

# MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIX – N. 76 OTTOBRE-DICEMBRE 2010

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

- 3** Salute e benessere tra principi e pragmatismo

*Elio Borgonovi*

### SAGGI

- 9** L'impiego delle informazioni di contabilità analitica in sanità. I risultati di una ricerca empirica

*Manuela S. Macinati*

### MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 23** I dispositivi medici in Italia: un settore, tanti mercati

*P. Armeni, O. Ciani, V.A. Vella, M.C. Cavallo, R. Tarricone*

- 41** L'appropriatezza della spesa per grandi tecnologie mediche: il caso Veneto

*Paola Roberta Boscolo*

- 61** La riforma dei servizi sanitari negli Stati Uniti. Alcune considerazioni alla luce dell'esperienza del Massachusetts

*Giuseppe Cappiello, Gianluca Mancini, Frank G. Feeley*

- 73** La riforma Obama: il rafforzamento della Primary Care per affrontare i principali «challenge» del sistema

*Eleonora Corsalini*

- 89** *Risk management*, strumenti e cultura organizzativa per il governo della *patient safety*: dalla teoria alla pratica

*S. Canitano, A. Ghirardini, M. Migliazza, E. Trincherò*

- 109** La mappatura delle competenze nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso della Asl di Pescara

*A. D'Andreamatteo, L. Ianni, F. Rotondo, M. Sargiacomo*

### STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 139** Novità bibliografiche

- 143** 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**

### 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 € 85,00

## PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, 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.

# Salute e benessere tra principi e pragmatismo

ELIO BORGONOVÌ

*Nella seconda metà – e soprattutto nell’ultimo quarto del secolo scorso – il dibattito sulla tutela della salute è stato concentrato prevalentemente sugli aspetti di principio. La salute, infatti, è diventata uno dei «diritti» garantiti ai cittadini nel modello di welfare state introdotto da Beveridge in Gran Bretagna subito dopo la seconda guerra mondiale e in Italia con l’istituzione nel 1978 del Ssn. Da parte sua, nello stesso anno, l’Oms (Organizzazione mondiale della sanità) aveva lanciato ad Alma Ata la nota dichiarazione «Salute per tutti nell’anno 2000» che, purtroppo, non ha avuto gli esiti sperati. Il contenuto di questa dichiarazione è stato poi ripreso dall’Onu nell’ambito della Millennium Declaration con il programma del Millennium Development Goal, in cui la tutela della salute è uno degli otto obiettivi da perseguire entro il 2015 per il quale sono definiti indicatori puntuali, specifici e misurabili.*

*Specialmente gli anni Ottanta e Novanta sono stati poi caratterizzati, non tanto nel nostro Paese quanto a livello internazionale, dal confronto e spesso contrapposizione dei principi della «copertura universale» (modello dei servizi sanitari nazionali) e della «copertura individuale» (tramite assicurazioni private) o di «gruppi definiti» (tramite mutue o casse). In Italia, un effetto di questa contrapposizione è stato l’introduzione (con la legge 229/99) dei «fondi integrativi», che potevano godere di trattamento fiscale privilegiato solo nel caso prevedessero un’assistenza aggiuntiva a quella garantita dal Ssn. Ovviamente, poiché le assicurazioni possono definire polizze solo specificando il tipo di assistenza e valutando l’incidenza prevista delle prestazioni da erogare, tali fondi integrativi non sono stati attivati, poiché vi era una differenza tra i livelli essenziali di assistenza (Lea) specificati per legge, e quelli effettivamente erogati nelle diverse Regioni. Nelle Regioni a elevata funzionalità del Ssn vi era scarsa convenienza da parte di aziende, assicurazioni e cittadini a istituire e ad aderire a fondi che non godevano di trattamento fiscale di vantaggio. Nelle Regioni meno efficienti, l’istituzione e l’adesione a questi fondi sono state ulteriormente disincentivate dalla necessità di coprire bisogni di salute non garantiti dalle istituzioni.*

*Anche a livello internazionale, la questione di principio ha prevalso sia a livello teorico sia a livello di politiche. Numerosi sono stati i contributi sui vantaggi e i limiti dei modelli di Ssn a copertura universale, basati su mutue di categorie o su fondi aziendali, su assicurazioni private, fondi e mutue integrate da programmi pubblici per gruppi deboli della popolazione, ad esempio Medicaid e Medicare negli Usa. Numerose sono state anche le indagini empiriche finalizzate a dimostrare che la quota del reddito destinato alla tutela della salute è crescente negli anni in relazione alla crescita del Pil. Altre ricerche hanno avuto l’obiettivo di stimare il livello di spesa per prestazioni inappropriate, ossia non correlate a effettivi bisogni di salute. La maggior parte di queste indagini empiriche aveva lo scopo di sostenere le differenti impostazioni teoriche e/o di principio. Alla «questione di principio» va ascritto anche il fallimento, a metà degli anni Novanta, della proposta di riforma sostenuta da Hillary Clinton, fortemente contrastata dalle lobby delle assicurazioni, dei medici, dei fornitori di farmaci e di tecnologie mediche, che facevano leva sulle preoccupazioni dell’opinione pubblica statunitense per ogni forma di intervento pubblico, che veniva considerata come riduzione delle libertà individuali.*

