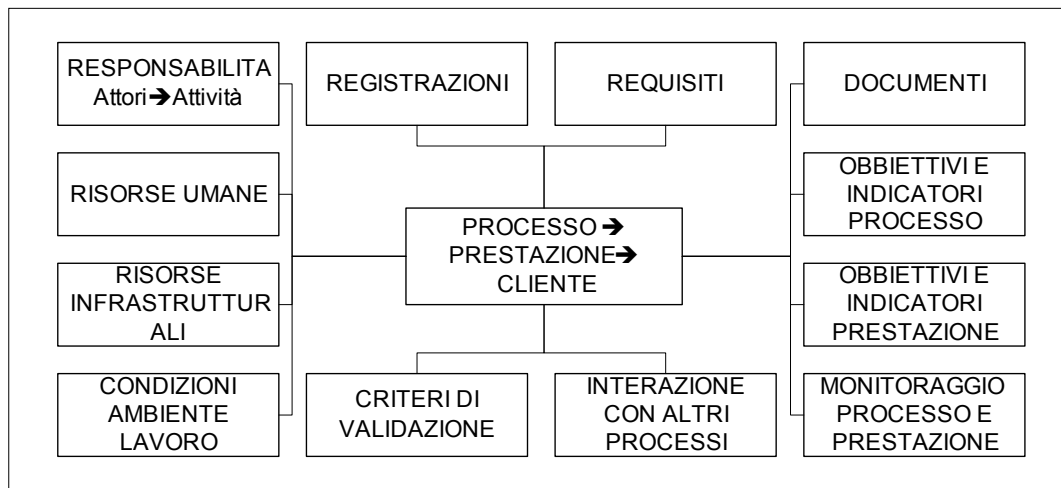


Figura 2
Struttura logica di un piano di processo

è del tutto azzardato ipotizzare che il motivo fondamentale non sia tanto di ordine tecnico quanto di ordine culturale, essendo per ragioni storiche la tematica della «Qualità» prevalentemente di competenza di funzioni tecniche mentre la tematica del controllo di gestione prevalentemente di competenza di funzioni amministrative.

Nei capitoli seguenti, previo richiamo dei concetti fondamentali relativi al controllo dei costi dei processi secondo la metodologia ABC e alla pianificazione della qualità dei processi secondo la norma ISO 9001, si forniranno gli strumenti metodologici necessari per l'integrazione tra sistemi di controllo di gestione e sistemi di gestione per la qualità in un unico sistema di governo dei processi e delle relative prestazioni.

2.3. Pianificazione per la qualità a livello di processo

La norma UNI EN ISO 9001 pone come principale requisito, per le aziende che intendono sviluppare un sistema di gestione per la qualità, l'adozione di un approccio per processi.

Il paradigma fondamentale dell'approccio per processi può essere così schematizzato:

processo → prestazione → cliente

Secondo tale paradigma, ogni prestazione (prodotto o servizio) destinata a un cliente è il risultato di un processo. Nei termini più semplici possibili: per soddisfare il cliente occorre fornirgli una «buona» prestazione

e per fornire al cliente una «buona» prestazione occorre fare un «buon» lavoro, ovvero occorre governare bene il relativo processo produttivo.

Pianificare la qualità di un processo (e della relativa prestazione) significa sostanzialmente (vedi § 3):

1) definire gli obiettivi che si vogliono perseguire in termini di efficienza ed efficacia del processo e della relativa prestazione, ovviamente in funzione dei requisiti del cliente di riferimento;

2) definire i vincoli (normativi, tecnici, organizzativi, ecc.) da rispettare e le risorse da utilizzare per perseguire tali obiettivi.

Il documento che pianifica la qualità di un determinato processo viene denominato «Piano della Qualità». Nella **figura 2** viene schematicamente rappresentata la struttura di un Piano della Qualità.

2.4. Pianificazione per la qualità a livello di processo

I sistemi di controllo di gestione *Activity Based Costing* nascono come risposta alla crisi dei sistemi di controllo di gestione tradizionali a seguito dei mutamenti nella struttura dei costi delle aziende. Le innovazioni tecnologiche e organizzative hanno, infatti, in questi ultimi anni, notevolmente incrementato i costi indiretti rispetto ai costi diretti (manodopera diretta, materie prime). Ciò ha determinato una progressiva perdita di si-

gnificato della correlazione di causa-effetto tra i costi indiretti e le prestazioni erogate al cliente destinatario, correlazione sostanzialmente basata sulla mera ripartizione proporzionale dei costi indiretti alle prestazioni erogate in funzione dei costi diretti da questi assorbiti. Questo fenomeno ha creato pericolose distorsioni decisionali nel calcolo di convenienza economica poiché, trascurando il fattore «complessità di gestione» insito nei diversi processi aziendali, ha caricato impropriamente una maggiore quota di costi indiretti a processi/prestazioni magari di facile ed economica gestione ma con l'unica «colpa» di presentare una quota di costi diretti maggiore rispetto ad altri processi/prestazioni di ben più complessa e onerosa gestione. Nella **tabella 1** sono sinteticamente posti a raffronto i sistemi di controllo di gestione ABC con i sistemi di controllo di gestione tradizionali.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, si può forse affermare che i sistemi di controllo di gestione ABC hanno come finalità fondamentale il recupero della correlazione di causa-effetto tra i costi delle prestazioni erogate e i costi delle attività necessarie a erogarle (processi) nonché tra i costi delle attività e i costi delle risorse da queste assorbite.

Il paradigma fondamentale dei sistemi di controllo di gestione ABC può essere così schematizzato:

costo risorse → costo attività di processo →
costo prestazione

Ovvero: il costo delle prestazioni erogate da un processo è in funzione del costo delle attività assorbite dal processo e il costo delle attività del processo è in funzione del costo delle risorse assorbite secondo lo schema riportato nella **figura 3**.

Il costo delle risorse è rappresentato dal costo dei fattori produttivi così come registrato in contabilità generale. I fattori produttivi sono costituiti dalle risorse umane, dalle risorse infrastrutturali (spazi di lavoro, apparecchiature e attrezzature, servizi di supporto) e dal materiale di consumo.

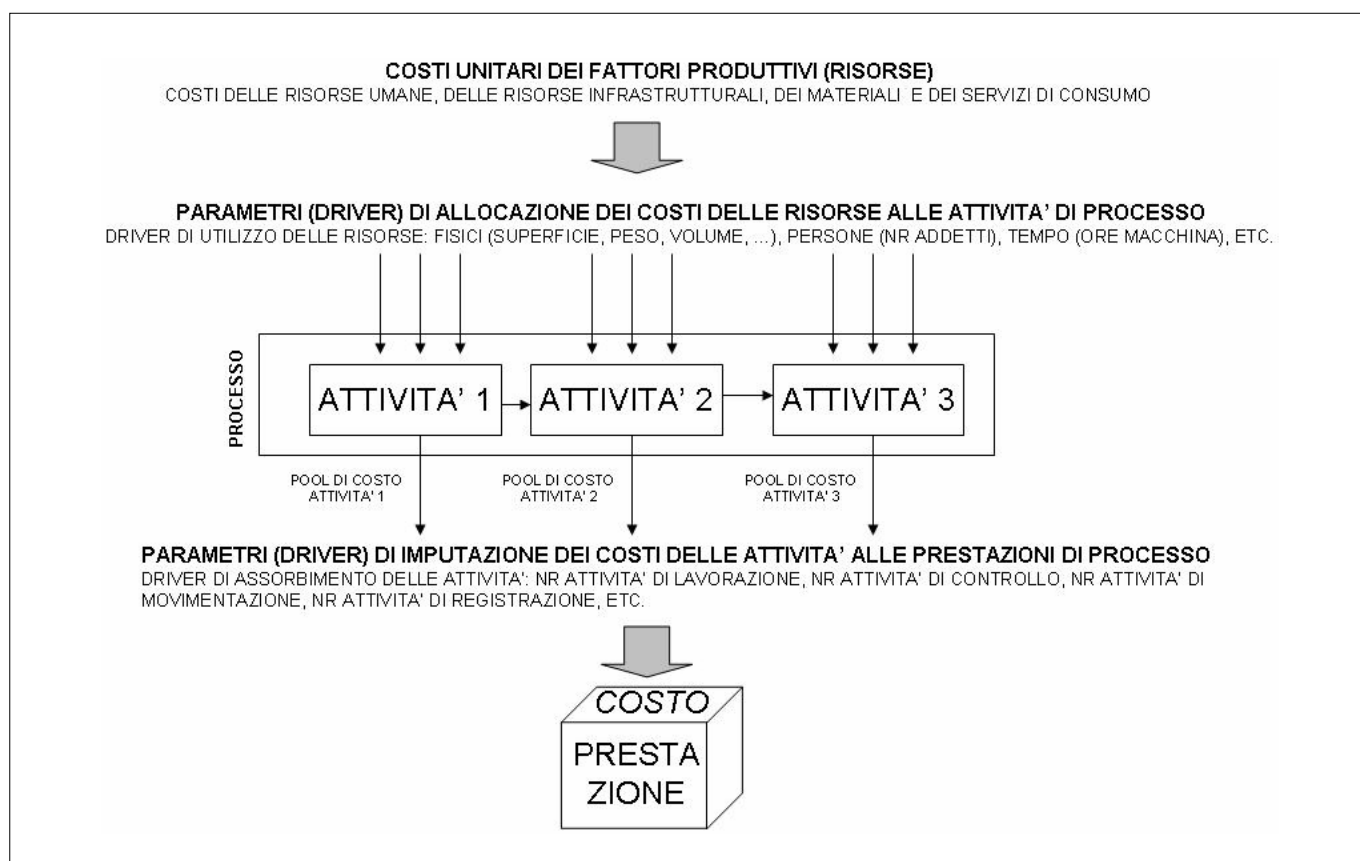
La causa del sostenimento dei costi inerti ai fattori produttivi è ovviamente da individuarsi nelle attività da svolgersi a cui questi sono destinati. I costi dei fattori produttivi possono così allocarsi alle singole attività sulla base di parametri fisici di utilizzo: ore/uomo, ore/macchina, metri quadri occupati, chilometri percorsi, materiale consumato, ecc.

La causa del sostenimento dei costi inerti alle prestazioni erogate da processo è altrettanto ovviamente da individuarsi nel numero delle attività da svolgersi per produrre tali prestazioni. I costi delle attività possono così allocarsi alle singole prestazioni sulla base di parametri organizzativi di utilizzo: n. ordini di approvvigionamento, n. ricevimenti materiali, n. bolle registrate, n. cicli di lavorazione svolti, n. visite di sorveglianza, n. campionamenti, n. collaudi, n. rilavorazioni, n. rapporti registrati, ecc.

Tabella 1

Confronto tra sistemi di controllo di gestione

ASPETTI	SISTEMI ABC	SISTEMI TRADIZIONALI
Orientamento organizzativo	Orizzontale: approccio per processi (mappa dei processi)	Verticale: struttura organizzativa (organigramma)
Oggetto di allocazione dei costi delle risorse (centri di costo)	Attività di processo	Funzioni aziendali
Parametri d'imputazione alle prestazioni dei costi allocati ai centri di costo	Costi indiretti imputati in funzione degli <i>output</i> fisici delle attività (numero operazioni svolte)	Costi indiretti imputati proporzionalmente ai costi diretti delle prestazioni (MOD, materie prime, ecc.)
Indicatori e misurazioni	Economici e di qualità (efficacia ed efficienza)	Solo economici
Orientamento temporale	Futuro (cosa fare)	Passato (cosa si è fatto)
Supporto alle decisioni	<i>Focus</i> sulle relazioni causa-effetto delle attività e dei costi	<i>Focus</i> su scostamenti costi programmati-costi consuntivati
Orientamento al miglioramento dei processi	Alto (analisi della utilità effettiva delle attività svolte e reingegnerizzazione dei processi)	Basso (taglio indiscriminato dei costi dei fattori produttivi)



Da quanto sopra esposto, si possono trarre le seguenti considerazioni:

- il costo di un'attività dipende da quali e quante risorse questa assorbe, il che a sua volta è da porre in funzione della complessità e della razionalità dell'attività stessa. Questo porta a monitorare con attenzione i parametri di efficienza di utilizzo delle risorse in rapporto all'efficacia dei risultati ottenuti;
- il costo di una prestazione dipende da quali e quante attività questa assorbe, il che a sua volta è da porre in funzione della complessità del processo. Questo porta a monitorare con attenzione l'effettiva utilità di tutte le attività in cui il processo si articola in rapporto ai relativi costi in un'ottica di miglioramento del processo stesso (a iniziare dall'eliminazione delle attività inutili).

2.5. Pianificazione integrata qualità ed economicità di processo

Le considerazioni svolte inerentemente

alle metodologie di pianificazione³ per la qualità ISO 9001 e di controllo di gestione ABC devono trovare un opportuno momento di sintesi mediante la definizione di una metodologia integrata di governo dei processi e delle prestazioni aziendali, metodologia che poggi su solide fondamenta teoriche e che sia suscettibile di agevole applicazione al caso pratico.

Lo sviluppo di una linea guida per la pianificazione e il controllo integrati ISO 9001/ABC dei processi e delle prestazioni costituisce quindi il *trait d'union* necessario tra le considerazioni teoriche precedentemente svolte e la loro applicazione ai processi e alle prestazioni concrete dell'Area veterinaria dell'Asl di Milano. Di seguito si forniscono quindi indicazioni di taglio operativo per la pianificazione e il controllo dei processi e delle prestazioni a partire da requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000 opportunamente integrati con i requisiti dei sistemi di controllo di gestione ABC, evidenziando i collegamenti tra i due sistemi.

Figura 3
Rappresentazione della metodologia *Activity Based Costing*

3. Profilo dell'Area veterinaria dell'Asl di Milano

3.1. Contesto di riferimento dell'Area veterinaria

Come precedentemente richiamato, l'evoluzione dell'ambiente di riferimento politico ed economico sta sempre più modificando la visione e la missione strategica delle Aziende sanitarie locali della Regione Lombardia e, di conseguenza, dell'Area veterinaria dell'Asl di Milano.

In particolare la missione strategica dell'Area veterinaria è sempre più focalizzata sulla capacità di valutare e gestire i rischi sanitari inerenti al territorio per le materie di competenza.

Le risorse economiche sempre più limitate e le fonti di rischio sempre più estese impongono all'Area veterinaria l'abbandono del modello di controllo «a pioggia» a favore di un modello basato su un approccio di valutazione «costi-benefici», dove cioè il costo delle singole prestazioni sanitarie deve essere bilanciato dal corrispondente beneficio in termini di riduzione dei rischi per la collettività.

Questo nuovo approccio strategico richiede tuttavia che l'Area veterinaria si doti di due nuovi meccanismi organizzativi:

- un sistema di controllo di gestione interno, finalizzato al calcolo puntuale del costo effettivo di ogni singola prestazione erogata;
- un sistema di valutazione dei rischi sanitari relativi alle singole aree d'intervento.

Per quanto concerne il primo punto, un ulteriore requisito è costituito dalla ottimizzazione dei costi di utilizzo dello stesso sistema di controllo di gestione.

In questi anni, infatti, le Aziende sanitarie locali hanno vissuto, dietro *input* regionale, un proliferare di sistemi di gestione: sistemi di accreditamento regionale, sistemi di controllo di gestione, sistemi qualità ISO 9001 fino al recente sistema tratto dagli schemi della *Joint Commission International*.

Non sempre, per ragioni di vario ordine, le Asl hanno perseguito l'obiettivo di «ricomporre» tali sistemi in un quadro aziendale coerente, in modo da sfruttarne le sinergie e

da ridurre i costi d'implementazione, mantenimento e sviluppo.

Da qui l'esigenza avvertita dall'Area veterinaria di sperimentare ed eventualmente integrare il sistema di controllo di gestione interno con gli altri sistemi di gestione già utilizzati con particolare riferimento al sistema di gestione per la qualità ISO 9001, sistema di gestione che, per la sua linearità, flessibilità e solidità d'impostazione, è quello più adatto ad essere assunto a riferimento.

Nei capitoli seguenti saranno quindi illustrate le fondamenta teoriche che presidono tale integrazione nonché le modalità pratiche di pianificazione e controllo integrata della qualità e dell'economicità dei processi di erogazione delle prestazioni dell'Area veterinaria, previa sintetica illustrazione della missione strategica assegnata all'Area veterinaria, del relativo assetto organizzativo e della mappa dei processi mediante cui sono erogate le relative prestazioni alla collettività territoriale.

3.2. Missione strategica dell'Area veterinaria

L'Asl di Milano rappresenta una delle realtà più complesse e di maggiori dimensioni nel panorama delle Asl lombarde, italiane ed europee. La sua missione fondamentale consiste nella tutela della salute della collettività dell'area territoriale di competenza con riferimento a una pluralità di ambiti, tra cui quello inerente alla veterinaria.

In tale conteso si colloca l'Area veterinaria cui è demandata l'erogazione di prestazioni in materia di sanità veterinaria pubblica nei seguenti ambiti di attività:

- tutela della sanità animale e igiene urbana veterinaria;
- tutela della sicurezza alimentare.

Di seguito si espone sinteticamente la missione strategica dell'Area veterinaria relativamente alle principali aree tecnico-sanitarie d'intervento.

Missione strategica dell'Area sanità animale e igiene veterinaria

L'Area sanità animale ha come missione strategica fondamentale assicurare:

- la profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali, trasmissibili e non all'uomo, compresi anche le profilassi di stato, il risanamento e la bonifica sanitaria del bestiame, i piani di monitoraggio, controllo ed eradicazione;

- l'attuazione delle normative inerenti alle anagrafi comunitarie, nazionali e regionali degli animali e degli allevamenti;

- la profilassi antirabbica, compresa la cattura ed il ricovero dei cani vaganti e l'osservazione degli animali morsiatori;

- la vigilanza e il controllo sulla produzione, raccolta, deposito, trattamento, trasformazione commercializzazione all'ingrosso e al dettaglio, del latte e dei prodotti derivati;

- la vigilanza e il controllo sulla nutrizione, sulla alimentazione normale e medicata degli animali, nelle fasi di produzione, distribuzione, deposito e somministrazione;

- la vigilanza e il controllo sulla produzione, distribuzione, deposito, somministrazione dei medicinali veterinari;

- la vigilanza e il controllo sul benessere animale in allevamento e durante il trasporto;

- il controllo e la vigilanza sull'esercizio della professione veterinaria e arti ausiliarie.