*Già a partire dagli anni Novanta, ma in modo sempre più accentuato nel primo decennio del XXI secolo, gli aspetti di principio hanno lasciato progressivamente spazio a impostazioni maggiormente caratterizzate da aspetti pragmatici. Nei Paesi caratterizzati da Ssn le crescenti difficoltà della finanza pubblica hanno contribuito al progressivo superamento della contrapposizione tra pubblico e privato e della concezione secondo cui non era opportuno applicare ticket o altre forme di compartecipazione degli individui alla spesa, poiché la tutela della salute era un diritto di cittadinanza. Alla questione di principio sintetizzata dallo slogan-messaggio secondo cui «la tutela della salute non ha prezzo», si è sostituita progressivamente l'accettazione a tutti i livelli del concetto sintetizzato dalla locuzione secondo cui «la tutela della salute può non avere un prezzo per il singolo individuo, ma comunque ha sempre un costo per la collettività». Sono note ai lettori di Mecosan le conseguenze di questa evoluzione, che ha portato all'introduzione nel nostro Paese con i D.L.vo 502/92 e 517/93 del modello aziendale e delle conseguenti logiche di competizione più o meno spinta nei diversi contesti regionali e di separazione tra acquirenti dei servizi di tutela della salute (le aziende sanitarie territoriali) e i produttori di prestazioni e servizi sanitari (ospedali pubblici e privati accreditati, laboratori e centri diagnostici, altre strutture di offerta).*

*Meno nota è l'evoluzione in senso pragmatico che si è avuta negli Usa prima del recente dibattito sulla riforma sanitaria fortemente voluta dal Presidente Obama. Questa evoluzione è stata recentemente portata all'attenzione del mondo manageriale e, indirettamente, dell'opinione pubblica da alcuni scritti tra i quali si richiama il libro di Michael Porter Redefining Competition in Health Care Reform, nel quale si sostiene che il sistema di tutela della salute è eccessivamente costoso in rapporto ai benefici che produce. Ciò è dovuto, secondo il guru internazionale del management, sostenitore degli effetti positivi della competizione, al fatto che la logica delle assicurazioni private privilegia le prestazioni di diagnosi e cura in strutture specializzate a elevata intensità di tecnologie (cure) rispetto alla logica di prevenzione e di appropriata assistenza al di fuori di strutture specializzate (care).*

*Questa logica pragmatica, che ha consentito al Presidente Obama di fare approvare la riforma sanitaria ora contestata e rimessa in discussione dal partito repubblicano, che ha ottenuto la maggioranza al Congresso, è stata evidenziata anche da numerose ricerche dell'ultimo decennio che non avevano lo scopo di dimostrare la superiorità di un modello di tutela della salute rispetto a un altro, ma che hanno messo in evidenza come un numero rilevante di cittadini statunitensi non aveva avuto accesso o aveva dovuto rinunciare per motivi di reddito (in quanto non in grado di pagare una assicurazione) a cure essenziali per la propria salute. Altre ricerche, che avevano lo scopo di valutare le cause della perdita di competitività delle imprese Usa rispetto a quelle cinesi e di altri Paesi, hanno messo in evidenza come uno dei fattori rilevanti di tale fenomeno era ed è costituito dall'elevata incidenza del costo delle assicurazioni sanitarie aziendali sul costo del lavoro. Nei primi anni del nuovo decennio tali analisi sulla competitività hanno suggerito interventi finalizzati a ridurre la copertura sanitaria e, in alcuni casi, a escluderla con gravi effetti negativi per i lavoratori.*

*Una politica ben diversa, che si colloca nel filone della logica pragmatica, è quella presentata nell'articolo «Qual è l'effettivo ritorno dei programmi di benessere per i dipendenti?» di L. Berry, A.M. Mirabito e W.B. Baum, uscito nell'ultimo numero dell'edizione italiana della rivista Harvard Business Review. In esso vengono presentati i risultati di una ricerca sui programmi di benessere adottati da dieci grandi imprese statunitensi: Biltmore - Ospitalità e turismo; Chevron - Energia; Comporium - Comunicazioni; Healthwise - Pubblicazione di informazioni sanitarie; H-E-B - Grande distribuzione alimentare; Johnson&Johnson - Prodotti per l'assistenza sanitaria; Lowe's - Fai da te; MD Anderson Cancer Center - Assistenza sanitaria; Nelnet - Education in campo finanziario; SAS Institute - Software. La logica pragmatica è evidenziata innanzitutto dalle finalità di questi programmi aziendali, ben evidenziati dal paragrafo iniziale in cui si legge: «A partire dal 1995, la percentuale di dipendenti della Johnson & Johnson che fumano è diminuita di oltre due terzi. È diminuito – di oltre il 50% – anche il numero di quelli che hanno la pressione alta o non fanno esercizio fisico. È una gran*