Missione strategica dell'Area sicurezza alimentare

L'Area sicurezza alimentare ha come missione strategica fondamentale assicurare:

- l'igiene e la sicurezza delle derrate alimentari di origine animale lungo tutta la filiera agroalimentare (con eccezione delle derrate alimentari derivanti da latte, di competenza del servizio igiene veterinaria);

- la gestione delle allerte alimentari per la parte inerente gli alimenti di origine animale.

3.3. Assetto organizzativo dell'Area veterinaria

Il Piano organizzativo funzionale aziendale (Pofa) di Asl di Milano definisce l'assetto organizzativo dell'Area veterinaria come di seguito sinteticamente riportato.

Struttura organizzativo dell'Area veterinaria

Le articolazioni organizzative dell'Area veterinaria e sono essenzialmente due:

- il Dipartimento veterinario;

- i Distretti veterinari.

La legge regionale istitutiva del Dipartimento veterinario, ne definisce altresì la struttura organizzativa individuando al suo interno tre Servizi (che si articolano a loro volta in Unità operative):

- Servizio di sanità animale;

- Servizio di igiene alimenti di origine animale;

- Servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

La struttura organizzativa (**figura 4**) è di tipo «a matrice» dove la dimensione «tecnico-scientifica» rappresentata dal Dipartimento (ovvero dai Servizi in cui questi si articola) s'incrocia con la dimensione «operativo-territoriale» rappresentata dai Distretti veterinari. In estrema sintesi ai Distretti veterinari spetta l'erogazione sul territorio cittadino di competenza delle prestazioni in materia di sanità pubblica veterinaria sulla base degli indirizzi tecnico-scientifici espressi dai Servizi del dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento veterinario oltre a coordinare le funzioni poste alle sue dipendenze assicura la necessaria integrazione con il Dipartimento di prevenzione per quanto concerne le attività di prevenzione e controllo in materia di sicurezza alimentare.

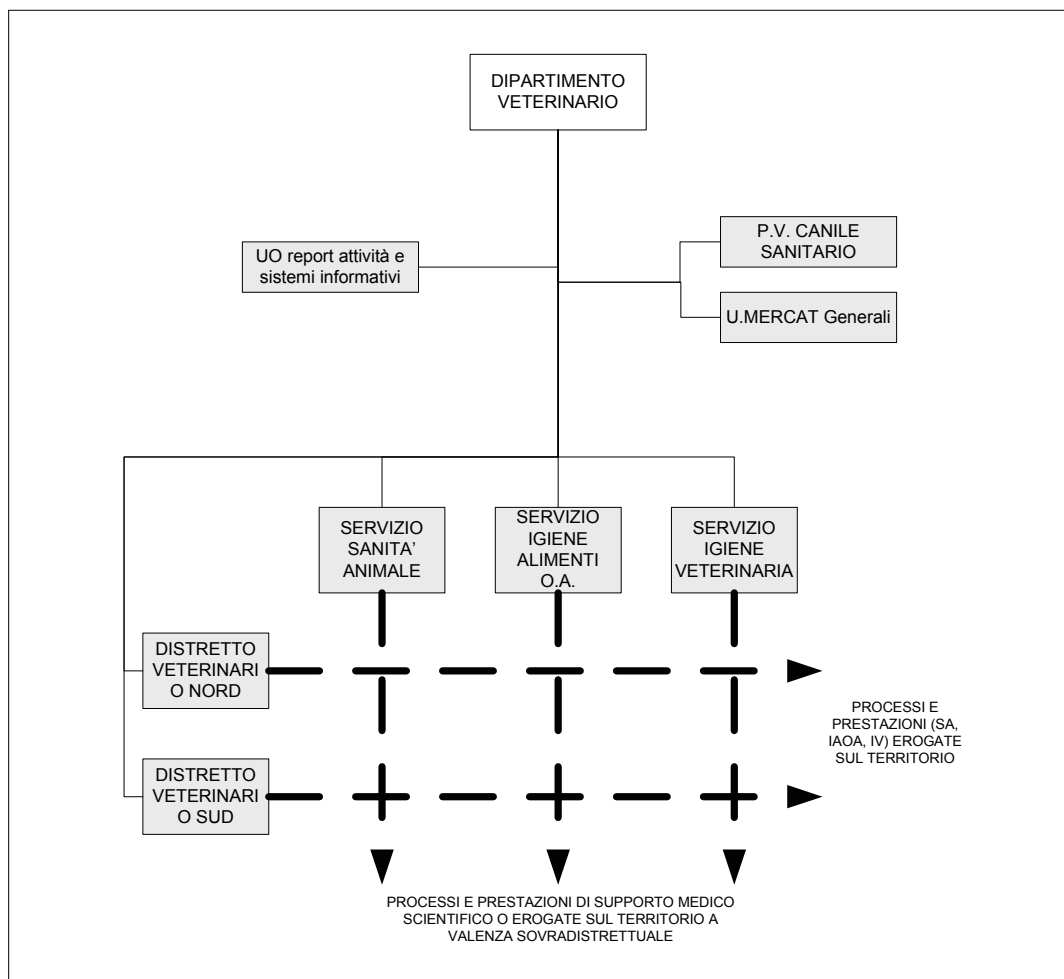
Meccanismi organizzativi dell'Area veterinaria

I meccanismi organizzativi dell'Area veterinaria sono essenzialmente costituiti dai seguenti sistemi di gestione:

- sistema di gestione per la qualità UNI EN SO 9001, che, a livello aziendale, è finalizzato sostanzialmente ad assicurare che le prestazioni erogate dall'Area veterinaria siano conformi ai requisiti di riferimento di ordine cogente, contrattuale (carta dei servizi), tecnico-scientifici e aziendali;

- sistema di programmazione e controllo dei volumi delle prestazioni erogate, che, a livello aziendale, è finalizzato essenzialmente ad assicurare che i volumi di prestazioni erogate siano conformi ai volumi di prestazioni programmate. La direzione del Dipar-

Figura 4
Struttura organizzativa
dell'area veterinaria



timento veterinario è in grado di attuare un attento controllo di gestione sull'attività programmata e sull'attività svolta. Attualmente è in essere un sistema di *reporting* in grado di valutare e rendicontare l'attività effettuata da ogni singolo operatore;

– sistema di controllo di gestione che, a livello aziendale, è finalizzato essenzialmente ad assicurare la corretta allocazione dei costi dei fattori produttivi (risorse umane, infrastrutturali, materiali di consumo) ai centri di responsabilità delle varie aree (dipartimento, servizi, distretti, unità operative).

3.4. Mappatura dei processi e catena del valore dell'Area veterinaria

In funzione della missione strategica e dell'assetto organizzativo dell'Area veterinaria come precedentemente descritto, si è

proceduto alla mappatura dei processi mediante cui tale missione si declina.

Una prima rilevazione analitica dei processi è stata svolta in occasione dell'implementazione del Sistema di gestione per la Qualità ISO 9001.

Riprendendo e opportunamente adattando il Modello di Porter, è possibile costruire la catena del valore dell'Area veterinaria (figura 5).

Il cliente di riferimento è essenzialmente costituito dalla collettività territoriale della Città di Milano e dei Comuni limitrofi di Sesto San Giovanni, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Bresso, Cormano.

Analisi dei processi primari

In funzione della missione strategica così come precedentemente descritta, i processi primari sono quelli inerenti all'erogazione di

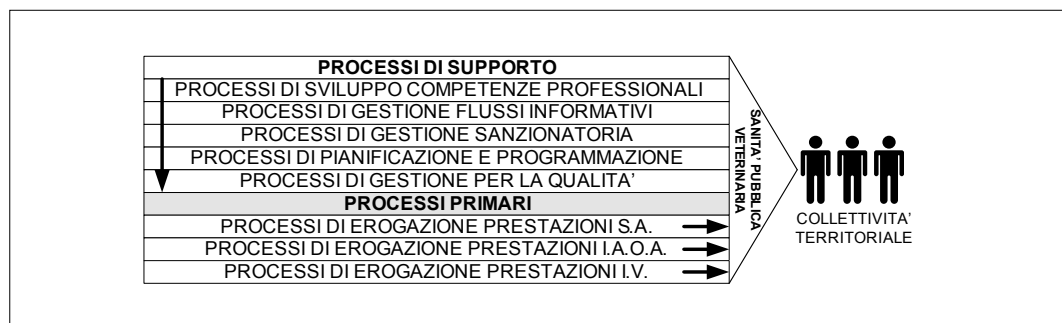


Figura 5
Catena del valore dell'area veterinaria

MACRO PROCESSO	PROCESSO/PRESTAZIONI	INDICATORI DI VOLUME
Sanità animale	Prelievi presso allevamenti	N. prelievi effettuati
Sanità animale	Monitoraggio allevamenti provinciali	N. attestati rilasciati
Sanità animale	Emissione passaporti animali domestici	N. passaporti rilasciati
Sanità animale	Gestione anagrafe canina	N. variazioni in anagrafe inserite
Sanità animale	Ricovero cani presso canile sanitario	N. cani ricoverati
Sanità animale	Osservazione animali morsicatori	N. animali osservati
Igiene alimenti	Controllo stabilimenti per prodotti ittici	N. controlli effettuati
Igiene alimenti	Controllo attività di ristorazione	N. controlli effettuati
Igiene alimenti	Campionamento presso struttura agroalimentare	N. campionamenti effettuati
Igiene alimenti	Controllo presso struttura della filiera agroalimentare	N. <i>audit</i> effettuati
Igiene alimenti	Allerte alimentari	N. allerte alimentari
Igiene veterinaria	Farmacosorveglianza veterinaria	N. sopralluoghi effettuati
Igiene veterinaria	Vigilanza ambulatori veterinari	N. sopralluoghi effettuati

Tabella 2
Elenco dei processi primari dell'area veterinaria

prestazioni in materia di sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale, igiene veterinaria.

Nella **tabella 2** sono elencati alcuni dei principali processi primari dell'Area veterinaria.

Analisi dei processi secondari

Nella **tabella 3** sono elencati i principali processi secondari dell'Area veterinaria.

4. Pianificazione e controllo dei processi dell'area veterinaria

4.1. Pianificazione integrata di alcuni processi pilota

L'applicazione della metodologia di controllo di gestione basata sull'approccio *Activity Based Costing* ha costituito l'oggetto di un progetto pilota sviluppato all'interno del Dipartimento veterinario. Per le ragioni

precedentemente esposte, sono stati presi in considerazione i seguenti processi:

- processo di campionamento alimenti di origine animale;
- processo d'ispezione/controllo presso le varie tipologie di strutture della filiera degli alimenti di origine animale presenti sul territorio.

L'applicazione della metodologia ABC ai processi in questione si è sviluppata lungo le fasi di seguito descritte (per comodità espositiva viene fatto riferimento al processo di campionamento alimenti origine animale):

- 1) pianificazione del processo di campionamento di alimenti di origine animale;
- 2) analisi delle attività fondamentali in cui si articola il processo;
- 3) analisi delle risorse assorbite dalle attività del processo;

Tabella 3

Elenco dei processi secondari dell'area veterinaria

MACRO PROCESSO	PROCESSO/PRESTAZIONE	INDICATORI DI VOLUME
Gestione sanzionatoria	Istruzione pratiche di denuncia sanzionatoria amministrativa o penale all'autorità giudiziaria Valutazione dei ricorsi a seguito di denuncia penale o sanzione amministrativa	N. pratiche di denuncia istruite/anno N. ricorsi valutati/anno
Sviluppo competenze professionali	Programmazione attività formative per il personale dell'Area veterinaria Attuazione delle attività formative programmate	N. eventi formativi programmati N. eventi formativi gestiti
Gestione adempimenti periodici	Gestione dei flussi informativi dell'Area veterinaria Gestione dell'attività di <i>reporting</i> dell'Area veterinaria	N. <i>report</i> inviati/anno
Gestione Sistema Qualità	Gestione della documentazione interna all'Area veterinaria	N. documenti emessi o aggiornati
Gestione Sistema Qualità AV	<i>Audit</i> di controllo interni all'area veterinaria	N. <i>audit</i> di controllo
Gestione Sistema Qualità AV	Gestione non conformità	N. non conformità rilevate
Gestione Sistema Qualità AV	Gestione azioni correttive e preventive	N. azioni correttive e preventive introdotte
Gestione Sistema Qualità AV	Supporto al riesame della direzione aziendale	N. supporti al riesame

- 4) predisposizione della reportistica;
- 5) predisposizione del supporto di *Information Technology*;
- 6) supporto al cambiamento organizzativo (*change management*).

4.2. Pianificazione del processo di campionamento alimenti O.A.

La pianificazione del processo di campionamento di alimenti di origine animale è stata effettuata adottando la nota metodologia di modellazione dei processi «*IDEFO*»⁴ (figura 6).

Mediante l'utilizzo della metodologia *IDEFO* si è provveduto a definire in via preliminare:

- *input* e *output* del processo;
- meccanismi di gestione del processo;
- tipologia delle risorse assorbite dal processo.

4.3. Pianificazione del processo di campionamento alimenti O.A.

L'individuazione delle principali attivi-

tà in cui si articola il processo di campionamento alimenti di origine animale è stata effettuata mediante costruzione di apposito diagramma di flusso (figura 7).

Sono quindi state individuate quattro attività fondamentali:

- 1) attività di trasferimento presso la struttura dove prelevare i campioni;
- 2) attività di prelevamento dei campioni degli alimenti di origine animale;
- 3) attività di rendicontazione delle attività svolte;
- 4) attività di conferimento dei campioni prelevati all'Istituto zooprofilattico.

4.4. Analisi delle risorse assorbite dalle attività del processo

L'analisi delle risorse assorbite dalle attività del processo si è a sua volta articolata in due diverse fasi:

- mappatura delle risorse assorbite;
- mappatura dei costi unitari delle risorse assorbite.

Mappatura delle risorse assorbite

In questa fase si sono individuate e classificate le risorse assorbite dalle singole attività in cui si articolano il processo in oggetto e le relative modalità di assorbimento di tali risorse come di seguito descritto.

Attività del processo

Le attività svolte corrispondono a quelle documentate dalla procedura di processo (è importante assicurare la massima congruenza tra attività considerate nelle procedure di qualità e attività oggetto di allocazione dei costi). Nel caso del processo di campionamento, sono state considerate le seguenti attività:

- attività di trasferimento;
- attività di campionamento;
- attività di rendicontazione del campionamento effettuato e relativa registrazione in apposito *database* informatico;
- attività di conferimento del campione al Laboratorio zooprofilattico.

Natura della risorsa assorbita

Sono state prese in considerazione:

- risorse umane;
- risorse infrastrutturali;
- materiali di consumo.

Tipo della risorsa

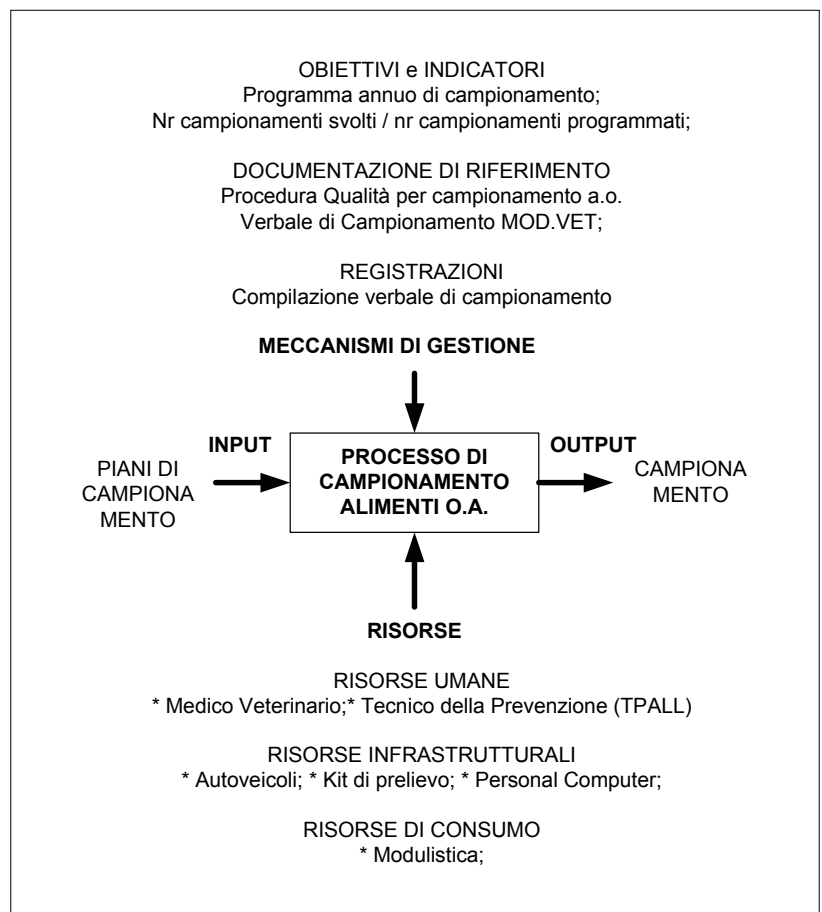
Per ogni risorsa sono individuate e associate le relative tipologie. Esempi:

- risorse umane: medico veterinario; tecnico della prevenzione;
- risorse infrastrutturali: autovetture, strumenti di prelievo (borse e contenitore);
- materiali di consumo: inclusa la modulistica.

Parametro di assorbimento della risorsa

Per ogni risorsa è individuato e associato il parametro di assorbimento. Esempi:

- medico veterinario o tecnico della prevenzione: minuti /uomo (con frazioni minime di 15 minuti);



- automobile: chilometri percorsi;
- modulistica: numero moduli.

ID della risorsa

Per ogni tipologia di risorsa sono individuate e associate le singole risorse in dotazione al Dipartimento veterinario (inventario delle risorse). Esempi:

- medico veterinario: elenco nominativo;
- tecnico della prevenzione: elenco nominativo;
- automobile: elenco autoveicoli (targa e modello);
- modulo: elenco moduli (codice modulo).

Mappatura dei costi unitari delle risorse

In questa fase si è effettuata la valorizzazione del costo unitario delle risorse assorbite.