*bella cosa, naturalmente, ma dovrebbe interessare ai manager? Sì, perché oggi sappiamo che un investimento ampio e strategicamente studiato nel benessere sociale, mentale e fisico dei dipendenti rende molto. I dirigenti della J&J stimano che, nei dieci anni scorsi, questi programmi abbiano fatto risparmiare complessivamente all'azienda 250 milioni di dollari sui costi di assistenza sanitaria; tra il 2002 e il 2008, il ritorno è stato di 2,71 dollari per ogni dollaro investito». Appare evidente la tipica impostazione aziendale secondo cui la ragione che giustifica il programma è quella del «rendimento» per l'azienda, pari a 2,71 dollari per ogni dollaro investito. Sulla stessa linea si collocano i risultati dell'indagine, riportata nello stesso articolo, condotta presso un'altra azienda del campione non specificata dai due medici R. Milan e C. Lavie su un campione di 185 lavoratori e relativi coniugi che, senza avere sintomi espliciti di patologie cardiache, sono stati sottoposti a riabilitazione cardiaca e a mirati esercizi di fitness. «Tra quelli classificati ad alto rischio (in termini di peso, pressione sanguigna, ansia e altri parametri) all'inizio dell'indagine, il 57% erano diventati a basso rischio alla fine del programma semestrale. Inoltre, i costi di assistenza sanitaria (prestazioni di diagnosi e cura) erano scesi di 1.421 dollari per partecipante rispetto all'anno prima, mentre il gruppo di controllo (lavoratori con le stesse caratteristiche non sottoposti al programma) non ha mostrato alcun miglioramento su questi parametri. Ogni dollaro investito nell'intervento ha generato sei dollari di risparmi sui costi sanitari».*

*Si sottolinea che in entrambi i casi viene evidenziato l'effetto in termini di riduzione dei costi per l'impresa. Inoltre, vengono introdotti, secondo una logica pragmatica, due concetti che nei decenni precedenti erano stati a lungo dibattuti in termini di principio, suscitando spesso diverse correnti di pensiero che si contrapponevano con toni accesi (come accade frequentemente quando si affrontano aspetti di principio) in convegni, congressi, workshop, seminari di studio: quello della prevenzione e quello dell'ampliamento del concetto di «benessere fisico e psichico delle persone», contenuto nell'art. 1 della legge 883/78, che si estende anche a servizi di fitness e wellness. La rilevanza della prevenzione è stata sottolineata anche dalle politiche adottate da MD Anderson Cancer Center che «ha creato un'unità di prevenzione delle malattie e degli infortuni all'interno del reparto salute e benessere dei dipendenti, gestita da un medico e da un'infermiera responsabile del programma. Nel giro di sei anni, i giorni di lavoro persi sono diminuiti dell'80% e i giorni di produttività ridotta per motivi di salute sono diminuiti del 64%. I risparmi, calcolati moltiplicando i giorni recuperati per la paga media, ammontavano a 1,5 milioni di dollari, e i premi di assicurazione contro le malattie dei dipendenti sono scesi del 50%». Per inciso, si evidenzia come nell'unità di prevenzione si abbia una presenza «integrata» di diverse professionalità, quella del medico e quella dell'infermiera, la cui presenza non è di carattere subordinato ma complementare. Il richiamo pragmatico all'importanza della prevenzione viene evidenziato anche da un altro caso citato nello studio, che peraltro rispecchia la situazione di molte altre aziende, non solo statunitensi. Infatti, «l'investimento effettuato inizialmente in benessere da Nelnet ha irritato i dipendenti. Il senior management ha inaspettatamente imposto dei check-up per sensibilizzare i lavoratori sui rischi per la salute. Non essendo pronti ad affrontare degli argomenti così personali e diffidando delle motivazioni addotte dall'azienda, i dipendenti si sono tirati indietro. Allora l'azienda ha ingaggiato alcuni esperti di promozione del benessere e ha sviluppato una strategia complessiva di lungo termine in questo campo. Oggi enfatizza la comunicazione preventiva e spiegazioni chiare per lasciare ai dipendenti il tempo di fare domande e di prepararsi al cambiamento. E i dipendenti hanno recepito la cultura salutistica di Nelnet: il 90% di essi partecipa alla valutazione dei rischi per la salute (HRA), e quasi tre quarti di loro si impegnano in attività di fitness e ricerca del benessere». Questo esempio dovrebbe insegnare molto a coloro che pensano di imporre per legge interventi di prevenzione o a direttori generali e responsabili della prevenzione di aziende sanitarie che decidono piani e programmi calati dall'alto, salvo poi ricercare le cause di quella che viene definita «mancata compliance» di destinatari di programmi definiti «così utili» secondo il loro pensiero o secondo i «sacri testi» sulla prevenzione. Forse potrebbe essere molto più efficace, e probabilmente anche meno costoso, fare leggi o approvare piani nazionali, regio-*

nali, aziendali che pongano le grandi linee di intervento in tema di prevenzione e formare medici, psicologi, infermieri e altre professionalità che si mettano in atteggiamento di ascolto nei confronti dei diversi gruppi di popolazione. Ci si collocherebbe anche nella prospettiva dello «snellimento» delle amministrazioni pubbliche, in questo caso del Ssn, sempre evocato e poco applicato.

Per quanto riguarda l'estensione del concetto di tutela della salute, nell'articolo viene sottolineato come «il benessere non si riduce unicamente alla forma fisica. La depressione e lo stress, in particolare, si sono dimostrati fonti decisive di perdita della produttività. I gestori dei programmi di benessere devono ragionare in una prospettiva che va oltre la dieta e l'esercizio fisico. La Biltmore, per esempio, offre un servizio di assistenza religiosa (aconfessionale), in funzione 24 ore su 24, che assiste i dipendenti e i loro familiari in caso di divorzio, gravi malattie, lutti, problemi con i figli e cura dei genitori anziani. I suoi servizi sono confidenziali, gratuiti e volontari. Gli assistenti incontrano i clienti dappertutto, dalla loro abitazione a una camera ardente, a un punto vendita Starbucks». Questo modo di affrontare il problema dovrebbe far riflettere di fronte a una società in cui sono sempre più numerosi i casi di suicidi o di stragi familiari, compiute da persone che hanno perso il posto di lavoro, o sottoposte a stress da ipercompetizione ed entrate in depressione, di fronte a cui parenti, vicini e conoscenti affermano: «Si trattava di persone tranquille e nulla lasciava presagire atti così tragici e disperati». Una società nella quale la rapidità dei cambiamenti sottopone le persone all'esigenza di adattamenti che non di rado le trova impreparate, le nuove tecnologie portano a rendere sempre meno chiari i confini tra lavoro e riposo (si pensi a i-phone, i-pad che consentono/obbligano a restare continuamente in collegamento con l'ufficio) e la competizione globale trasforma certezze in estrema incertezza, richiede di affrontare i problemi della salute in termini di benessere integrato. Mentre negli anni Settanta e Ottanta si è consolidato il passaggio dal concetto di salute come lotta alle malattie a quello di salute come recupero, mantenimento e promozione del benessere fisico e psichico, oggi è richiesto di andare ancora oltre e di considerare globalmente la condizione fisica, psichica, psicologica, sociale e relazionale delle persone.

Più rischiosa, si consenta il bisticcio di parole, è la logica pragmatica con cui sono affrontati i temi dei rischi collegati alla salute. Infatti, nell'esperienza statunitense sono sempre più frequenti i programmi di valutazione online dei rischi per la salute dei dipendenti (Health Risk Assessment - HRA) che combinano «un'indagine sullo stile di vita con test biometrici come la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia e l'indice di massa corporea. Le caratteristiche dello stile di vita (livelli di stress, attività fisica, abitudini alimentari, uso di tabacco e alcol, e altri comportamenti che incidono sulla salute) vengono spesso combinate con i dati biometrici per calcolare il livello di rischio sanitario, ossia «l'età reale». Queste informazioni vengono discusse riservatamente con ciascun partecipante per aiutarlo a rilevare i progressi compiuti sul piano del benessere e, quando il caso lo richiede, fornirgli assistenza in aree come la nutrizione. I dipendenti possono spesso sottoporsi ai test biometrici presso i servizi sanitari dell'azienda. Le imprese sono tenute per legge a tenere riservate le informazioni sulla salute dei singoli dipendenti, ma i manager possono ricevere dati aggregati che identificano le categorie più a rischio e documentano i cambiamenti intervenuti nelle condizioni di salute della forza lavoro». In questo caso viene messo in evidenza come i risultati dei programmi aziendali di miglioramento della salute interagiscono con aspetti di tutela della privacy e divieto per le imprese di attuare politiche di discriminazione dei lavoratori. Si tratta di due diritti individuali che sono riconosciuti sia dalla costituzione statunitense sia da quella italiana, ma che trovano attuazione in modo assai diverso. Si pensi alle rilevanti sanzioni, di tipo pecuniario e penale, che negli Usa vengono comminate alle imprese che non rispettano i diritti individuali alla privacy e a non essere discriminati per motivi religiosi, di orientamento sessuale e di altro tipo, compresi gli stili di vita che hanno riflessi sui rischi sanitari. Al contrario in Italia informazioni di carattere privato divengono di dominio pubblico tramite i media, anche quando coperte da segreto istruttorio. Qualora anche nel nostro Paese si diffondesse la prassi di fondi aziendali integrativi e si attivassero iniziative simili a