Figura 6
Pianificazione del processo di campionamento alimenti origine animale

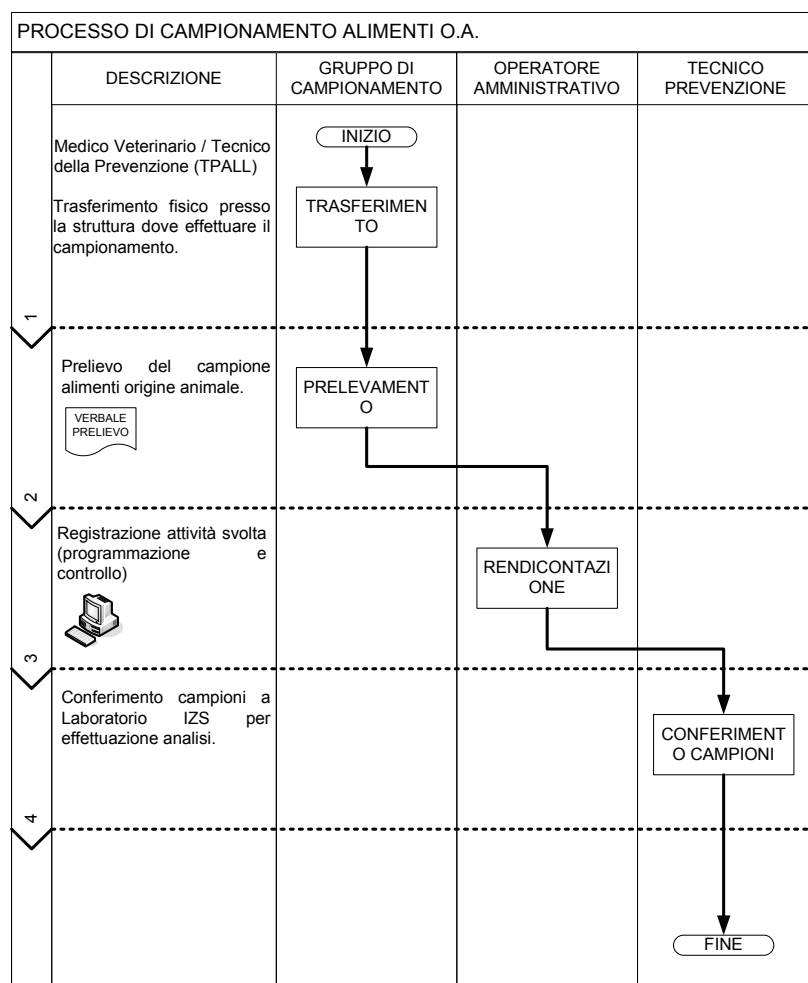


Figura 7

Workflow del processo di campionamento alimenti di origine animale

te dalle attività del processo. A questo scopo si sono adottati i seguenti criteri:

- *costo unitario delle risorse umane* si è essenzialmente fatto riferimento al costo annuo lordo aziendale rapportato alle giornate lavorative;
- *costo unitario degli autoveicoli* si è fatto riferimento alle tabelle chilometriche Aci;
- *costo unitario del materiale di consumo* si è fatto riferimento al costo medio di approvvigionamento del singolo lotto rapportato alla relativa quantità. Per i moduli stampati internamente, si è calcolato il costo medio di stampa.

4.5. Predisposizione della reportistica

In questa fase si è predisposta la scheda

di rilevazione delle quantità di risorse assorbite dalle attività svolte dagli operatori aziendali per l'erogazione delle prestazioni di competenza. Si è scelto di privilegiare un formato di scheda molto semplice e intuitivo basato sui seguenti campi da compilare:

- processo/prestazione erogata;
- area veterinaria di riferimento: sanità animale, igiene alimenti origine animale, igiene veterinaria;
- responsabile di processo: l'Unità operativa o il Servizio del dipartimento veterinario che eroga la prestazione;
- data di erogazione della prestazione;
- struttura oggetto dell'intervento: la ragione sociale della struttura della filiera alimentare oggetto di sorveglianza presso la quale viene svolto l'intervento;
- indirizzo struttura;
- tipologia struttura (ad es. supermercato, impianto di sezionamento carni, ecc.);
- ID attività svolte: codice che identifica univocamente le attività svolte nel processo così come identificate nella relativa procedura. Tale codice può essere costituito semplicemente anche da un numero progressivo. Il codice ID serve a correlare le attività alle risorse assorbite;
- descrizione attività svolte: le attività svolte come descritte in procedura;
- risorse utilizzate: le risorse utilizzate per svolgere la singola attività;
- quantità assorbita: la quantità di risorse assorbita sulla base del relativo parametro (minuti /uomo, km percorsi, ecc.).

Un esempio di scheda rilevazione compilata è riportata nella **figura 8**.

4.6. Predisposizione del supporto IT

In questa fase si è sviluppato, utilizzando risorse aziendali interne, un database dove registrare le attività svolte dagli operatori e le risorse utilizzate in modo da correlarle con i costi unitari delle risorse. Questo al fine di calcolare il costo specifico e puntuale della singola prestazione erogata mediante generazione del relativo *report* (si veda la **figura 9**).

4.7. Change management

Come in tutti i progetti che introducono novità nell'operatività quotidiana, è importante considerare esplicitamente e gestire opportunamente il relativo cambiamento organizzativo.

In tale ottica assume particolare rilevanza l'attività di comunicazione, sensibilizzazione e addestramento rivolta agli operatori aziendali:

- comunicazione, all'insegna della massima trasparenza, dei motivi che portano all'adozione del sistema di controllo di gestione basato sull'approccio ABC e sull'utilizzo che sarà fatto dei dati rilevati ed elaborati;

- addestramento al corretto utilizzo della scheda di rilevazione dati e all'eventuale «taratura» della stessa, raccogliendo suggerimenti e osservazioni in merito;

- sensibilizzazione in merito alla necessità di rilevare sistematicamente e con precisione i dati mediante utilizzo della scheda allo scopo predisposta.

4.8. Riesame e validazione del progetto pilota

L'analisi dei costi e dei benefici inerenti al progetto pilota di governo integrato della Qualità e dell'Economicità dei processi presso il Dipartimento veterinario di Asl di Milano ha evidenziato ritorni largamente positivi e ampie potenzialità applicative in ottica di miglioramento.

I costi di sviluppo e attuazione del progetto sono stati, infatti, estremamente limitati in quanto circoscritti essenzialmente:

- alla predisposizione della scheda cartacea di rilevazione delle attività svolte dagli

Figura 8
Esempio di scheda rilevazione dati

DIPARTIMENTO VETERINARIO – SCHEDA RILEVAZIONE PRESTAZIONI EROGATE, ATTIVITA' SVOLTE E RISORSE UTILIZZATE					
TIPOLOGIA DI PROCESSO / PRESTAZIONE EROGATA			AREA VETERINARIA	RESPONSABILE DI PROCESSO	
Campionamento alimenti origine animale			B- Igiene Alimenti o.a	U.O. ██████████	
IDENTIFICAZIONE DELLA PRESTAZIONE EROGATA					
DATA INTERVENTO	INTERVENTO PRESSO STRUTTURA	INDIRIZZO STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA		
11 giugno 2007	████████████████████	████████████████████	Impianto sezionamento cani		
ATTIVITA' SVOLTE PER EROGARE LA PRESTAZIONE					
NR. ATT.	DESCRIZIONE ATTIVITA'				
1	Trasferimento presso la struttura				
2	Esecuzione campionamento				
3	Registrazione attività svolta				
4	Conferimento al laboratorio di analisi del campione prelevato				
RISORSE UTILIZZATE PER SVOLGERE LE ATTIVITA'					
NR. ATT.	NAT. RIS. ²	TIPO RIS. ³	IDENTIFICAZIONE RISORSA ⁴	PARAMETRO DI UTILIZZO ⁵	QUANTITA' UTILIZZATA ⁶
1	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	20
1	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	20
1	Infrastr.	Tecnico Auto	Fiat Panda MI7X2353	Km	0.5
2	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	20
2	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	20
2	Mat. Cons.	Modulo	Mod. Vet.01; Mod. Vet.108; Mod. Vet.64;	Nr pezzi	3
2	Infrastr.	Attrezzatura pulveo	Borsone + Contenitore da Trasporto	Nr pezzi	2
3	Infrastr.	Sistema informatico	PC	Minuti / macchina	10
3	Mat. Cons.	Modulo	Mod. Vet.112;	Nr pezzi	2
3	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	10
4	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	10
4	Umana	Tecnico Tpall	████████████████████	Minuti / uomo	10
4	Infrastr.	Auto	Fiat Panda MI7X2353	Km	8

DIPARTIMENTO VETERINARIO - REPORT DI COSTO DELLA PRESTAZIONE EROGATA							
PROCESSO / PRESTAZIONE	AREA VET.	DATA	RESP.	STRUTTURA			
Campionamento alimenti o.a.	B	11 giugno 2007	U.O. [REDACTED]	[REDACTED]			
ATTIVITA'	NAT. RIS.	TIPO RIS.	ID RISORSA	PAR.UT.	Q. UTILIZ.	COSTO. UN.	COSTO TOT
trasferimento	Umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	20	€ 0,43	€ 8,60
trasferimento	Umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	20	€ 0,43	€ 8,60
trasferimento	Infrast.	auto	Fiat Panda MI7X2353	km	0,5	€ 0,28	€ 0,14
COSTO ATTIVITA' DI TRASFERIMENTO							€ 17,34
campionamento	umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	20	€ 0,43	€ 8,60
campionamento	umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	20	€ 0,43	€ 8,60
campionamento	infratru.	kit	borsone e contenitore	pezzi	1	€ 1,00	€ 1,00
campionamento	mat. Cons.	moduli	modvet01; modvet108; modvet64	km	3	€ 0,50	€ 1,50
COSTO ATTIVITA' DI CAMPIONAMENTO							€ 19,70
registrazione	Infrast.	sist. Inf.	personal computer	min/pc	10	€ 0,00	€ 0,04
registrazione	Umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	10	€ 0,43	€ 4,30
registrazione	mat. Cons.	moduli	modvet112	pezzi	1	€ 0,50	€ 0,50
COSTO ATTIVITA' REGISTRAZIONE							€ 4,84
conferimento	Umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	20	0,43	€ 8,60
conferimento	Umana	tpall	[REDACTED]	min/uomo	20	0,43	€ 8,60
conferimento	infrast.	auto	Fiat Panda MI7X2353	km	8	0,28	€ 2,24
COSTO ATTIVITA' CONFERIMENTO							€ 19,44
COSTO TOTALE DELLA PRESTAZIONE EROGATA							€ 61,32

Figura 9
Esempio di *report* di costo

operatori aziendali. La compilazione di tale scheda è risultata agevole da parte degli operatori e non sono state rilevate particolari criticità o resistenze in merito;

– alla predisposizione di un *database* per la raccolta e l'elaborazione dei dati riportati sulla scheda di rilevazione. La predisposizione del DB in Microsoft Access è avvenuta utilizzando competenze interne al Dipartimento veterinario.

A fronte dei costi di sviluppo del sistema di controllo di gestione ABC introdotto, sono stati ottenuti i seguenti benefici:

- maggiore disponibilità di dati tecnici ed economici relativamente alle prestazioni erogate;
- maggiore precisione ed effettività nel calcolo dei costi delle singole prestazioni erogate;

– maggiore precisione e tempestività nell'individuazione di scostamenti di costo rispetto alle singole prestazioni erogate;

– maggiore capacità dei dati rilevati di supportare decisioni basate su evidenze oggettive in ottica di miglioramento continuo (anche in sede di programmazione degli obiettivi e di allocazione delle risorse);

– maggiore potenziamento della portata e della rilevanza del SGQ ISO 9001 che ha assunto una forte valenza economica;

– maggiore sensibilizzazione degli operatori aziendali relativamente alle implicazioni che la loro attività riveste in materia di qualità e di economicità delle prestazioni erogate;

– maggiore partecipazione degli operatori aziendali alle iniziative di miglioramento dei processi in cui sono coinvolti.

5. Considerazioni finali

Alla luce delle considerazioni teoriche precedentemente svolte e degli esempi applicativi inerenti ad alcuni processi pilota dell'Area veterinaria, è possibile avanzare alcune considerazioni di fondo in merito alla pianificazione e al controllo integrati dei processi di erogazione delle prestazioni dell'Area veterinaria.

5.1. Vantaggi di un approccio integrato al governo dei processi

In estrema sintesi il modello di approccio integrato alla pianificazione e al controllo dei processi di erogazione delle prestazioni dell'Area veterinaria ha consentito di evidenziare i seguenti benefici:

- possibilità di calcolare il costo effettivo e puntuale della singola prestazione erogata;
- possibilità di calcolare, di conseguenza, aggregati di costo significativi sia per tipologia di prestazione sia per articolazione organizzativa (ad es. prestazioni erogate dalle Uo del distretto veterinario nord rispetto alle Uo del distretto veterinario sud) al fine di individuare le diverse dinamiche dei costi;
- possibilità di analizzare non solo i costi delle singole prestazioni ma anche, all'interno del relativo processo di erogazione, il costo delle singole attività, con particolare riferimento alle attività «generatrici di valore» rispetto a quelle di mero supporto (come ad es. trasferimenti, registrazioni, ecc.);
- possibilità di confronto dei costi rilevati con i costi medi regionali così come rilevati dal *file* S4 della Regione Lombardia;
- possibilità di effettuare un'analisi costi/benefici rispetto al costo e al ritorno delle risorse utilizzate per erogare determinate prestazioni, ad iniziare dalle risorse umane utilizzate (ad es. medico veterinario rispetto a tecnico TPALL);
- possibilità di sensibilizzare il personale operativo in merito alle dirette ed immediate conseguenze delle relative azioni sull'economicità e sulla qualità della prestazione erogata, in un'ottica di crescente responsabilizzazione del personale stesso a tutti i livelli;
- possibilità di meglio focalizzare le attività formative e di addestramento del personale sulle concrete e specifiche esigenze del

processo di erogazione della singola prestazione con i relativi ritorni in termini di efficienza, efficacia ed economicità degli investimenti formativi;

- possibilità di massimizzare le sinergie tra sistemi di gestione per la qualità e sistemi di controllo di gestione riducendo nel contempo i costi relativi di mantenimento e sviluppo.

Un'altra serie di vantaggi riconducibili al modello descritto dal presente studio concerne la relativa facilità ed economicità di implementazione, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- facilità addestramento del personale operativo alla rilevazione dei dati, vista l'intuitività degli oggetti di allocazione dei costi, oggetti rappresentati dalle attività quotidiane svolte dagli operatori stessi;
- facilità di rilevazione dei dati da parte degli operatori aziendali, mediante predisposizione di un'agile scheda di rilevazione di immediato utilizzo;
- facilità di inserimento e di elaborazione dei dati, grazie all'utilizzo di un semplice applicativo basato su *Microsoft Access* sviluppato «in economia» all'interno della stessa Area veterinaria.

5.2. Possibile estensione dell'approccio integrato ad altri processi

Sulla base dei positivi riscontri avuti in merito all'applicazione di un approccio integrato alla pianificazione e al controllo della qualità e dell'economicità di alcuni processi pilota dell'Area veterinaria, è programma l'estensione di tale approccio anche ai restanti processi di erogazione delle prestazioni.

5.3. Possibile estensione dell'approccio integrato ad altri sistemi

Il modello di approccio integrato alla pianificazione e al controllo dei processi di erogazione delle prestazioni dell'Area veterinaria si caratterizza per una sostanziale «modularità», il che fa ragionevolmente ritenere che questi possa essere un utile strumento di integrazione anche con riferimento alla generalità degli altri sistemi di gestione, ancorché non trovino eventuale applicazione

nell'Area veterinaria stessa, sistemi tra cui è possibile citare:

- sistema di gestione per l'accreditamento dell'eccellenza come da schema *Joint Commission International*;
- sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro secondo lo standard BS OH-SAS 18001, così come richiamati dal D.L.vo 81/08 per la gestione degli adempimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- sistemi di gestione per la sicurezza delle informazioni secondo lo standard ISO 27001 per la gestione degli adempimenti in materia di sicurezza delle informazioni (ad es. D.L.vo 196/03 «privacy», L. 241/90, ecc.);
- sistemi di gestione per la qualità dei servizi di *Information Technology* secondo lo standard ISO 20000-1;
- sistemi di gestione per l'ambiente secondo lo standard ISO 14001.

Note

1. Il concetto di «processo» a cui si fa riferimento in questo scritto è quello definito dallo standard UNI EN ISO 9000:2005 «fondamenti e terminologia» al punto 3.4.1 «processo: insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita». Un processo è quindi strettamente legato alla prestazione che viene tramite questo erogata (la nota espressione «due facce della stessa moneta» è a tal proposito calzante) e in tale ottica è opportuno evitare, in sede di mappatura dei processi, l'utilizzo di categorie mal definite (quali ad es. «macroprocesso» o «microprocesso») nonché riferimenti a prestazioni altrettanto vaghe ovvero poco misurabili in termini di *output* prodotti (quali ad es. «processo di direzione», «processo di coordinamento», ecc.).
2. Lo standard UNI EN ISO 9001:2008 «sistemi di gestione per la qualità-requisiti» al punto 0.2 richiama espressamente che l'approccio per processi è posto in correlazione con l'identificazione del sistema dei processi inerenti a una data organizzazione nonché con la gestione delle relative interazione tra i processi stessi.
3. Il concetto di pianificazione qui accolto fa riferimento alla definizione riportata dal già citato standard ISO 9000 al punto 3.2.9: «pianificazione della qualità: parte della gestione per la qualità mirata a stabilire gli obiettivi per la qualità e a specificare i processi operativi e le relative risorse necessarie per conseguire tali obiettivi». Il concetto di pianificazione è altresì ripreso dallo standard ISO 9001 che al 7.1 pone espressamente la pianificazione del prodotto tra i requisiti fondamentali di un sistema qualità. Il documento mediante cui viene svolta la pianificazione della qualità è denominato piano della qualità di cui si riporta per completezza espositiva la relativa definizione fornita dallo standard ISO 9000 al punto 3.7.5 «piano della qualità: documento che per uno specifico progetto, prodotto, processo o contratto specifica quali procedure e le risorse associate devono essere utilizzate e da chi e quando». I sistemi di gestione per la qualità più avanzati tendono a utilizzare i piani della qualità come documenti di livello intermedio tra il manuale di qualità e le procedure al fine di meglio focalizzare la gestione del sistema sul miglioramento continuo dei singoli processi aziendali. Il termine «pianificazione» non è quindi sinonimo, in questo contesto, del termine «programmazione».
4. IDEF0 (*Integration Definition for Function Modeling*) è una tecnica per la rappresentazione strutturata di attività e processi sviluppata negli anni '70 dall'Aeronautica militare statunitense e poi diventata uno standard internazionale *de facto*.