quella appena riportata, i rischi di un uso «strumentale» delle informazioni sulle problematiche di salute potrebbero essere assai più elevati e le sanzioni meno disincentivanti, anche a seguito della lentezza della giustizia. Inoltre, se è difficile convincere i dipendenti di imprese a sottoporsi a programmi di valutazione del rischio di salute, è ancor più difficile cercare di convincere una popolazione eterogenea di un territorio a sottoporsi a programmi di valutazione del rischio o di prevenzione.

Alcuni anni fa mi aveva piacevolmente e simpaticamente sorpreso l'affermazione di uno dei più noti docenti di sanità pubblica italiani, il professor Gaetano Maria Fara, il quale sosteneva che «noi sbagliamo completamente l'approccio quando proponiamo agli anziani di fare esercizio fisico o suggeriamo rigorose diete che comportano sacrifici per ridurre i rischi sanitari. Sarebbe molto meglio incentivare gli anziani a dedicarsi al ballo, a coloro a cui piace, che comporta un esercizio fisico piacevole, organizzare attività sportive per adulti che hanno una tendenza a essere sedentari, ingaggiare cuochi famosi che presentano in trasmissioni televisive a elevata audience prelibati piatti preparati con ingredienti dietetici». Invece di consigliare diete, consiglieremmo piatti che possono diventare «alla moda» e quindi diffondersi in più ampi strati della popolazione. Tra l'altro, alcuni di questi piatti possono essere preparati non solo con ingredienti a basso contenuto calorico, ma anche a più basso costo, il che non nuoce in periodi di crisi economica. In questa linea si colloca anche l'esperienza di aziende Usa che mettono al primo posto «il principio del piacere nelle iniziative di benessere: per esempio, il Wellness Day 2009 di Healthwise - intitolato Joy, Play, Spirit, che includeva una gara di quadriglia; Step It Up di Lowe's, una camminata competitiva di dieci chilometri in cui i dipendenti ricevono un pedometro e un contapassi e la cui campagna del primo anno opponeva i dipendenti al senior management; il centro ricreativo di SAS, che mette a disposizione una grande piscina dove, a detta del direttore Jack Poll, i dipendenti possono fare tutto quello che fanno fuori dall'acqua, come giocare a basket, lacrosse e frisbee. È un'autentica palestra acquatica».

La logica pragmatica che accomuna Servizi sanitari nazionali diffusi in Europa e sistemi sanitari basati sulle assicurazioni private e su programmi aziendali è quella che fa riferimento all'aspetto di qualità. Si tratta dell'adozione di metodi di benchmarking che mettono a confronto le «buone» o «migliori» pratiche o dell'introduzione di «premi» o «riconoscimenti» per le migliori aziende sanitarie locali o aziende ospedaliere per quanto riguarda la qualità dei servizi, la soddisfazione dei pazienti, il rapporto benefici-costi. Queste iniziative possono stimolare l'orgoglio, il coinvolgimento, il senso di identità di medici, infermieri e altri professionisti e manager, esattamente come accade negli Usa per i programmi aziendali di tutela della salute che ricevono prestigiosi riconoscimenti a livello nazionale e internazionale. Nell'articolo di L. Berry, A.M. Mirabito e W. B. Baum viene citato il caso della MD Anderson, che è diventata la prima organizzazione di assistenza sanitaria a ottenere il massimo accreditamento dalla CEO Roundtable on Cancer. In entrambi i modelli l'efficacia nell'introdurre programmi di qualità dipende dal fatto che essi diventano parte integrante della strategia delle aziende sanitarie locali e/o ospedaliere (nel caso di Ssn) o delle imprese (nel caso di sistemi privati di tipo assicurativo). Inoltre, la motivazione e il coinvolgimento attivo del personale (nel caso di Ssn) e dei dipendenti (nel caso di sistemi privati di tipo assicurativo) dipende dal diretto coinvolgimento dei vertici aziendali. Negli Usa molti dei programmi di tutela della salute hanno cominciato a funzionare positivamente quando il CEO o i massimi dirigenti hanno aderito alle iniziative, dimostrando che esse erano importanti per l'impresa. Evidentemente non possono che essere controproducenti gli atteggiamenti di qualche DG o alto dirigente di aziende sanitarie e/o ospedaliere che, magari in termini provocatori nei confronti di medici, infermieri e altro personale delle proprie aziende o esasperato da resistenze a proposte finalizzate a ridurre sprechi, inefficienze e inapproprietezze, si è lasciato scappare affermazioni del tipo: «In caso avessi problemi di salute, mi guarderei bene dal farmi curare in questa azienda».