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

- AGLIATI M. (1995), *Costi di prodotto e controllo dei costi: dai sistemi tradizionali al metodo basato sulle attività*, Giuffrè, Milano.
- ROBERT N. ANTHONY, DAVID F. HAWKINS, DIEGO M. MACRÌ, KENNETH A. MERCHANT (2005), *Sistemi di controllo; analisi economiche per le decisioni aziendali*, Seconda edizione, Mc Graw-Hill, Milano.
- BRUSA L. (1995), *Contabilità dei costi: Contabilità per centri di costo e Activity Based Costing*, Giuffrè, Milano.
- DOYLE D. (2006), *Il controllo strategico dei costi*, ed. italiana M. Aielli. A. Dossi (a cura di), Egea, Milano.
- FACCHINETTI I. (2000), «Tecniche tradizionali e moderne di costing», in BU. occhino (a cura di), *Manuale di controllo di gestione*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- KAPLAN R.S. (1998), *Management accounting: una prospettiva fondata sulle attività*, Isedi, Torino.
- LEONARDI A. (2001), «Qualità ed economia aziendale», *De Qualitate*, (7), 2001, pp. 37-49.
- PORTER M. E. (1987), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni Comunità, Milano.

Il federalismo sanitario e la contabilizzazione della spesa sanitaria nei bilanci regionali. Risultati di un'analisi empirica

PINA PUNTILLO

The object of this study is the analysis of regional accounting reports in order to understand their capacity to account for regional health expenditure and territorial equity, the core elements for the implementation of federalism in health. After a brief description of the process of gradual transfer of powers and responsibilities in health care from the State to the Regions, the article examines the role of regional accounting reports as an information tool for analyzing and evaluating regional deficits in terms of health spending. The analysis of the 2007 regional accounting reports of a sample of regions, different in terms of geographical location and size, shows significant limitations of current regional accounting systems and identifies a path towards harmonization of public accounts.

Keywords: health spending, federalism, regional budgets

Parole chiave: federalismo sanitario, spesa sanitaria, bilanci regionali

Note sull'autore

Pina Puntillo è ricercatrice in Economia aziendale presso il Dipartimento di Scienze aziendali dell'Università della Calabria, pina.puntillo@unical.it

1. Premessa

Il Sistema sanitario italiano rappresenta senza dubbio uno dei settori più ampi e complessi del nostro sistema amministrativo e di governo, sia in termini di spesa pubblica, sia termini di ripartizione delle competenze e pertanto di assetto dei rapporti tra Stato e Regioni.

La sanità è stata oggetto di un graduale processo di trasferimento di poteri e di responsabilità dallo Stato alle Regioni, che si è attuato attraverso provvedimenti-chiave: il decreto legislativo 502 del 1992 e successive modifiche; il decreto legislativo 299 del 1999; la legge costituzionale 3 del 2001.

Innovazioni importanti in proposito sono state poi introdotte dalle «Misure urgenti per il settore sanitario» e da diverse leggi finanziarie. Lo spostamento intergovernativo di potere è stato, inoltre, rafforzato da sentenze della Corte costituzionale in supporto dell'autonomia regionale concernente questioni amministrativo-gestionali.

Infine, *de facto*, i poteri regionali in campo sanitario si sono consolidati in modo incrementale tramite l'esercizio quotidiano, da parte delle Regioni, della loro discrezionalità.

La *ratio* complessiva delle leggi e dei provvedimenti in materia è ravvisabile nell'attribuzione ai governi regionali di nuove e maggiori responsabilità in materia di organizzazione del Sistema sanitario regionale, in tema di pianificazione e finanziamento del settore. Il tutto nell'ottica di dare attuazione ai precetti costituzionali, sia con riferimento

SOMMARIO

1. Premessa
2. La regionalizzazione del sistema sanitario pubblico
3. Il federalismo sanitario e le problematiche in tema di armonizzazione contabile
4. La disclosure sulla spesa sanitaria nei bilanci regionali. Risultati di un'indagine empirica
5. Conclusioni

all'art. 32 della Costituzione¹ che agli articoli 117, e 119.²

La dinamica legislativa ha tenuto altresì conto dei livelli della spesa sanitaria. Nel corso degli ultimi decenni, l'andamento della spesa sanitaria è stato uno dei problemi che più hanno sorpreso e preoccupato i responsabili delle politiche sociali dei paesi sviluppati del mondo occidentale. Il fenomeno, che ha interessato, pur con diversa intensità, i sistemi sanitari anche profondamente differenziati, è stato influenzato da una serie di fattori di ordine socio-economico fra i quali si ricorda l'aumento della popolazione assistita, l'ampliamento della gamma di prestazioni erogate, l'estensione dei livelli di copertura, la dilatazione della domanda individuale di servizi, l'incremento delle aspettative da parte della popolazione, la lievitazione dei costi di produzione causato dal continuo sviluppo delle tecnologie in campo sanitario. Monitorare adeguatamente i livelli di spesa sanitaria complessiva e attuare contemporaneamente il principio dell'equità territoriale del sistema sanitario pubblico si presenta come la sfida più importante nell'attuazione del federalismo sanitario. Raggiungere tale obiettivo presuppone l'esistenza di strumenti di analisi adeguati. Allo stato attuale i sistemi informativi sanitari regionali, in termini profondamente differenziati, non offrono un potenziale informativo adeguato a tale obiettivo. Si tratta, infatti, di sistemi non omogenei, strutturalmente diversi per ogni Regione e con tempistiche e gradi di informatizzazione differenti. Tutto ciò pone dei limiti evidenti per il governo unitario della spesa pubblica, in particolar modo per quanto concerne la tempestività dei flussi informativi fra Regioni e Ministero e le modalità di rendicontazione della spesa sanitaria regionale.

L'oggetto del presente studio è analizzare, sotto il duplice profilo teorico ed empirico, le potenzialità e i limiti del sistema informativo contabile regionale ai fini dell'attuazione del federalismo sanitario secondo i precetti costituzionali.

2. La regionalizzazione del sistema sanitario pubblico

Nel più vasto processo di federalismo amministrativo e fiscale che ha interessato l'Italia, anche le riforme del comparto sanitario si

caratterizzano per una forte regionalizzazione della materia. Nel rispetto delle profonde diversità territoriali, viene riconosciuta alle Regioni la più ampia autonomia nell'individuazione delle soluzioni più appropriate per il soddisfacimento dei bisogni sanitari delle rispettive popolazioni, generando, conseguentemente, una maggiore responsabilizzazione nelle decisioni di spesa a livello locale (Puntillo, 2007).

La sanità è stata oggetto di un graduale processo di trasferimento di poteri e di responsabilità dallo Stato alle Regioni, che si è attuato attraverso una serie di interventi legislativi. Alla prima riforma, com'è noto, sono subentrate la riforma della riforma e poi altre riforme ancora e così via. Il sistema sanitario pubblico italiano è un sistema in divenire, caratterizzato da un processo evolutivo iniziato da diversi decenni e non ancora concluso. L'incapacità di portare a compimento tale processo trova le sue radici non soltanto nella sfiducia nella capacità e competenze organizzative di Regioni ed enti locali, ma nel rifiuto dell'idea della sussidiarietà della tutela della salute (Montinaro, 2007).

Già alla fine degli anni novanta, le Regioni furono rese responsabili dei meccanismi di allocazione delle risorse alle Asl, diversamente dal passato dove le risorse sanitarie erano solamente una partita di giro nei bilanci regionali. Il D.L.vo 18 febbraio 2000, n. 56 ha poi definito, prima ancora della riforma costituzionale del 2001, un nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario, con l'obiettivo di accrescere l'autonomia di entrata, di realizzare una perequazione interregionale delle risorse fondata su criteri più razionali e di introdurre incentivi alla tenuta di comportamenti virtuosi sul fronte del prelievo e su quello della spesa da parte delle Regioni (Stornaiuolo, 2005).

Con l'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001, il tema della regionalizzazione delle attività inerenti alla tutela della salute ha indubbiamente conosciuto un'evoluzione che ha suscitato dubbi e interrogativi. Il decentramento delle funzioni alle Regioni è stato accompagnato dall'attribuzione, accanto al riconoscimento di un'autonomia politica, normativa e amministrativa, di un'autonomia finanziaria e contabile.

La questione del federalismo in sanità ha una sua specificità e autonomia nel più am-

pio dibattito sulla riforma del *welfare state*. In generale, si osserva che con l'adozione del «federalismo fiscale» e la riforma del Titolo V della Costituzione si è pressoché completato un processo di allineamento in capo alle Regioni delle responsabilità in materia di sanità, sia sul versante del finanziamento, sia sul versante della spesa (Paris, 2007).

Ad oggi, la *governance* sanitaria si fonda su tre diversi livelli:

- il governo centrale, attraverso il Ministero della salute, si occupa di pianificazione sanitaria, definisce gli obiettivi per il miglioramento della salute dei cittadini nonché i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti, prescrivendo requisiti qualitativi e quantitativi minimi di erogazione dei servizi sanitari;

- alle Regioni sono stati attribuiti ampi poteri legislativi in materia di organizzazione e supervisione della gestione sanitaria, che si estendono dalla pianificazione sanitaria locale attraverso la definizione di Piani sanitari regionali, al finanziamento e all'erogazione dei servizi attraverso le Aziende sanitarie locali e gli ospedali. Le Regioni hanno la responsabilità politica del governo della sanità locale. Spetta alle Regioni stesse il compito di stabilire priorità, elaborare strategie, formulare politiche e disegnare strumenti operativi per l'attuazione e il monitoraggio di tali politiche. È questa la sfida che le Regioni hanno dovuto affrontare;

- le Asl infine, si occupano della gestione quotidiana dei servizi sanitari di primo livello e del coordinamento con gli ospedali, nella cui attività è compresa l'erogazione della maggior parte dei servizi di secondo livello. Le aziende ospedaliere sono i soggetti erogatori di assistenza, insieme, ovviamente, agli enti accreditati.

Il finanziamento della spesa sanitaria pubblica avviene sulla base sostanziale di accordi fra i Ministeri dell'economia e della salute e le Regioni, cui segue un accordo fra le Regioni stesse, sancito dal parere della Conferenza Stato-Regioni. I criteri che dovrebbero informare il processo, fatte salve particolari esigenze congiunturali, risalgono al criterio del totale finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), quali diritti di cittadinanza, e il riconoscimento dei diversi biso-

gni della popolazione, sancito dal D.P.C.M. 29 novembre 2001.

La determinazione del fabbisogno finanziario nelle singole Regioni, ovvero il riparto delle disponibilità complessive per il Ssn, è definito sulla base della quota capitaria, corretta al fine di tenere conto delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-sanitarie della popolazione residente in ciascuna Regione.

A tale proposito, la L. n. 662/1996 evidenzia come i criteri di riparto delle risorse finanziarie per la sanità alle Regioni si basino sull'individuazione dei bisogni della popolazione, stimati in funzione della numerosità della popolazione assistita, della struttura demografica e della mobilità sanitaria interregionale. Di contro, le Regioni godono di un alto livello di autonomia nella definizione delle modalità di ulteriore attribuzione delle risorse alle aziende sanitarie e ospedaliere.

La definizione di criteri più idonei per l'allocazione delle risorse ai sistemi sanitari è al centro di un dibattito scientifico, che ancora non raggiunge risultati condivisi. I criteri adottati possono essere di tipo oggettivo (es. struttura della popolazione, struttura dei consumi, ecc.), oppure di tipo soggettivo/ negoziale; in quest'ultima tipologia rientrano criteri strettamente politici (es. accordi politici tra Regioni) e criteri che si basano su considerazioni di carattere finanziario (es. tetti massimi di aumento, ecc.). Di fatto, si è evidenziata negli anni una reale difficoltà nel trovare un accordo unanime e condiviso tra le Regioni, relativamente all'utilizzo di criteri di tipo oggettivo, per cui la tendenza è quella dell'adozione di criteri di riparto di tipo negoziale. Il rischio che tale tendenza comporta è che, ad esempio, il riparto venga condizionato dalla spesa storica. I fattori fondamentali di cui si dovrebbe tener conto nella ripartizione delle risorse sono:

- a) la quantità di popolazione servita;
- b) il differenziale dei bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria (caratteristiche della popolazione);
- c) la stima delle risorse economiche necessarie per soddisfare i bisogni.³

Di fatto, dunque, a livello regionale il principale problema è quello di allocare le risorse tenendo conto del differenziale di bisogno

sanitario fra le Asl. Tutte le Regioni hanno, in effetti, adottato un sistema di riparto dei fondi tra le aziende sanitarie che si basa ancora prevalentemente sulla quota capitaria pesata, stabilendo obiettivi di politica sanitaria in termini di riparto percentuale delle risorse tra i Livelli essenziali di assistenza: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale o territoriale (suddivisa a sua volta in assistenza farmaceutica, medicina di base e pediatrica, assistenza specialistica, altra assistenza territoriale). Tutte le Regioni seguono, in pratica, i criteri previsti dal sistema di riparto a livello nazionale a volte con opportune correzioni, ovvero assegnando ai Lea quote di risorse finanziarie differenti rispetto agli obiettivi definiti nel D.P.C.M. del 29 novembre 2001. La difformità delle quote assegnate internamente dalle Regioni ai Lea sono in via di principio giustificabili, in un'ottica federalista, richiamando l'obiettivo di ottenere un aumento dell'efficienza allocativa interna, a sua volta dipendente da un'assegnazione delle risorse rispondente alle peculiari necessità che ciascuna Regione presenta in base alle proprie caratteristiche socio-demografiche e non solo; da tale punto di vista, il criterio demografico risulta comunque essere quello prevalente, adottato praticamente da tutte le Regioni, insieme ad altri criteri che possono invece risultare diversi. Il rischio di tale pratica, di contro, è che i criteri vengano forzati per determinare quote che, *ex post*, ripropongono distribuzioni di risorse in base alla spesa storica.⁴

Una volta allocate le risorse di ogni livello di assistenza fra le diverse Regioni, ogni amministrazione è in grado di conoscere le sue disponibilità, sulla base dei singoli criteri di riparto. Si ricorda che, in ogni caso, la Regione ha la più ampia libertà di allocare le risorse al proprio interno, poiché non è più tenuta ad alcun vincolo di destinazione: il riparto per Lea costituisce una semplice indicazione di tendenza, che non ha alcun valore impositivo.

3. Il federalismo sanitario e le problematiche in tema di armonizzazione contabile

La teoria del federalismo sanitario postula l'assioma secondo il quale per il buon funzionamento di un sistema decentrato l'auto-

nomia sulle decisioni di spesa deve essere sorretta dall'autonomia delle fonti di finanziamento. L'autonomia impositiva, nel senso di disponibilità di entrate proprie, conferisce, infatti, ai Governi decentrati capacità di controllo dei flussi di entrata, in modo da prevedere con sufficiente certezza l'evoluzione delle entrate e, dunque, pianificare i programmi di spesa. Consente inoltre ai governi locali di aumentare o ridurre la pressione tributaria, assumendosene in pieno la responsabilità nei confronti dei cittadini, e permette di stabilire un più stretto collegamento tra entrate e spese per i beni e servizi pubblici offerti, preservando l'equilibrio di bilancio (Ambrosanio, 2009).

Autonomia e responsabilità sono precetti inscindibili. L'autonomia trova la sua essenziale ragion d'essere nella promozione dell'efficienza allocativa e tecnica. Nel disegno federalista si trova chiaramente questo approccio: il decentramento decisionale dovrebbe, infatti, garantire scelte più aderenti ai reali bisogni delle popolazioni (Giorgetti, 2001). Nell'attuazione concreta del principio di autonomia si corre, tuttavia, il rischio di non applicare omogeneamente i Livelli essenziali di assistenza (Lea). Pertanto, il bilanciamento fra autonomia ed equità fra le Regioni è uno degli aspetti più controversi del federalismo in generale. L'altro elemento critico è la capacità che l'autonomia concessa conduca effettivamente all'individuazione e all'implementazione di modelli organizzativi realmente efficienti (Gallo, 1995). Allo stato attuale, fin dalla nascita del Sistema sanitario nazionale, la spesa sanitaria ha fatto registrare disavanzi significativi. Il Governo, seppur in ritardo, ha sempre ripianato i disavanzi generati dalle Regioni (concordando, con le Regioni interessate, anche dei Piani di rientro per i disavanzi strutturali), sfiorando, di fatto, i livelli di spesa sanitaria pubblica concordati. La regionalizzazione della sanità ha evidenziato come la dimensione territoriale del sistema sanitario produca delle differenze sostanziali sia in termini di assorbimento di risorse finanziarie, che di attuazione dei Lea. Sebbene il legislatore in più occasioni rimandi al principio dell'equità del sistema sanitario pubblico, allorché si riferisce al «superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese», alle «condizioni e garanzie di salute

uniformi su tutto il territorio, ..., eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni», in realtà persistono differenze territoriali importanti sia in termini di risultato (con riferimento sia alle condizioni di salute che alle prestazioni sanitarie) che di spesa sanitaria (Taroni, 2007).

Gli squilibri fra Regioni non sono solo di ordine quantitativo: anche la composizione qualitativa della spesa è estremamente differenziata. L'analisi e la valutazione degli squilibri territoriali trovano nei bilanci regionali la principale fonte informativa di carattere ufficiale. I bilanci di previsione sono lo strumento attraverso cui sono allocate le risorse finanziarie nei diversi settori di intervento del governo regionale, per una data unità temporale. I rendiconti, invece, misurano e ufficializzano i valori generati dalla spesa per i diversi settori, in una data unità temporale.

I dati di bilancio offrono un potenziale informativo strettamente connesso alla struttura di bilancio adottata dall'ente. Essendo enti con autonomia legislativa, amministrativa, finanziaria e contabile, nel rispetto della legge e dei principi dell'ordinamento giuridico del Paese, le Regioni adottano leggi, atti e strumenti amministrativi finanziari e contabili propri. Ogni singola Regione, nell'esercizio della propria potestà legislativa e regolamentare, può formulare leggi e relativi regolamenti anche in materia di ordinamento interno, di gestione e di contabilità.

In materia di bilancio e contabilità il D.L.vo n. 76 del 2000 di riforma della legge n. 335 del 76, ha disposto l'adeguamento del sistema contabile delle Regioni a quello dello Stato come stabilito dalla legge n. 94 del 1997. Le Regioni con legge propria hanno recepito tale disposizione adeguandola alle proprie esigenze e specificità. Il risultato è un impianto contabile di base uniforme ma strutture di bilancio differenti. In sostanza, le Regioni, a differenza degli enti locali, adottano criteri classificatori delle voci di entrata e di spesa di bilancio, tra loro non omogenee.