*L'approccio pragmatico ai problemi di tutela della salute può essere sintetizzato nei seguenti termini: «di necessità occorre fare virtù» o, se si vuole, «più che il dovere può l'interesse». Nel primo caso si tratta della necessità di contenimento della spesa pubblica per i Paesi con Ssn e di recupero di competitività tramite la riduzione dei costi correlata a minori premi assicurativi per le imprese che adottano efficaci programmi sanitari nei Paesi non dotati di Ssn. Nel secondo caso, l'interesse è inteso come concreta possibilità di realizzare un diritto nei Paesi con Ssn o come realizzazione di un vantaggio competitivo nei confronti di altre imprese nei Paesi non dotati di Ssn. Le considerazioni svolte non intendono certo suggerire l'abbandono del confronto sui principi, ma suggeriscono piuttosto un percorso evolutivo dei diversi sistemi, nei quali gli aspetti di principio (affermazione della salute come diritto della persona) e gli aspetti pragmatici (come realizzare concretamente tale diritto) trovano una combinazione che tenga conto della storia, della cultura, della legislazione, dei valori, dei comportamenti individuali e sociali di ogni Paese.*



# L'impiego delle informazioni di contabilità analitica in sanità. I risultati di una ricerca empirica

MANUELA S. MACINATI

*Internationally, one of the most important trends in public health-care systems has been the pursuit of ideas put forward by New Public Management (NPM). NPM reforms suggested the adoption of private-sector management practices and, among these, particular attention has been devoted to management accounting. However, the actual benefits of these innovations have been explored only to a limited extent. This paper analyses the perception by health-care managers of the management accounting system (MAS) effectiveness, as captured by the system's intrinsic characteristics and by user satisfaction, and the use of MAS information for decision-making and control. To this end a survey was conducted involving all the Italian public health-care organizations. Results showed that MAS are identified by conventional and formal characteristics; MAS information are perceived as not to be provided on a timelier basis and up-to-dated; and they are considered neutral or slightly useless for decision-making and control. Nevertheless, respondents seemed to rely on MAS information and use them for cost-management related issues.*

**Keywords:** management accounting system, cost management, managerial behaviour

**Parole chiave:** contabilità analitica, impiego delle informazioni, comportamenti manageriali

#### Note sull'autore

Manuela S. Macinati è professore associato di Economia aziendale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia - Cerismas - Roma

## 1. Introduzione

L'introduzione di logiche economico-aziendali nei processi gestionali e organizzativi svolti dalle aziende sanitarie pubbliche è stata accompagnata dall'adozione di sistemi di rilevazione, programmazione e controllo per molto tempo appannaggio esclusivo delle imprese. Adottando un approccio normativo (tipico del movimento del *New Public Management*) in forza del quale la disponibilità di informazioni sulle variabili economico-finanziarie avrebbe consentito un processo decisionale efficace ed efficiente (Hood, 1995), i decreti di riordino del Servizio sanitario nazionale (Ssn) hanno disposto l'adozione da parte delle aziende sanitarie pubbliche di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consentisse analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati (art. 5, D.L.vo 502/92 sostituito dal D.L.vo 229/99).

Le informazioni di contabilità analitica rappresentano la base per il governo economico e strategico di qualsiasi azienda e la disponibilità di informazioni adeguate per quantità e qualità sulle risorse impiegate e sui risultati conseguiti a livello di ciascuna singola combinazione e coordinazione economica parziale dovrebbe consentire il miglioramento dei risultati aziendali.

Se è vero che la disponibilità di tali informazioni è alla base del miglioramento dei risultati aziendali complessivi, la capacità dei sistemi di contabilità analitica di agevolare il processo decisionale e favorire il controllo dei comportamenti individuali dipende dal modo in cui le informazioni fornite da tali sistemi sono percepite e, di fatto, impiegate dagli utilizzatori. Diversamente da ciò che

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'efficacia dei sistemi di contabilità analitica: analisi della letteratura e *background* teorico della ricerca
3. La ricerca empirica
4. Risultati
5. Discussione e conclusioni

accade nelle imprese, infatti, la disponibilità di sistemi di contabilità analitica potrebbe non essere di per sé in grado di garantire il miglioramento dei risultati aziendali nel settore sanitario pubblico, dove l'impostazione razionale accolta dal movimento del *New Public Management* deve essere probabilmente reinterpretata alla luce delle molteplici variabili di carattere sociale e istituzionale che influenzano l'agire manageriale (Reed, 1989).