Tale risultato pone indubbiamente dei limiti sotto il profilo della confrontabilità dei dati di bilancio, che a sua volta si presenta come la premessa necessaria per il governo unitario della spesa sanitaria pubblica. L'attuale sistema contabile delle Regioni, producendo rilevanti differenziazioni in termini

di contabilizzazione della spesa sanitaria, non consente di effettuare adeguate analisi di *benchmarking* territoriale e non consente operazioni di consolidamento dei conti, strumento, quest'ultimo, necessario per il riscontro degli andamenti della spesa sanitaria pubblica. L'armonizzazione contabile degli enti territoriali si pone, pertanto, come propedeutica a qualsiasi analisi finanziaria di merito ai fini della gestione complessiva della spesa sanitaria pubblica.

4. La *disclosure* sulla spesa sanitaria nei bilanci regionali. Risultati di un'indagine empirica

La teoria appena enunciata è suffragata dai risultati di un'empirica condotta su un campione di Regioni italiane che rappresentano il Nord, il Centro e il Sud del paese. Il campionamento è stato effettuato inoltre tenendo conto della numerosità della popolazione regionale. Il campione è costituito, pertanto, da sei Regioni di cui tre di grandi dimensioni rispettivamente del Nord, del Centro e del Sud, e tre di piccole dimensioni rispettivamente del Nord, del Centro e del Sud.

Il campione della ricerca risulta costituito dalle seguenti Regioni:

- Regioni di grandi dimensioni: per il Nord la Lombardia; per il Centro il Lazio; per il Sud la Campania;
- Regioni di piccola dimensione: per il Nord la Liguria; per il Centro il Molise; per il Sud la Basilicata.

L'ipotesi di ricerca che si vuole dimostrare è che l'attuale sistema contabile delle Regioni non consente di effettuare analisi di *benchmarking* territoriale che siano di supporto al governo unitario della spesa sanitaria pubblica e pertanto all'applicazione del federalismo sanitario rispettando i precetti costituzionali.

I dati utilizzati nella ricerca sono desunti dai rendiconti finanziari delle Regioni - esercizio 2007 - approvanti con Legge regionale e pubblicati nei Bollettini ufficiali regionali. Per ogni Regione del campione si riporta, in **allegato 1**, uno stralcio del Rendiconto finanziario utilizzato come base per l'analisi dei dati.

Ogni Regione ha una collocazione della spesa sanitaria in una propria Area o Ambito che è poi stata suddivisa in Funzioni obiettivo, Unità previsionale di base (Upb) e infine Capitoli.

Le informazioni desunte dai documenti contabili riguardano: le previsioni di competenza e gli impegni di spesa per le politiche sanitarie.

Gli schemi contabili adottati dalle Regioni consentono di effettuare, con riferimento al settore sanitario, le seguenti valutazioni comparative:

- il livello complessivo delle spese correnti e delle spese in c/capitale;
- il livello di spesa pro-capite;
- la spesa regionale per la copertura dei disavanzi delle aziende sanitarie.

Il primo dato che emerge da una lettura *sic et simpliciter* dei bilanci è la discrezionalità delle Regioni nella denominazione e nella conseguente allocazione finanziaria delle funzioni obiettivo, delle Upb e dei capitoli. Tale dato è chiaramente il risultato dell'autonomia contabile riconosciuta alle Regioni.

Si riportano a tal fine le strutture dei bilanci delle Regioni del campione.

4.1. Struttura di bilancio Regione Lombardia

Il bilancio della Regione Lombardia è strutturato in Aree, Funzioni obiettivo, Unità previsionali di base (Upb) di parte corrente e Upb in conto capitale e Upb per annualità. L'area di riferimento è denominata Sanità, la funzione obiettivo Sanità e salute, le Upb di parte corrente sono: Sicurezza alimentare; Mantenimento dei Lea; Qualità dei servizi; Ricerca, innovazione e risorse umane; Prevenzione; Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari; Completamento della riforma: sviluppo del modello organizzativo sanitario. Le Upb in conto capitale sono: Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari; Prevenzione; Sicurezza alimentare; Qualità dei servizi. L'Upb per annualità comprende i contributi alle strutture sanitarie.

4.2. Struttura di bilancio Regione Liguria

Il bilancio della Regione Liguria è strutturato in Aree, e Unità previsionali di base. Le Upb sono le seguenti: Finanziamento di parte corrente del Ssr; Progetti di ricerca finalizzata in campo sanitario; Finanziamento di parte corrente del Ssn-arretrati; Finanziamento servizi per la lotta alla droga e tossicodipendenza; Finanziamento attività socio-sanitarie; Finanziamento attività in materia di trapianti; Finanziamento ripiano disavanzi; Servizi di igiene e veterinaria; Oneri amm. Mutui a ripiano disavanzi-interessi; Investimenti nella sanità; Investimenti in materia di igiene e veterinaria; Oneri amm. Mutui a ripiano disavanzi-quota capitale.

4.3. Struttura di bilancio Regione Lazio

Il bilancio della Regione Lazio è strutturato in Ambiti, Funzioni obiettivo, Unità previsionali di base. L'ambito di riferimento è denominato Sanità e servizi sociali, le funzioni obiettivo interessate sono tre: 1. Tutela della salute; 2. Strutture sanitarie; 3. Copertura disavanzi sanità. Le Upb della funzione obiettivo 1 sono: Finanziamento del Ssr.; Progetti obiettivo, interventi formativi, epidemiologia. Le Upb della funzione obiettivo 2 sono: Strutture sanitarie correnti; Strutture sanitarie in c/capitale. La Upb della funzione obiettivo 3 è: Copertura disavanzi sanità.

4.4. Struttura di bilancio Regione Molise

Il bilancio della Regione Molise è strutturato in Aree, Funzioni obiettivo, Unità previsionali di base (UPB) di parte corrente e Upb in conto capitale e Upb per annualità. L'area di riferimento è denominata Politiche per la tutela della salute e assistenza socio-sanitaria. Le funzioni obiettivo in cui si articola tale area sono: Funzione obiettivo 1 Risorse umane del servizio sanitario, che prevede una sola Upb Organizzazione ASREM, personale dipendente Ssr e formazione. La funzione obiettivo 2 denominata sanità comprende le seguenti Upb: Progetti e investimenti sanitari; Risorse finanziarie; e assistenza farmaceutica; Ospedalità pubblica e privata; Medicina veterinaria e sicurezza alimentare; Assistenza socio-sanitaria; Igiene e prevenzione; Medicina territoriale. La funzione obiettivo

3 denominata Supporto all'attività del direttore prevede una sola Upb, Segreteria di supporto all'attività del direttore.

4.5. Struttura di bilancio Regione Campania

Il bilancio della Regione Campania è strutturato in Ambiti, Funzioni obiettivo, Unità previsionali di base e Titoli. La materia sanitaria rientra nell'Ambito Servizi sociali e sostegno al reddito e in particolare nella funzione obiettivo 15 Promozione e tutela della salute che comprende le seguenti Upb: Assistenza sanitaria; Interventi per le strutture sanitarie; Servizi di medicina veterinaria. Ogni Upb si ripartisce in titoli di spesa corrente e titoli di spese di investimento.

4.6. Struttura di bilancio Regione Basilicata

Il bilancio della Regione Basilicata è strutturato in Titoli, Macro funzioni obiettivo, funzioni obiettivo e Upb. La spesa sanitaria regionale è allocata nel Titolo 2, Spesa per interventi socio-economici, Macro F.O. Sanità, funzione obiettivo Politiche di sanità regionale, che comprende le seguenti Upb: Interventi di edilizia sanitaria in corso; Limiti di impegno per Interventi di edilizia sanitaria in corso; Infrastrutture sanitarie e rete ospedaliera; Iniziative di supporto e innovazione dei servizi sanitari - corrente operativa; Gestione del Ssr-Trasferimenti alle Asl; Ripiano disavanzi Asl; Funzionamento organismi del settore sanitario; Azioni di supporto alla gestione del Ssr; Interventi per la sicurezza alimentare e la prevenzione del randagismo.

4.7. Risultati dell'analisi comparativa

In termini di composizione della spesa sanitaria, dal grafico n. 1 si evince che le spese correnti, cioè quelle che consentono alle Amministrazioni regionali di esercitare la propria attività in campo sanitario, prevalgono significativamente sulle spese per investimenti. Le spese correnti di norma rappresentano le uscite generate dalla gestione corrente, ossia dall'acquisto di fattori produttivi a fecondità semplice. Appartengono a questa categoria per esempio le spese per: la prevenzione, i servizi d'igiene, il personale, il materiale

di consumo, ecc. Le spese in conto capitale sono il comparto all'interno del quale sono collocati contabilmente gli investimenti che la Regione affronta nel corso dell'esercizio, un esempio: gli investimenti nella sanità, gli interventi di edilizia sanitaria, il ripiano dei disavanzi. La spesa generata per il ripiano dei disavanzi è trattata contabilmente come una spesa per investimenti pur essendo generata, nella maggioranza dei casi, da un eccesso di spese correnti sulle entrate correnti. Tale meccanismo suscita delle perplessità, perché, di fatto, consente di traslare spese di natura corrente a spese in c/capitale. Peraltro se la copertura si realizza tramite indebitamento, si disattende sostanzialmente il disposto costituzionale di cui all'art. 119 allorquando stabilisce che «... le Regioni ... possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento».

In termini di livelli di spesa sanitaria complessiva dal **grafico 1** si evince altresì che la Lombardia è la Regione con il livello di spesa nel settore sanitario più elevata, seguita dalla Campania.

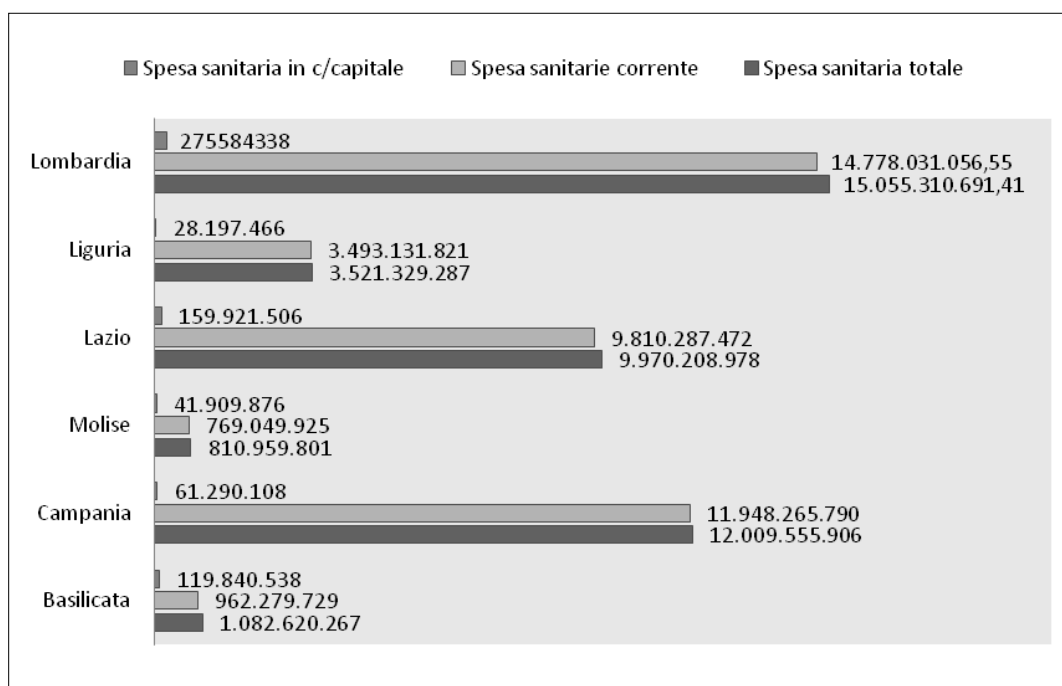
La minore spesa sostenuta per le politiche di sanità regionale è da attribuirsi al Molise preceduta dalla Basilicata⁵ questo risultato è motivato dalle ridotte dimensioni geografiche delle due Regioni e dalla scarsa numerosità della popolazione residente.

Poiché la formula allocativa delle risorse finanziarie è cambiata più volte e la struttura demografica delle Regioni è molto diversificata, l'indicatore più appropriato per verificare l'impatto delle politiche di riequilibrio avviata negli ultimi anni può essere la spesa sanitaria pro-capite calcolata considerando i residenti di ciascuna Regione. A loro volta i divari in termini di spesa pro-capite sono in parte spiegabili alla luce di un elemento fondamentale: la struttura demografica. La composizione per età e sesso della popolazione (fattore di differenziazione dei bisogni sanitari) giustifica una larga parte dei divari di spesa registrati fra le diverse Regioni italiane e quindi permette di fare un'analisi più oggettiva.

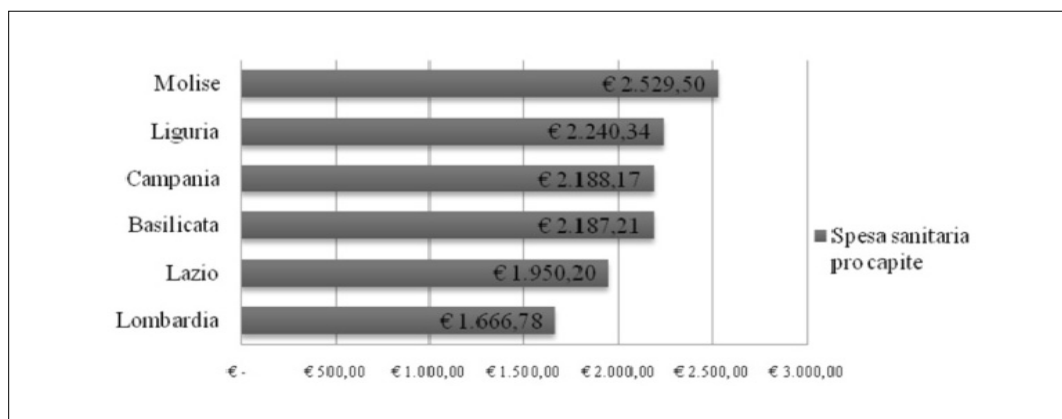
Dai **grafici 2 e 3** si evince rispettivamente come la spesa sanitaria varia sensibilmente da Regione a Regione sia per quanto riguarda la spesa pro-capite, sia per l'incidenza sul totale delle spese regionali.

Grafico 1

Composizione della spesa sanitaria totale

**Grafico 2**

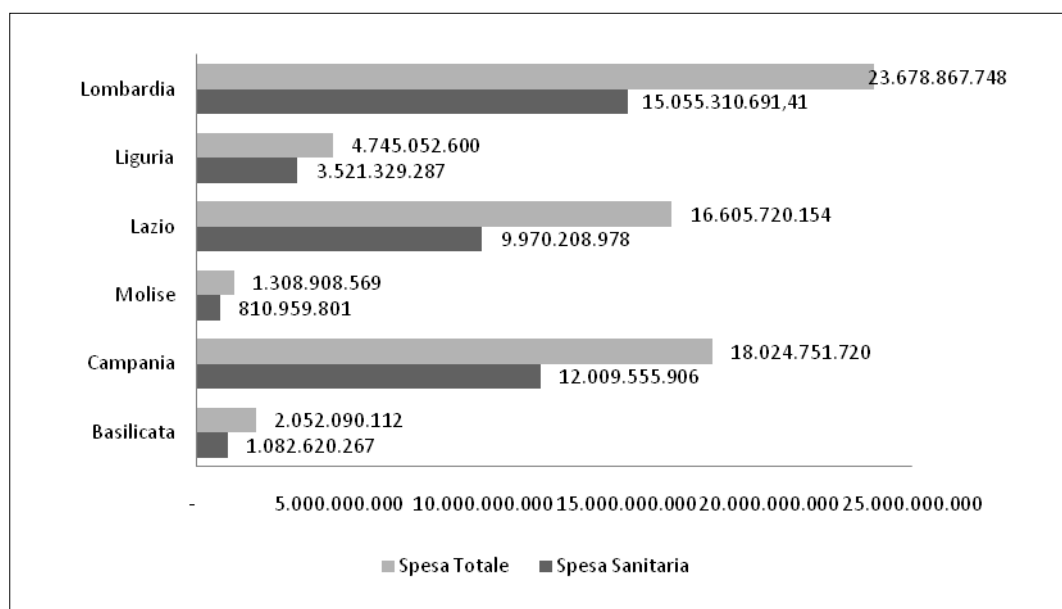
Spesa sanitaria pro-capite



Nonostante il Molise sia una delle più piccole Regioni osservate, essa presenta la spesa sanitaria pro-capite più alta, a fronte di una popolazione residente di 320.601 persone. Di contro, le Regioni con una popolazione più corposa, come la Lombardia e il Lazio, presentano una più bassa spesa pro-capite, posizionandosi negli ultimi posti del campione studiato assieme a una Regione «Piccola» del Sud, la Basilicata. Nello stesso tempo, però la Regione Lombardia si pone al primo posto per numero di pazienti in lista d'attesa.⁶ La spesa per le prestazioni erogate ai pazienti da strutture fuori Regione è spes-

so determinata con ritardo. Essa costituisce l'*output* di un processo di negoziazione tra le Regioni attrattive e quelle con ampi tassi di fuga, che ha tempi lunghi e si inserisce nel dibattito sul riparto dei Fondi sanitari tra le Regioni.

Le analisi e i risultati sopra riportati evidenziano che, a meno di laboriose e arbitrarie riclassificazioni dei bilanci regionali, i dati che si possono trarre ai fini di un'analisi di *benchmarking* territoriale sono molto limitati. È pure vero che le Regioni sono obbligate a comunicare al Ministero della salute una serie di dati e informazioni che

**Grafico 3**

Incidenza della spesa sanitaria sul totale di bilancio

confluiscono nelle banche dati elaborate dal Servizio statistico sanitario nazionale, e che sono fondamentali per il processo decisionale e di governo della sanità pubblica. Esse tuttavia, a parere di chi scrive, possono determinare distorsioni in quanto il processo ed il linguaggio contabile che li determina può variare sensibilmente da Regione a Regione.

5. Conclusioni

Nel corso degli anni novanta è stato avviato un intenso processo di riforma della pubblica amministrazione. Tale processo ha rivisitato completamente il ruolo degli enti territoriali, ed in particolare delle Regioni. Queste ultime da ente di gestione hanno assunto progressivamente un ruolo di ente di governo, con il compito di programmare e coordinare lo sviluppo sociale ed economico del proprio territorio, in un'ottica di sussidiarietà.

Inoltre l'autonomia contabile riconosciuta alle Regioni a statuto ordinario in seguito alla riforma introdotta con il D.L.vo 76/2000 ha permesso una maggiore discrezionalità nei linguaggi contabili regionali e la conseguente possibilità di attuare politiche di bilancio. Le Regioni possono utilizzare una data impostazione di bilancio privilegiando differenti aspetti per rispondere a specifiche esigenze di comunicazione e rendicontazione. I valori

contabili sono espressione della gestione, ma non sono oggettivi: sono, infatti, influenzati dal modo in cui sono utilizzati i margini di discrezionalità lasciati dai principi, dai metodi e dalle tecniche di rilevazione. L'esistenza di margini di discrezionalità, che sono ineliminabili poiché intrinseci al processo di rilevazione, dà origine a politiche di bilancio, ossia a scelte tra possibili alternative di determinazione e rappresentazione dei valori.

I risultati della ricerca empirica evidenziano i limiti del sistema informativo contabile regionali ai fini cognitivi delle differenze regionali, e dimostrano la necessità di attuare politiche di armonizzazione contabile.

L'armonizzazione dei bilanci pubblici, quale strumento di conoscenza e governo della finanza pubblica nazionale e territoriale, assume, nell'attuale contesto, un ruolo di primaria importanza, per gli inscindibili collegamenti fra finanza locale, regionale e statale, per la necessità di esprimere una valutazione complessiva dell'intervento pubblico nel sistema socio-economico, oltre che per le esigenze di verifica dei vincoli internazionali di finanza pubblica.

L'armonizzazione dei sistemi contabili delle amministrazioni pubbliche, ai fini dell'adozione di un unico piano dei conti integrato e di schemi di bilancio comuni, è stata già oggetto di un primo intervento normativo, effettuato a seguito della riforma del

Titolo V della Costituzione operata con la L. Cost. n. 3 del 2001. In particolare l'articolo 1, comma 4, della legge n. 131 del 2003 (recante «Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3», cd. legge La Loggia) ha previsto una delega nei confronti del Governo per la ricognizione dei principi fondamentali relativi alle materie rientranti nella potestà legislativa concorrente di Stato e Regioni.

In attuazione della delega è stato emanato il con il D.L.vo. n. 170 del 12 aprile 2006, recante la ricognizione dei principi fondamentali in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici.

In particolare, ambito di applicazione del decreto legislativo è l'armonizzazione dei bilanci e dei sistemi di rilevazione contabile degli enti territoriali (Regioni ed enti locali) rispetto al bilancio dello Stato.

Ai fini del superamento dei limiti che i sistemi contabili degli enti territoriali presentano il processo di armonizzazione dovrebbe basarsi sull'adozione di regole contabili uniformi e di un comune piano dei conti integrato; sull'adozione di comuni schemi di bilancio; nonché di un sistema unico di codifica dei singoli provvedimenti di spesa correlati alle voci riportate nei bilanci. L'articolazione dei bilanci deve inoltre essere coerente con la classificazione economica e funzionale comunitaria e tale da rendere più trasparenti le voci contabili finalizzate all'attuazione delle politiche pubbliche. Sarebbe inoltre necessario adottare una tassonomia per la riclassificazione dei dati contabili e di bilancio per le amministrazioni pubbliche tenute al regime di contabilità civilistica, ai fini del raccordo con le regole contabili uniformi della contabilità finanziaria. Sostanzialmente è necessario operare una revisione in senso funzionale della struttura delle voci di bilancio, riferita in particolare al versante della spesa, che capovolgendo l'impostazione precedente, pone al centro le funzioni che le amministrazioni sono chiamate a svolgere (cosa viene realizzato con le risorse pubbliche).

Note

1. L'art. 32 della Costituzione recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».
2. In base all'art. 117 della Costituzione la sanità è materia di legislazione concorrente, il che implica che spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. In base all'art. 119 le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa ... con cui finanziano integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite. Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.
3. Un sistema che prescindendo anche da uno solo dei fattori sopra elencati corre il rischio di presentare distorsioni gravi a danno dell'equità e dell'efficienza allocativa. Con riferimento al primo fattore, è chiaro che maggiore è il numero di residenti e maggiore è il bisogno da soddisfare. Per quanto riguarda il differenziale dei bisogni sanitari, la sua determinazione resta un'operazione piuttosto complessa, in cui l'unica evidenza, peraltro condivisa all'interno del mondo scientifico, è che al crescere dell'età cresce l'utilizzo dei servizi. Con riferimento alle risorse economiche necessarie per finanziare il sistema sanitario, e quindi per soddisfare i bisogni della popolazione, il riparto del Fsn tra le Regioni è una variabile esogena rispetto al sistema regionale, se si considera che esso è il risultato di complessi negoziati, economici ma anche sociali.
4. Con riferimento, ad esempio, all'assistenza ospedaliera, l'analisi delle scelte operate a livello regionale suggerisce come ad un maggiore finanziamento di questo tipo di assistenza venga, quasi sempre, associato un maggior numero di posti-letto.
5. Il percorso di adeguamento della Regione Basilicata alle varie normative dirette al contenimento dei costi sanitari, in particolare della spesa ospedaliera, ha determinato un'effettiva riorganizzazione delle strutture sanitarie. Emerge una Basilicata che ha preso sul serio le sfide dell'efficienza e della qualità rispetto alle esigenze della gente, e che intende perseguire con coscienza e consapevolezza degli sforzi fatti e di quelli da fare per sostenere adeguatamente le sfide di un federalismo.
6. http://ilgiorno.ilsole24ore.com/milano/cronaca/2009/11/16/260992-sanita_lombardia.shtml.

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

- AMBROSANO M.F. (2009), «Sanità e federalismo fiscale Consumatori», *Diritti Mercato*, 1, p. 24.
- ANTONINI L. (2004), «Il federalismo legislativo ed il federalismo fiscale», *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, 63 (3), p. 402.
- GIORGETTI F. (2001), *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*, Maggioli, Rimini.
- MONTINARO D. (2007), «Il federalismo in materia sanitaria e la dirigenza», *Sanità pubblica e privata*, 3, p. 21.
- PARIS D. (2007), «Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà», *Le Regioni*, a. 6 (XXXV), p. 989.
- PUNTILLO P. (2007), *Il processo di modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, un'analisi economico-aziendale*, Aracne, Roma.
- STORNAIUOLO G. (2002), «Il finanziamento della spesa in materia sanitaria: una proposta di modifica del D. Lgs. 56/2000 in applicazione dell'art. 119 del Titolo V della Costituzione», *Rivista economica del Mezzogiorno*, 1 (XVI), p. 79.
- TARONI F. (2007), «L'evoluzione delle politiche sanitarie in Italia, fra crisi finanziarie e problemi di fiducia», *Lassa*, 1, p. 39.
- D'ALOA A. (2003), «Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni», *Le Regioni*, n. 6.
- DEIAS F. (2007), «I livelli essenziali di assistenza Concetti generali, normativa di riferimento, esperienze comparate», *Sanità pubblica e privata*, n. 1.
- DIRINDIN N., VIINEIS P. (2004), *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- FALTICELLI N., LANGIANO T. (2006), *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna.
- FERRARA R. (1999), *Principi di diritto sanitario*, Giappichelli, Torino.
- FREGNI M. (2005), «Riforma del Titolo V della Costituzione e federalismo fiscale», *Rassegna Tributaria*, n. 48/3.
- GALLO F. (1995), «Per un progetto di federalismo fiscale», *Rassegna Tributaria*, n. 11.
- GALMARINI U., TURATI G. (2007), «La lunga marcia del federalismo fiscale: il nuovo disegno di legge», *La Voce Info*, Agosto.
- JORIO E. (2005), *Diritto Sanitario*, Giuffrè, Milano.
- JORIO E. (2005), «Il federalismo fiscale esige solidarietà e un eguale punto di partenza nel debito sanitario», *Sanità pubblica e privata*, n. 4.
- JORIO E. (2005), «Il finanziamento della salute e il patto di stabilità», *Sanità pubblica e privata*, n. 2.
- M. BELLETTI (2006), «Il difficile rapporto tra "tutela della salute" ed "assistenza ed organizzazione sanitaria". Percorsi di una prevalenza che diviene cedevole», *Le Regioni*, n. 6.
- MARZOT S. (2008), «Le prestazioni sanitarie: analisi dei livelli essenziali assistenziali e dei modelli gestionali», *Sanità pubblica e privata*, n. 4.

Bibliografia separata

BUGLIONE F. (2001), *Aspetti normativi e finanziari dei tributi propri delle Regioni*, Giuffrè, Milano.

Allegato 1

Stralcio bilanci Regionali. Riepilogo Spesa Sanitaria - esercizio 2007

REGIONE LOMBARDIA		
AREA 5 SANITÀ, FAMIGLIA E CASA	Stanziamenti definitivi di competenza (2007)	Impegni assunti (2007)
SPESA (CORRENTE OPER.)		
Upb 5.1.6.2.244 Sicurezza alimentare	€ 1.645.651,47	€ 939.284,16
Upb 5.1.0.256 Mantenimento dei Lea	€ 15.674.185.452,52	€ 14.441.933.605,11
Upb 5.1.2.2.257 Qualità dei servizi, semplificazione dell'accesso potenziamento della libertà di scelta e accesso alle cure	€ 225.446.080,20	€ 213.532.774,05
Upb 5.1.5.258 Ricerca, innovazione e risorse umane	€ 45.936.588,98	€ 23.026.219,67
Upb 5.1.3.2.262 Prevenzione	€ 115.705.155,06	€ 79.191.609,26
Upb 5.1.4.2.307 Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari	€ 75.916.242,43	€ 19.376.425,20
Upb 5.1.1.2.321 Completamento della riforma: sviluppo del modello organizzativo del sistema sanitario	€ 21.941.411,33	€ 31.139,10
TOT. SPESE (CORRENTI OPER.)	€ 16.160.776.581,99	€ 14.778.031.056,55
SPESA (CAPITALE)		
Upb 5.1.4.3.261 Riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari	€ 590.064.986,74	€ 275.084.338,39
Upb 5.1.3.3.277 Prevenzione	€ 1.203.242,44	-
Upb 5.1.6.3.287 Sicurezza alimentare	€ 154.937,07	-
Upb 5.1.2.3.414 Qualità dei servizi, semplificazione dell'accesso potenziamento della libertà di scelta e accesso alle cure	€ 500.000,00	€ 500.000,00
TOT. spese (CAPITALE)	€ 591.923.166,25	€ 275.584.338,39
SPESA (ANNUALITÀ)		
Upb 5.1.0.4.176 Contributi in annualità per strutture sanitarie	€ 1.695.297,00	€ 1.695.296,47
TOT. Spese (ANNUALITÀ)	€ 1.695.297,00	€ 1.695.296,47
TOT. FUNZIONE OBIETTIVO 5.1	€ 16.754.395.045,24	€ 15.055.310.691,41
TOT. GENERALE SPESE	€ 46.779.894.652,86	€ 34.459.636.812,97
PARTITE DI GIRO	€ 11.341.783.589,00	€ 10.780.769.065,00
TOT. SPESE (2007) AL NETTO DELLE PARTITE DI GIRO	€ 35.438.111.063,86	€ 23.678.867.747,97
TOT. F.O. 5.1/TOT. SPESE EFFETTIVE	47%	64%
Impegni/Stanziamenti di competenza (F.O. 5.1)	90%	

REGIONE LIGURIA		
AREA IX SANITÀ	Previsioni finali in conto competenza	Impegni di competenza
Upb 9.101 Finanziamento di parte corrente del Ssr	€ 2.904.083.959,23	€ 2.759.804.499,59
Upb 9.102 Progetti di ricerca finalizzata in campo sanitario	€ 7.147.726,07	€ 5.438.434,07
Upb 9.103 Finanziamento di parte corrente del Ssn - arretrati	€ 351.403.704,85	€ 340.648.161,80
Upb 9.104 Finanziamento servizi per la lotta alla droga e tossicodipendenza	-	-
Upb 9.106 Finanziamento attività socio-sanitarie	€ 2.504.063,65	€ 1.823.501,54
Upb 9.107 Finanziamento attività in materia di trapianti	€ 214.317,96	-
Upb 9.108 Finanziamenti ripiano disavanzi	387.454.000,00	€ 387.454.000,00
Upb 9.109 Servizi di igiene e veterinaria	€ 1.268.288,45	€ 805.537,04
Upb 9.199 Oneri amm. mutui a ripiano disavanzo - interessi	€ 3.981.000,00	€ 2.596.121,12
Upb 9.201 Investimenti nella sanità	€ 69.736.366,95	€ 7.935.941,09
Upb 9.209 Investimenti in materia di igiene e veterinaria	-	-
Upb 9.301 Oneri amm. mutui a ripiano disavanzi - quota capitale	€ 14.823.090,54	€ 14.823.090,53
TOTALE AREA IX	€ 3.742.616.517,70	€ 3.521.329.286,78
TOT. SPESE (2007) AL NETTO DELLE PARTITE DI GIRO	-	€ 4.745.052.599,89
TOT. AREA IX/TOT. SPESE		74%
Incidenza della spesa per il ripiano dei disavanzi sul tot. dell'AREA IX	11%	11%
Impegni/Previsioni finali di competenza (AREA IX)	94%	

REGIONE LAZIO		
AMBITO H SANITÀ E SERVIZI SOCIALI	Stanzamenti di competenza (2007)	Impegni (2007)
FUNZIONE OBIETTIVO H1 TUTELA DELLA SALUTE		
Upb H11 Finanziamento del Servizio sanitario regionale	€ 7.019.959.021,64	€ 6.991.824.865,83
Upb 9.103 H13 Progetti obiettivo, interventi innovati formazione, epidemiologia, altri interventi in materia sanitaria (corrente)	€ 42.899.010,51	€ 19.091.865,38
TOT. FUNZIONE OBIETTIVO H1	€ 7.062.858.032,15	€ 7.010.916.731,21
FUNZIONE OBIETTIVO H2 STRUTTURE SANITARIE		
Upb. H21 Strutture sanitarie (correnti)	€ 2.300.000,00	€ 2.279.303,79
Upb 9.108 H22 Strutture sanitarie e altri investimenti in sanità (c/capitale)	€ 359.017.908,93	€ 159.921.506,32
TOT. FUNZIONE OBIETTIVO H2	€ 361.317.908,93	€ 162.200.810,11
FUNZIONE OBIETTIVO H3 COPERTURA DISAVANZI SANITÀ		
Upb H31 Copertura disavanzi sanità	€ 5.376.388.991,59	€ 2.797.091.437,02
TOT. FUNZIONE OBIETTIVO H3	€ 5.376.388.991,59	€ 2.797.091.437,02
TOT. F.O. H1+H2+H3	€ 12.800.564.932,67	€ 9.970.208.978,34
TOTALE SPESE AL NETTO DELLE PARTITE DI GIRO	€ 23.832.269.725,33	€ 16.605.720.153,93
TOT. F.O. H1+H2+H3/TOT. EFFETTIVE 2007	54%	60%
Incidenza della spesa per il ripiano dei disavanzi	42%	28%
Impegni/Stanzamenti	78%	

MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

REGIONE MOLISE		
AREA 5: POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE, E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA	Stanziamanti definitivi di competenza	Impegni assunti nell'esercizio
<i>FUNZIONE OBIETTIVO 1: RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO</i>		
Upb 410 Organizzazione ASREM, personale dipendente SSR e formazione	€ 2.103.481,40	€ 783.569,18
<i>TOT. FUNZIONE OBIETTIVO 1</i>	€ 2.103.481,40	€ 783.569,18
<i>FUNZIONE OBIETTIVO 2: SANITÀ</i>		
Upb 420 Progetti e investimenti sanitari	€ 42.000.708,54	€ 41.909.875,82
Upb 430 Risorse finanziarie	€ 1.091.532.639,43	€ 745.327.314,59
Upb 435 Programmazione e assistenza farmaceutica	€ 2.571.614,71	€ 5.000,00
Upb 438 Ospedalità pubblica e privata	-	-
Upb 440 Medicina veterinaria e sicurezza alimentare	€ 1.815.912,13	€ 733.774,50
Upb 445 Assistenza socio sanitaria	€ 1.139.566,16	€ 461.704,23
Upb 450 Igiene e prevenzione	€ 940.627,93	€ 347.747,40
Upb 455 Medicina territoriale	€ 1.565.619,57	€ 591.712,00
<i>TOT. Funzione obiettivo 2</i>	€ 1.565.619,57	€ 789.377.128,54
<i>FUNZIONE OBIETTIVO 3: SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ DEL DIRETTORE</i>		
Upb 465 Segreteria di supporto alle attività del Direttore Generale	€ 21.753.980,00	€ 20.799.103,26
<i>TOT. Funzione Obiettivo 3</i>	€ 1.141.566.688,47	€ 20.799.103,26
TOTALE AREA 5	€ 21.753.980,00	€ 810.959.800,98
SPESE EFFETTIVE 2007	€ 1.722.992.244,79	€ 1.308.908.569,67
TOT. AREA 5/TOT. SPESE EFFETTIVE 2007	68%	62%
Incidenza della spesa per la copertura dei disavanzi sul tot. dell'area 5	28%	8%
Impegni/Stanziamanti di competenza	70%	

REGIONE CAMPANIA		
AMBITO 4 SERVIZI SOCIALI E SOSTEGNO AL REDDITO	Previsioni finali di competenza	Somme impegnate (2007)
FUNZIONE OBIETTIVO 15 PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE		
Upb 38 Assistenza sanitaria		
TITOLO 1: Spese correnti	€ 12.375.921.087,18	€ 11.909.316.283,04
TITOLO 2: Spese d'investimento	€ 150.000,00	-
TOT. Upb	€ 12.376.071.087,18	€ 11.909.316.283,04
Upb 39 Interventi per le strutture sanitarie		
TITOLO 1: Spese correnti	€ 325.885,15	-
TITOLO 2: Spese d'investimento	€ 60.079.601,91	€ 60.079.601,90
TOT. Upb	€ 60.405.487,06	€ 60.079.601,90
Upb 40 Servizi di medicina veterinaria		
TITOLO 1: Spese correnti	€ 38.976.916,13	€ 38.949.514,13
TITOLO 2: Spese d'investimento	€ 1.360.274,48	€ 1.210.506,48
TOT. Upb	€ 40.337.190,61	€ 40.160.020,61
TOT. F. OBIETTIVO PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE	€ 12.476.813.764,85	€ 12.009.555.905,55
SPESE AL NETTO DELLE PARTITE DI GIRO (2007)	€ 23.574.928.562,68	€ 18.024.751.720,31
TOT. AMBITO 4/TOT. DELLE SPESE EFFETTIVE	53%	67%
Incidenza della spesa per il ripiano del disavanzo sanitario sul tot. della F.O. 15	10%	10%
Somme impegnate/Previsioni finali (TOT. F.O.)	96%	

REGIONE BASILICATA		
TITOLO 2 - SPESE PER INTERVENTI SOCIO- ECONOMICI	Previsioni definitive di competenza	Impegni assunti nell'esercizio
MACRO F.O. 07 SANITÀ		
F.O. 0741 Politiche di sanità regionale		
Upb 0741.01 Interventi di edilizia sanitaria in corso-Capitale	€ 25.822,84	-
Upb 0741.02 Limiti di impegno per interventi di edilizia sanitaria in corso-Capitale	€ 1.431.000,00	€ 1.431.000,00
Upb 0741.03 Infrastrutture sanitarie e rete ospedaliera-Capitale	€ 202.831.627,06	€ 46.213.131,02
Upb 0741.04 Iniziative di supporto e innovazione dei servizi sanitari-Corrente operativa	€ 861.802,83	€ 157.431,41
Upb 0741.05 Gestione del Ssr-Trasferimenti alle aziende sanitarie locali	€ 922.029.552,61	€ 921.611.333,44
Upb 0741.06 Ripiano disavanzi delle Asl-Capitale	€ 111.139.423,95	€ 72.096.407,17
Upb 0741.07 Funzionamento organismi del settore sanitario-Corrente operativa	€ 610.000,00	€ 602.100,00
Upb 0741.08 Azioni di supporto alla gestione Ssr e altre attività in materia di tutela della salute e sanità veterinaria-Corrente operativa	€ 52.541.210,41	€ 40.408.864,22
Upb 0741.09 Interventi per la sicurezza alimentare e la prevenzione del randagismo - Capitale	€ 194.274,42	€ 100.000,00
TOTALE FUNZIONE OBIETTIVO 0741	€ 1.291.664.714,12	€ 1.082.620.267,26
TOTALE MACRO FUNZIONE OBIETTIVO 07	€ 1.291.664.714,12	€ 1.082.620.267,26
TOT. SPESE (2007) AL NETTO DELLE PARTITE DI GIRO	€ 3.886.100.136,95	€ 2.052.090.112,39
TOT. MACRO F.O. 07/TOT. USCITE	33%	53%
Incidenza della spesa per il ripiano dei disavanzi sul tot. della F.O.	9%	7%
Impegni assunti nell'esercizio/previsioni	84%	

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, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

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 devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) 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

Lunghezza articoli

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

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.