Precedenti ricerche condotte in Italia sul tema dei sistemi di programmazione e controllo adottati dalle aziende sanitarie pubbliche si sono concentrate sul grado di implementazione degli stessi (Lecci, Longo, 2004). Questo lavoro, partendo dal presupposto che la disponibilità di informazioni non è indicatore del loro impiego, si propone di verificare la percezione da parte della direzione aziendale dell'efficacia dei sistemi di contabilità analitica nel supportare l'attività decisionale e di controllo e il corrispondente impiego delle informazioni offerte da tali sistemi nell'attività di direzione aziendale. A tale scopo, è stata realizzata una ricerca empirica che ha coinvolto tutte le Asl e le Ao presenti sul territorio nazionale e, pur nel rispetto delle loro specificità, Irccs e Aou.

Il presente lavoro si articola in due parti. In una prima sezione, alla luce dell'analisi della letteratura internazionale, vengono individuati gli elementi che possono influenzare l'impiego delle informazioni di contabilità analitica da parte del management sanitario. In una seconda sezione, vengono illustrati i risultati della una ricerca empirica.

## **2. L'efficacia dei sistemi di contabilità analitica: analisi della letteratura e *background* teorico della ricerca**

La letteratura internazionale ha ampiamente analizzato il ruolo delle informazioni di contabilità analitica per la decisione e il controllo. Numerose ricerche ne riconducono l'impiego all'efficacia del sistema di contabilità analitica in uso presso l'azienda (Dent, 1996; Govindarajan, 1984; Mia, Chenhall, 1994; Simons, 1990; Pizzini, 2006). L'efficacia di un sistema di contabilità analitica riguarda la capacità delle informazioni da esso offerte nel supportare il processo decisionale e il controllo (Kim, 1988). Dal punto di vi-

sta pratico, tuttavia, la misurazione dell'efficacia dei sistemi di contabilità analitica è un tema complesso a causa delle difficoltà nel delinearne e valutarne gli effetti mediati. Conseguentemente, la letteratura internazionale ha sviluppato delle «misure surrogate» in grado di descrivere l'efficacia di tali sistemi e le ha variamente incluse nell'ambito di numerose ricerche empiriche validandone in questo modo la significatività.

In questo lavoro, si ritiene che l'efficacia dei sistemi di contabilità analitica possa essere ricondotta alle seguenti variabili «surrogate»: (i) la funzionalità dei sistemi di contabilità analitica (caratteristiche intrinseche o attributi); (ii) la soddisfazione percepita rispetto alle informazioni di contabilità analitica.

### **2.1. La funzionalità dei sistemi di contabilità analitica (caratteristiche intrinseche o attributi)**

La funzionalità dei sistemi di contabilità analitica dipende dalle caratteristiche intrinseche del sistema stesso, ossia dai suoi attributi. Tali caratteristiche sono considerate tra gli indicatori più rilevanti dell'efficacia del sistema di contabilità analitica e sono state incluse in numerose ricerche, tra le quali un recente studio riguardante il settore sanitario privato degli Stati Uniti (Pizzini, 2006). Sebbene le caratteristiche dei sistemi di contabilità analitica siano ampiamente studiate, i risultati delle ricerche empiriche volte ad analizzare la relazione tra miglioramento delle caratteristiche intrinseche e miglioramento dell'efficacia dei sistemi di contabilità analitica appaiono spesso contraddittori (Ang Koh, 1997; Doll, Torkadeh, 1988; McHanney, Cronan, 1988; Banker, Potter, 1993; Bromwich, Hong, 1999; Christensen, Demki, 1997).

Le caratteristiche intrinseche (o attributi) dei sistemi di contabilità analitica possono essere ricondotte a: (i) livello di dettaglio delle informazioni; (ii) capacità di disaggregare i costi secondo il loro comportamento; (iii) frequenza del *reporting*; (iv) livello al quale sono calcolate le varianze.

Il (i) livello di dettaglio si riferisce al grado di aggregazione delle informazioni fornite dal sistema di contabilità analitica. Sebbene le diverse ricerche empiriche non abbiano

fornito indicazioni univoche circa l'influenza del livello di dettaglio delle informazioni sull'impiego delle stesse (Feltham, 1997; Banker, Potter, 1993, Callahan, Gabriel, 1999; Gal-Or, 1987, 1998, 1983; Covaleski *et al.*, 1993; Schick *et al.*, 1990), indubbiamente la disponibilità di informazioni disaggregate sui costi associati all'erogazione delle prestazioni potrebbe consentire il perseguimento di più elevati livelli di efficienza e il contenimento dei costi.

La (ii) capacità di disaggregare i costi in base al loro comportamento riguarda la capacità del sistema di contabilità analitica di classificare e distinguere i costi in diretti/indiretti, fissi/variabili, controllabili/non controllabili, ecc. (Feltham, Xie, 1994; Johnson, 1992; Karkar *et al.*, 1990). Le caratteristiche della struttura dei costi delle aziende sanitarie (es. elevata incidenza dei costi fissi e presenza di voci di costo comuni a diversi oggetti di calcolo) rendono questo attributo particolarmente rilevante a fini decisionali e di controllo, soprattutto qualora si perseguano obiettivi collegati al miglioramento dell'efficienza e alla riduzione dei costi.