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.

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

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.

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Piervito Bianchi

LA CREAZIONE DEL VALORE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE. IL RUOLO DEI DIRIGENTI

FRANCO ANGELI, MILANO, 2009, € 26,00, PP. 224 - ISBN 13: 9788856813135

A distanza di tre lustri dall'avvio del processo di «aziendalizzazione» in sanità, molte aziende sanitarie pubbliche vengono accusate di spendere impropriamente le proprie risorse e di erogare prestazioni assistenziali non sempre qualitativamente adeguate. Di fronte a tali risultati gli operatori, che hanno inizialmente creduto nel processo, cominciano a nutrire un senso di sfiducia, mentre coloro che sin dall'inizio si sono dimostrati scettici, e spesso contrari, dichiarano il «fallimento» dell'aziendalizzazione. Un'ampia e autorevole dottrina economico-aziendale risponde alle critiche mosse da più parti, ribadendo che il processo di riforma non determina – di per sé – un «cambiamento» che si realizza soltanto se le persone che operano all'interno delle aziende sanitarie pubbliche modificano – di fatto – i propri atteggiamenti. La vera sfida per tali aziende è, dunque, quella di «attuare il cambiamento». Alla luce di tali considerazioni, nel presente lavoro si focalizza, in particolare, l'attenzione sulla figura del «dirigente», con la convinzione che il cambiamento dipenda in buona misura dalla capacità dei dirigenti di interpretare al meglio il proprio ruolo. Nel volume, si delineano i tratti essenziali del processo di riforma delle aziende sanitarie pubbliche, sottolineando la necessità di esercitare l'autonomia aziendale nella prospettiva della creazione del valore. Si descrivono, poi, le varie tipologie di dirigenti delle aziende sanitarie pubbliche e il loro ruolo nel processo che conduce alla generazione del valore pubblico e si richiama la disciplina del lavoro con particolare riferimento ai dirigenti delle aziende sanitarie pubbliche. Si analizza, infine, il sistema di valutazione delle prestazioni dirigenziali, il sistema in parola che si propone di orientare il comportamento dei manager (dirigenti di struttura) e dei professional worker (dirigenti medici e altri professionisti) verso l'obiettivo della generazione del valore. Chiudono alcune considerazioni conclusive.

INDICE INTRODUZIONE - 1. L'AUTONOMIA DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 1.1. LO STUDIO DELLA «CONDOTTA» DELLE AZIENDE PUBBLICHE - 1.2. L'AMPLIAMENTO DELL'AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 2. L'ESERCIZIO DELL'AUTONOMIA AZIENDALE NELLA PROSPETTIVA DELLA CREAZIONE DEL VALORE - 2.1. LA CREAZIONE DEL VALORE PUBBLICO E IL PRINCIPIO DI ECONOMICITÀ - 2.2. L'ECONOMICITÀ NEL CONTESTO DELLE IMPRESE PRIVATE E DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE - 2.3. LE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE E IL PRINCIPIO DI ECONOMICITÀ - 3. IL MANAGER E IL PROFESSIONAL WORKER NEL PROCESSO DI CREAZIONE DEL VALORE - 3.1. LA NOZIONE DI MANAGER - 3.2. IL CONTENUTO DEL LAVORO MANAGERIALE - 3.3. IL MANAGER E IL PROFESSIONALE WORKER NELL'AZIENDA SANITARIA PUBBLICA - 4. I DIRIGENTI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 4.1. LA COMPOSIZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 4.2. I DIRIGENTI DEL RUOLO «SANITARIO» I DIRIGENTI DEL RUOLO «PROFESSIONALE», «TECNICO» E «AMMINISTRATIVO» - 5. LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEI DIRIGENTI: UNA LEVA PER LA CREAZIONE DEL VALORE - 5.1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DIRIGENZIALI E IL «PRINCIPIO DI DISTINZIONE» DELLE COMPETENZE - 5.2. LE FINALITÀ DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DIRIGENZIALI - 5.3. VERSO UN NUOVO STILE DI DIREZIONE - 5.3. LA STIMA DEL «CONTRIBUTO» DEL DIRIGENTE - 5.4. I POSSIBILI ATTORI DEL SUCCESSO DI VALUTAZIONE - 6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Guido Corso, Paolo Magistrelli (a cura di)

IL DIRITTO ALLA SALUTE TRA ISTITUZIONI E SOCIETÀ CIVILE

GIAPPICHELLI EDITORE, TORINO, 2009, € 18,00, PP. 149 - ISBN 9788834895931

Il volume raccoglie gli atti del Convegno tenutosi a Roma il 27 novembre 2008, sul tema «Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile». L'incontro ha offerto l'occasione per riflettere su una problematica attuale, quale l'effettività della tutela del diritto fondamentale alla salute nel nostro sistema costituzionale e politico-istituzionale

INDICE PRESENTAZIONE - SALUTO, DI GIOVANNI CONSO - APERTURA DEI LAVORI, DI PAOLO MAGISTRELLI - INTRODUZIONE, DI TULLIO LAZZARO - PRESENTAZIONE DEL TEMA, DI ALFONSO QUARANTA - PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA SANITARIO, DI GUIDO CORSO - L'INNOVAZIONE IN MEDICINA: I NODI CRITICI NELLA PROSPETTIVA DEI LIMITI, DI CESARE CATANANTI - IL QUADRO DEI CONTROLLI E DELLE RESPONSABILITÀ CONTABILI, CARLO CHIAPPINELLI - EQUITÀ ED EFFICIENZA NEI LIVELLI ESSENZIALI IN SANITÀ, RENATO BALDUZZI - DIRITTI SOCIALI, SANITÀ E PROSPETTIVE DEL FEDERALISMO, DI ENZO BALBONI - IL FATIGOSO CAMMINO DELL'INTEGRAZIONE FRA UNIVERSITÀ E SERVIZIO SANITARIO, GUERINO FARES - LE SOCIETÀ DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE NEL QUADRO DELLA TUTELA DELLA CONCORRENZA, DI RICCARDO ROTIGLIANO - CONCLUSIONI, DI UGO DE SIERVO.

Antonio Imbasciati

LA MENTE MEDICA. CHE SIGNIFICA «UMANIZZAZIONE» DELLA MEDICINA?

SPRINGER-VERLAG ITALIA, MILANO, 2008, € 34,95, PP. 254 - ISBN 9788847007918

La questione dell'umanizzazione della medicina e della demedicalizzazione dei servizi riguarda le oltre venti lauree giustamente definite sanitarie, anziché mediche, ognuna delle quali dovrebbe comportare una professione diversa da quella medica e «più umana». Nel percorso formativo di queste lauree sono previste diverse discipline psicologiche e sociali, ma l'introduzione di un nuovo concetto di sanità anzi meglio «della salute», o «di aiuto», è comunque ardua. Queste professioni sono in realtà diventate altrettante «altre» professioni mediche e anch'esse dominio della «mente medica», che nel collettivo delle Organizzazioni si è appropriata di queste professioni come fossero «sue». Le diverse scienze psicologiche, in primis la Psicologia clinica e la Psicosomatica, dovrebbero essere al centro della formazione, anzi di una nuova forma mentis, di questi nuovi operatori. Ma come viene applicato l'intento del legislatore nell'Università italiana e nella cultura sanitaria? Il grande mantello della medicina, di una certa medicina, copre gli scopi che erano stati intuiti come necessari per le differenti professioni della salute. Il testo vuole portare alla luce misconoscimenti e riduzionismi che paralizzano il pur auspicato mutamento della medicina e le sue articolazioni in differenti professionalità. La Psicologia clinica viene proposta come chiave per leggere la mentalità collettiva che sottende l'attuale cultura sanitaria, che si scontra con le esigenze della persona umana, negando, oltretutto, quanto la psicosomatica oggi ci dice circa la costante modulazione psichica di tutti i processi organici, nella salute così come in tutte le malattie. L'umanizzazione della medicina non è un surplus eticamente giusto per il malato: è un indispensabile agente terapeutico. La sua mancanza è iatrogena.

INDICE 1. OSSERVAZIONE E INTERAZIONE COL MALATO - 1.1. OSSERVAZIONE, COMUNICAZIONE, RELAZIONE - 1.2. MEDICUS IPSE FARMACUM. OGGETTIVITÀ? - 2. MODELLI SOTTESI ALL'ATTUALE PRASSI MEDICA ITALIANA - 2.1. OGGETTIVISMO, TRANSITIVISMO, COSCIENZIALISMO - 2.2. INTERVENIRE - 3. COME SI FORMA E FUNZIONA UNA MENTE - 3.1. MENTE E CERVELLO. LO PSICOLOGICO E «IL CERVELLO» - 3.2. I PROCESSI MENTALI. IL CERVELLO IMPARA A IMPARARE: A COMINCIARE DAL FETO - 3.3. L'IRREPETIBILITÀ DELLA MENTE DEL SINGOLO. SIGNIFICATI E SIGNIFICANTI - 3.4. MEMORIA E RICORDO - 4. IL PROBLEMA INCONSCIO-COSCIENZA - 4.1. DALL'IMPOSTAZIONE FREUDIANA A PIÙ RECENTI SVILUPPI PSICOANALITICI - 4.2. COGNITIVISMO E PSICOANALISI - 4.3. IL PROBLEMA DELLA COSCIENZA - 4. LA COMUNICAZIONE: AL DI LÀ DELLA PAROLA (TRANSFERT E CONTROTRANSFERT NELLA PRATICA MEDICA) - 4.1. TRASMISSIONE E COMUNICAZIONE DI AFFETTI - 4.2. AFFETTI INCONSCI IN AMBITO SANITARIO - 4.3. AL DI LÀ DELLA PAROLA: LA COMUNICAZIONE NON VERBALE - 5. ORIGINI E COSTRUZIONE DELLA MENTE - 5.1. DAL FETO ALL'INFANTE: IL CAREGIVER E LA CAPACITÀ DI RÉVERIE - 5.2. UNA NUOVA METAPSICOLOGIA - 6. CULTURA MEDICA, TRADIZIONE E SVILUPPO DELLA PSICOLOGIA - 6.1. IL DOTTORE - 6.2. CULTURA MEDICA E SCIENZE PSICOLOGICHE - 6.3. SALUTE O SANITÀ? - 7. LA STRUTTURA

PSICOSOMATICA - 7.1. PSICHE E SOMA - 7.2. LA PSICOSOMATICA - 7.3. ALESSITIMIA E PSICOSOMATICA: MADRE-INFANTE E PSICHE-SOMA - 7.4. CLINICA PSICOSOMATICA - 8. NORMALITÀ E PATOLOGIA: GLI EQUIVOCI DI UNA PSICOLOGIA MEDICALIZZATA - 8.1. LA CONCEZIONE DEL «GUAUSTO» - 8.2. L'ANOMALIA - 8.3. QUALE NORMALITÀ? - 8.4. CHI TURBA IL DISTURBO - 9. PSICOLOGIA CLINICA E CULTURA MEDICA - 9.1. «CLINICO» E PSICOLOGIA CLINICA - 9.2. PSICOLOGIA CLINICA IN AMBITO MEDICO: EQUIVOCI E FRAINTENDIMENTI - 9.3. QUALE FORMAZIONE PSICOLOGICA IN AREA SANITARIA? - 9.4. CATEGORIE MEDICHE IN PSICOLOGIA? - 9.5 FUTURI PSICOLOGI MEDICALIZZATI? - 9.6. QUALE FUTURO PER LA PSICOLOGIA CLINICA? - 10. LE CAPACITÀ RELAZIONALI - 10.1 LA BUONA RELAZIONE - 10.2. FORMAZIONE DELLE CAPACITÀ RELAZIONALI - 10.3. FORMAZIONE PERMANENTE - 11. ORGANIZZAZIONE E ISTITUZIONE - 11.1. I PROCESSI MENTALI NEL COLLETTIVO: LE ANGOSE DI MORTE - 11.2. STRESS E BURN-OUT - 11.3. IL BURN-OUT NELLE PROFESSIONI DI AIUTO - 11.4. BURN-OUT, E PSICOLOGIA DELLA SALUTE - 12. IL MEDICO E LE ALTRE (SUE?) PROFESSIONI - 12.1. I PROFESSIONISTI DELL'AUTO - 12.2. GLI PSICOLOGI - 12.3. OPERATORI DELLA SALUTE - APPENDICE

Istituto italiano di *project management*, Maurizio dal Maso, Enrico Mastrofini, Eugenio Rambaldi (a cura di)

GUIDA ALLA CERTIFICAZIONE BASE DI PROJECT MANAGEMENT IN SANITÀ

FRANCOANGELI, MILANO, 2009, € 19,00, PP. 149 - ISBN 13 9788856812015

Per chi opera in team di progetto, il possesso di una specifica certificazione costituisce un'attestazione di professionalità, mentre per le organizzazioni avere project manager certificati rappresenta una solida leva per la diffusione al proprio interno della cultura di project management. Questo testo propone una versione ampliata della Guida alla certificazione base di project management del 2008, cui sono stati aggiunti alcuni nuovi elementi di conoscenza e schede descrittive, che permettono di tener conto di quegli aspetti peculiari dei progetti sanitari che gli operatori del settore devono considerare e conoscere. Il project management può essere la soluzione ai problemi che quotidianamente «colpiscono» chi ha funzioni direttive e responsabilità di governo. Il project management, per essere «la soluzione» e non diventare «il problema», deve essere adottato quotidianamente come elemento di cultura comune. Le organizzazioni sanitarie devono uscire dalla fase attuale di un project management «uomo-dipendente» – in cui si crea la funzione e si ottengono risultati solo se, casualmente, troviamo chi è in grado di fare il project manager aziendale – e passare a quella in cui, grazie a specifici corsi di formazione e certificazione, possono fare riferimento a persone esperte e finalizzate al raggiungimento degli obiettivi e capaci di aumentare il valore.

INDICE INTRODUZIONE, DI EUGENIO RAMBALDI - PERCHÉ UNA CERTIFICAZIONE BASE DI PROJECT MANAGEMENT IN SANITÀ, DI MAURIZIO DAL MASO - LA CERTIFICAZIONE BASE ISIPM, DI ENRICO MASTROFINI - 1. GLI ELEMENTI DI CONOSCENZA DELLA CERTIFICAZIONE ISIPM - 1.1. GRUPPO A. CONOSCENZE DI CONTESTO - 1.2. GRUPPO B. CONOSCENZE TECNICHE E METODOLOGICHE - 1.3. GRUPPO C. CONOSCENZE MANAGERIALI DI BASE - 1.4. GRUPPO D. CONOSCENZE - 1.5. GRUPPO E. CONOSCENZE APPLICATIVE - APPENDICE 1. LE CERTIFICAZIONI INTERNAZIONALI DI PROJECT MANAGEMENT DISPONIBILI IN ITALIA - APPENDICE 2. SCHEMA DI CORRISPONDENZA TRA CERTIFICAZIONE ISIPM, ICB IPMA, PMBOK E PRINCE 2

Veronica Scardigli

LA DOMANDA DEI SERVIZI SANITARI: QUALE MANAGEMENT E QUALE ORGANIZZAZIONE

GUERINI ASSOCIATI, MILANO, 2009, € 26,00, PP. 240 - EAN 9788862501316

In un contesto di risorse economiche limitate, per rispondere alla crescente domanda di prestazioni sanitarie la risposta nei Paesi sviluppati deve conciliare gli obiettivi di responsabilizzazione nell'impiego delle risorse con i valori di tutela della salute. Il «governo della domanda» è un approccio innovativo rispetto agli interventi tradizionali di contenimento della spesa perché si focalizza sulla domanda ed è alternativo a proposte semplicistiche di ricerca dell'efficienza attraverso la liberalizzazione del mercato, perché promuove lo sviluppo di un sistema sanitario orientato anche all'appropriatezza e all'equità. Nel volume si illustrano le maniere per governare l'aumento della domanda di prestazioni sanitarie con strumenti ge-

stionali e organizzativi. Si tratta di strumenti che agiscono sulla percezione del bisogno e sul comportamento del paziente, intervengono sull'articolazione dell'offerta e l'integrazione dei servizi, analizzano i comportamenti organizzativi e l'orientamento al risultato, la funzione di committenza, l'innovazione nelle cure primarie e le competenze manageriali.

INDICE 1. L'AZIENDA SANITARIA E LA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI - 2. LA PERCEZIONE DEL BISOGNO E IL COMPORTAMENTO DEL PAZIENTE - 3. GLI STRUMENTI DI TRADIZIONE E INNOVAZIONE - 4. ARTICOLAZIONE DELL'OFFERTA: DIFFERENZIAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI - 5. COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI, DECENTRAMENTO E ORIENTAMENTO AL RISULTATO - 6. L'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA SUL PAZIENTE: DISEASE A CASE MANAGEMENT - 7. LA FUNZIONE DI COMMITTENZA - 8. EPIDEMIA DELLE MALATTIE CRONICHE E INNOVAZIONE NELLE CURE PRIMARIE: DALLA MEDICINA DI ATTESA ALLA SANITÀ DI INIZIATIVA, DI GAVINO MACIOCCO - 9. IL MANAGEMENT PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA, DI ANTONELLO ZANGRANDI

Mario Sorrentino (a cura di)

LE IMPRESE BIOTECH ITALIANE. STRATEGIE E PERFORMANCE

IL MULINO, BOLOGNA, 2009, € 30,00, PP. 399 - ISBN 9788815133458

L'industria delle biotecnologie viene spesso indicata come strategica per lo sviluppo della competitività dei sistemi economici nazionali e internazionali. In Italia il comparto biotech è giovane, ma in rapida espansione, come testimonia il notevole aumento del numero di imprese a cui si è assistito negli ultimi anni. Dopo aver posizionato l'industria biotecnologica italiana rispetto ad altri contesti più sviluppati, il volume analizza le strategie, le performance e le capacità di crescita delle imprese biotech del nostro Paese. Ruotando intorno ai risultati di un'indagine empirica su un campione rappresentativo dell'universo delle Dedicated Biotech Firms italiane fortemente orientate alla ricerca, il libro approfondisce i modelli di comportamento e gli orientamenti strategici di queste imprese. In particolare, l'attenzione viene concentrata sui principali driver della crescita delle aziende biotech: il capitale umano, le partnership e le collaborazioni di ricerca, le strategie di brevettazione, le scelte di localizzazione, le modalità di finanziamento. La ricognizione sulle aziende biotecnologiche italiane viene integrata con un'analisi di tredici «storie di impresa» riferite a un nucleo rappresentativo di aziende biotech operanti in ambito farmaceutico.

INDICE 1. IMPRESA BIOTECH TRA SCIENZA E SOSTENIBILITÀ, DI MARIO SORRENTINO - 2. L'INDUSTRIA DEL BIOTECH, DI LAURA CASTALDI - 3. LO SVILUPPO DELL'INDUSTRIA BIOTECH IN ITALIA, DI FRANCESCO IZZO - 4. LE PERFORMANCE DELLE IMPRESE BIOTECH ITALIANE, DI MARIO SORRENTINO E LAURA CASTALDI - 5. IL CAPITALE UMANO, DI FIORENZA BELUSSI - 6. LA GESTIONE DELLE COLLABORAZIONI DI RICERCA, DI FRANCESCO GARRAFFO E FABIO SORRENTINO - 7. BREVETTI E STRATEGIE DI PORTAFOGLIO DELLE IMPRESE BIOTECH ITALIANE, DI DANIELA BAGLIERI - 8. STRATEGIE LOCALIZZATIVE DELLE IMPRESE BIOTECH ITALIANE: IL RUOLO DEI PARCHI SCIENTIFICI E TECNOLOGICI, DI DANIELA BAGLIERI E FIORENZA BELUSSI - 9. LE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO, DI CORRADO GATTI, FEDERICO FUCETOLA E FABIO SORRENTINO - 10. L'EVOLUZIONE DEL RED BIOTECH IN ITALIA IN TREDICI STORIE D'IMPRESA, DI FRANCESCA IZZO

Giuseppe Zuccatelli, Clara Carbone, Francesca Lecci

TRENT'ANNI DI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. IL PUNTO DI VISTA DI UN MANAGER

EGEA, MILANO, 2009, € 22,00 PP. 162 - ISBN 9788823850880

A più di trent'anni dalla nascita del Servizio sanitario nazionale (Ssn), il volume ripercorre le tappe fondamentali da cui sono derivate le caratteristiche dell'odierno sistema di tutela della salute nel nostro Paese, attraverso l'equilibrio dinamico tra la dimensione politico-istituzionale, la componente professionale e il management. Gli autori descrivono il periodo attraverso le differenti prospettive regionali e talvolta locali, caratteristiche sovente sottovalutate nelle analisi del sistema sanitario nazionali, e i rispettivi percorsi in cui ogni componente ha sviluppato il proprio ruolo, giungendo in alcuni casi a una migliore e più adeguata consapevolezza di esso e delle conseguenti responsabilità. Accompagna la ricostruzione storica l'analisi scaturita dall'esperienza diretta di un manager che dal 1970 opera nella sanità italiana. Difficile dire

se la storia raccontata sia a lieto fine: la maturazione generale del sistema e delle aziende nasconde, in realtà, difformità ancora troppo accentuate sul territorio nazionale per poter essere sufficientemente certi che gli esempi migliori saranno in grado di conquistarsi l'intero terreno.

INDICE INTRODUZIONE, DI GIUSEPPE ZUCCATELLI - 1. I PRODROMI DELLA RIFORMA - 1.1. LE PRIME INDICAZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA - SANITARIA UNIFICATA - 1.2. VERSO LA NASCITA DEL SSN - 1.3. LA COMPLESSA RETE DELL'ASSISTENZA: GLI ENTI OSPEDALIERI - 1.4. LE ULTIME INNOVAZIONI PRIMA DELLA NASCITA DEL SSN - 1.5. UN QUADRO DI SINTESI - 2. IL PERIODO 1978-1986 - 2.1. L'ISTITUZIONE DEL SSN: I PRINCIPI DI FONDO - 2.2. L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SSN - 2.3. LE UNITÀ SANITARIE LOCALI: IL MODELLO ORGANIZZATIVO - 2.4. LE DEBOLEZZE ISTITUZIONALI DELLA LEGGE 833/78: UN QUADRO DI SINTESI - 2.5. UN QUADRO DI SINTESI - 3. DAL 1986 AL 1992: IL PERIODO DELLA TRANSIZIONE - 3.1. L'INQUADRAMENTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE - 3.2. IL PERIODO DELLA TRANSIZIONE: I PRESUPPOSTI NORMATIVI - 3.3. UN QUADRO DI SINTESI - 4. L'ERA DEI MANAGER DAL 1992 AL 2000 - 4.1. IL CAMBIAMENTO DEL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO - 4.2. LA DEINTEGRAZIONE E LA SPECIALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI OFFERTA: ASL E AO - 4.3. IL NUOVO ASSETTO DI GOVERNANCE 88 (ASSETTI ISTITUZIONALI E REGOLE DI FUNZIONAMENTO) - 4.4. UN QUADRO DI SINTESI - 5. DAL 2000 A OGGI: L'AVVENTO DELLA REGIONALIZZAZIONE - 5.1. IL PROCESSO DI REGIONALIZZAZIONE DEL SSN: LE PRINCIPALI LEVE DI AZIONE - 5.2. UN QUADRO DI SINTESI - APPENDICE - CONCLUSIONI - BIBLIOGRAFIA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

DRANOVE D., SFEKAS A.

The revolution in health care antitrust: new methods and provocative implications

The Milbank Quarterly, 2009, 87(3), pp. 607-632

VLADDECK B.C., RICE T.

Market failure and the failure of discourse: facing up to the power of sellers

Health Affairs, 2009, 28(5), pp. 1305-1315

CAREY K., BURGESS J.F., YOUNG G.J.

Single specialty hospitals and service competition

Inquiry, 2009, 46(2), pp. 162-171

BARROS P.P., MARTINEZ-GIRALT X.

Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model

European Journal of Health Economics, 2009, 10(4), pp. 437-453

BRAU J.C., HOLLOWAY J.M.

An empirical analysis of health care IPOs and SEOs

Journal of Health Care Finance, 2009, 35(4), pp. 42-63

SANTORO M., CECCATO M., CASTIGLIONI RUSCONI M.

Scelte di esternalizzazione in sanità: dall'outsourcing dei servizi alla terziarizzazione delle risorse umane. L'esperienza virtuosa di CSR e dell'Azienda ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano

Sanità pubblica e privata, 2009, (4), pp. 53-62

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

McCoy D.

The high level taskforce on innovative international financing for health systems

Health Policy and Planning, 2009, 24(5), pp. 321-323

AARON H.J., GINSBURG P.B.

Is health spending excessive? If so, what can we do about it?

Health Affairs, 2009, 28(5), pp. 1260-1275

SMITH N., MITTON C., PEACOCK S.

Qualitative methodologies in health-care priority setting research

Health Economics, 2009, 18(10), pp. 1163-1175

AVERILL R.F., McCULLOUGH E.C., HUGHES J.S., GOLDFIELD N.I., VERTREES J.C., FULLER R.L.

Redesigning the Medicare inpatient PPS to reduce payments to hospitals with high readmission rates

Health Care Financing Review, 2009, 30(4), pp. 1-15

HARRISON J.P., KIRKPATRICK N.

Evaluating the efficiency of inpatient rehabilitation facilities under the prospective payment system

Journal of Health Care Finance, 2009, 36(1), pp. 1-14

FARAG M., NANDAKUMAR A.K., WALLACK S.W., GAUMER G., HODGKIN D.

Does funding from donors displace government spending for health in developing countries?

Health Affairs, 2009, 28(4), pp. 1045-1055

ECONOMIA DEL FARMACO

HUGHES D.A., TILSON L., DRUMMOND M.

Estimating drug costs in economic evaluations in Ireland and the UK: an analysis of practice and research recommendations

Pharmacoeconomics, 2009, 27(8), pp. 635-643

LEVAGGI R., ORIZIO G., DOMENIGHINI S., BRESSANELLI M., SCHULZ P.J., ZANI C., CAIMI L., GELATTI U.

Marketing and pricing strategies of online pharmacies

Health policy, 2009, 92(2-3), pp. 187-196

RUSSO P., BRUTTI C.

Variazione del consumo di farmaci in Italia dopo la scadenza brevettuale: analisi dei farmaci entrati nelle liste di trasparenza tra il 2001 e il 2007

Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2009, 11(2), pp. 121-129

VERNON A.J., GOLDBERG R., GOLEC J.

Economic evaluation and cost-effectiveness thresholds

Pharmacoeconomics, 2009, 27(10), pp. 797-806

CLEEMPUT I., VAN WILDER P., HUYBRECHTS M., VRIJENS F.

Belgian methodological guidelines for pharmacoeconomic evaluation: toward standardization of drug reimbursement requests

Value in Health, 2009, 12(4), pp. 441-449

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

LUNDGREN B.

The making of a national health policy. Experiences from the Swedish determinants-based public health policy

International Journal of Health Services, 2009, 39(3), pp. 491-507

SISKOU O., KAITELIDOU D., ECONOMOU C., KOSTAGIOLAS P., LIAROPOULOS L.

Private expenditure and the role of private health insurance on Greece : status quo and future trends

European Journal of Health Economics, 2009, 10(4), pp. 467-474

PALANGKARAYA A., YONG J., WEBSTER E., DAWKINS P.

The income distributive implications of recent private health insurance policy reforms in Australia

European Journal of Health Economics, 2009, 10(2), pp. 135-148

HARRISON A., APPLEBY J.

Reducing waiting times for hospital treatment: lessons from the English NHS

Journal of Health Services Research & Policy, 2009, 14(3), pp. 168-173

CICCHETTI A., GHIRARDINI A., MASCIA D., MORANDI F., CECCARELLI A., VIGILIANO V., POLETTI P., CARDONE R., MUROLO G.

Il modello organizzativo dipartimentale nel Servizio sanitario nazionale: risultati di un'indagine nazionale

Politiche sanitarie, 2009, 10(3), pp. 153-168

GRUNDY J., KHUT Q.Y., OUM S., ANNEAR P., KY V.

Health system strengthening in Cambodia-a case study of health policy response to social transition

Health Policy, 2009, 92(2-3), pp. 107-117

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

BARAGATTI L., MESSINA G., CECCARELLI F., TONELLI L., NANTE N.

Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima del fabbisogno di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale

Organizzazione sanitaria, 2009, 33(1), pp. 5-35

SCORZFAVE S., DI CAMPO D., TAMBORRINO E.

Relazione tra volumi di performance, dinamiche competitive e organizzazione del lavoro: uno studio empirico

Sanità pubblica e privata, 2009, 4, pp. 15-22

PEACOCK S., MITTON C., BATE A., MCCOY B., DONALDSON C.

Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods

Health Policy, 2009, 92(2-3), pp. 124-132

RODWELL J., NOBLET A., DEMIR D., STEANE P.

The impact of the work conditions of allied health professionals on satisfaction, commitment and psychological distress

Health Care Management Review, 2009, 34(3), pp. 273-283

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

GLICKMAN S.W., BOULDING W., ROOS J.M.T., STAELIN R., PETERSON E.D., SCHULMAN K.A.

Alternative pay-for-performance scoring methods. Implications for quality improvement and patient outcomes

Medical care, 2009, 47(10), pp. 1062-1068

TAN S.S., VAN INEVELD B.M., REDEKOP W.K., HAKKAART-VAN ROIJEN L.

Comparing methodologies for the allocation of overhead and capital costs to hospital services

Value in Health 2009, 12(4), pp. 530-535

BARNETT P.G.

An improved set of standards for finding cost for cost-effectiveness analysis.

Medical Care, 2009, 47(7 Suppl 1), pp. S82-8

BOWLES E.J.A., TUZZIO L., RITZWOLLER D.P., WILLIAMS A.E., ROSS T., WAGNER E.H., NESLUND-DUDAS C., ALTSHULER A., QUINN V., HORN BROOK M., NEKHLUDOV L.

Accuracy and complexities of using automated clinical data for capturing chemotherapy administrations

Medical Care, 2009, 47(10), pp. 1091-1097

MENACHEMI N., POWERS T.L., BROOKS R.G.

The role of information technology usage in physician practice satisfaction

Health care management review, 2009, 34(4), pp. 364-371

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

SCHWARZER R., SIEBERT U.

Methods, procedures, and contextual characteristics of health technology assessment and health policy decision making: comparison of health technology assessment agencies in Germany, United Kingdom, France and Sweden

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2009, 25(3), pp. 305-314

LEHOUX P., HIVON M., DENIS J.L., TAILLEZ S.

What medical specialists like and dislike about health technology assessment reports

Journal of Health Services Research and Policy, 2009, 14(4), pp. 197-203

CAPPELLARO G., FATTORE G., TORBICA A.

Funding health technologies in decentralized systems: A comparison between Italy and Spain

Health Policy, 2009, 92(2-3), pp. 313-321

LEE A., SINDING L.S., HANSEN H.P.

Organizational and patient-related assessment in HTAs: State of the art

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2009, 25(4), pp. 530-536

VALUTAZIONI ECONOMICHE

SACH T.H., BARTON G.R., JENKINSON C., DOHERTY M., AVERY A., MUIR K.R.

Comparing cost-utility estimates. Does the choice of EQ-5D or SF-6D matter?

Medical care, 2009, 47(8), pp. 889-894

HUTTER F., ANTONANZAS F.

Economic evaluations in the EURONHEED. A comparative analysis

Pharmacoeconomics, 2009, 27(7), pp. 561-570

GRUPPO DI LAVORO AIES COORDINATO DA FATTORE G.

Proposte di linee guida per la valutazione economica degli interventi sanitari

Pharmacoeconomic Italian Research Articles, 2009, 11(2), pp. 83-93

TUNIS S.L.

A cost-effectiveness analysis to illustrate the impact of cost definitions on results, interpretations and comparability of pharmacoeconomic studies in the US

Pharmacoeconomics, 2009, 27(9), pp. 735-744

VAN HELVOORT-POSTULART D., DELLAERT B.G., VAN DER WEIJDEN T., VON MEYENFELDT M.F., DIRKSEN C.D.

Discrete choice experiments for complex health-care decisions: does hierarchical information integration offer a solution?

Health Economics, 2009, 18(8), pp. 903-920

Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione svolta negli anni 2008 e 2009 i Referee che hanno valutato gli articoli e supportato gli autori nella stesura dei lavori proposti e pubblicati sulla rivista Mecosan:

Giovanni Aguzzi, Eugenio Anessi Pessina, Antonio Barretta, Giancarlo Battaglia, Nicola Bellé, Mara Bergamaschi, Elio Borronovi, Antonio Botti, Claudio Caccia, Stefano Calciolari, Elena Cantù, Giulia Cappellaro, Clara Carbone, Pierluigi Catalfo, Maria Caterina Cavallo, Costanza Ceda, Denita Cepiku, Lino Cinquini, Eleonora Corsalini, Lisa Cosmi, Carlo De Pietro, Luca Del Bene, Mario Del Vecchio, Federica Di Pilla, Andrea Francesconi, Giacomo Frittoli, Davide Galli, Simone Gerzeli, Maria Michela Gianino, Attilio Gugiatti, Gino Gumirato, Claudio Jommi, Carlo Lazzaro, Francesca Lecci, Federico Lega, Rosella Levaggi, Francesco Longo, Manuela S. Macinati, Gavino Maciocco, Roberta Montanelli, Alex Murdock, Greta Nasi, Antonio Nisio, Monica Otto, Niccolò Persiani, Anna Prenestini, Valeria Rappini, Laura Rasero, Elena Rebor, Elisabetta Reginato, Massimo Riccaboni, Anna Romiti, ricercatrice, Salvatore Russo, Domenico Salvatore, Massimo Sargiacomo, Mariafrancesca Sicilia, Emilio Tanzi, Rosanna Tarricone, Stefano Tasselli, Valeria Tozzi, Elisabetta Trincher, Alex Turrini, Veronica Vecchi, Emanuele Vendramini, Stefano Villa.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2010: € 320,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2010 è fissato in:

€ 320,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del	3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del	5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del	10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del	15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2010 per l'estero è fissato come segue: € 320,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 420,00, per il resto del mondo (più spese postali).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 300,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 300,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 300,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 300,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 300,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 300,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 300,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 300,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 300,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 300,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 320,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 320,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 320,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 320,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 320,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 320,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 4.726,00, anziché € 5.560,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.