La (iii) frequenza della *reporting* si riferisce all'intervallo di tempo con cui vengono prodotti e resi disponibili i *report* agli utilizzatori. La frequenza del *reporting* dipende dalle esigenze degli utilizzatori e dallo scopo dei *report*. Sebbene le esigenze e gli scopi possano variare significativamente, un'adeguata frequenza permette all'utilizzatore di avere un *feedback* sul risultato delle azioni poste in essere in modo da individuare eventuali problemi, identificare aree di miglioramento e valutare corsi di azione futuri. Diverse ricerche hanno dimostrato empiricamente che una maggiore frequenza del *reporting* influenza l'efficacia del sistema di contabilità analitica (Hilton, 1979; Karnarkar *et al.*, 1990).

L'analisi delle varianze (iv) consente di monitorare costi e ricavi effettivi rispetto a quelli programmati e aiuta il management a identificare le azioni correttive da porre in essere per il conseguimento degli obiettivi aziendali. La letteratura internazionale ha dimostrato la preminente rilevanza di questo attributo in tutti quei casi in cui l'azienda riceve una tariffa predeterminata e non autonomamente modificabile (come accade in Italia per le aziende sanitarie pubbliche) in quanto consente di monitorare gli eventuali

scostamenti tra i costi associati alle diverse prestazioni erogate e i valori obiettivo e porre in essere tempestivamente le eventuali azioni correttive (Pizzini, 2006, Covaleski *et al.*, 1993).

## 2.2. La soddisfazione percepita rispetto alle informazioni di contabilità analitica

Un'ulteriore misura surrogata dell'efficacia del sistema di contabilità analitica è individuata nella soddisfazione percepita rispetto alle informazioni rese disponibili dal sistema (e.g. Gelderman, 1998; Ang, Koh, 1997). Essa può essere interpretata come il livello con cui gli utilizzatori ritengono che l'informazione fornita dal sistema è coerente con il loro fabbisogno informativo (Ives *et al.*, 1983). Questa variabile è stata frequentemente impiegata dalla letteratura internazionale quale misura «surrogata» poiché ritenuta maggiormente in grado di spiegare l'efficacia di un sistema informativo rispetto alle variabili di tipo tecnico (caratteristiche intrinseche). Infatti, solo se il management percepisce come oggettivamente utile l'informazione disponibile ed è soddisfatto rispetto alle sue caratteristiche, la impiegherà nei processi decisionali e di controllo (Ang, Koh, 1997; Doll, Torkazadeh, 1988; McHanney, Cronan, 1988) e svolgerà i compiti richiesti dal proprio ruolo supportato da un patrimonio informativo piuttosto che dal puro intuito (Chenhall, 2003). Se, al contrario, il management non fosse soddisfatto rispetto alle informazioni, anche in presenza di informazioni tecnicamente adeguate l'efficacia del sistema di contabilità analitica in uso sarà limitata.

## 3. La ricerca empirica

### 3.1. Obiettivi e schema analitico della ricerca

Il lavoro si propone di indagare, attraverso una ricerca di carattere esplorativo-descrittivo, se e quanto le informazioni di contabilità analitica supportano l'attività della direzione generale delle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate. Poiché, come indicato nel § 2, la capacità delle informazioni di contabilità analitica di supportare il processo decisionale e il controllo è riconducibile alla sua

efficacia, la ricerca intende in primo luogo verificare la percezione da parte della direzione aziendale dell'efficacia dei sistemi di contabilità analitica in uso presso le aziende sanitarie pubbliche distinguendo tra le due misure «surrogate» indicate nel § 2: (i) caratteristiche intrinseche dei sistemi di contabilità analitica e (ii) soddisfazione rispetto alle informazioni offerte dallo stesso. In secondo luogo, la ricerca intende valutare se e quanto tali informazioni vengano impiegate nell'attività di direzione aziendale. Per questo, accanto all'efficacia percepita dei sistemi di contabilità analitica, la ricerca si propone di analizzare il (iii) grado di impiego (percepito) da parte della direzione generale delle informazioni da essi offerte nei processi decisionali e di controllo.

Per il raggiungimento di tali obiettivi particolari, sono state quindi considerate tre aree di ricerca<sup>1</sup> (**tabella 1**): (i) caratteristiche (funzionalità) dei sistemi di contabilità analitica, (ii) percezione da parte degli utilizzatori dell'utilità della soddisfazione rispetto alle informazioni offerte dai sistemi di contabilità analitica, (iii) impiego delle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali e di controllo.

L'operationalizzazione delle aree di ricerca è stata effettuata attraverso indicatori tratti dalla letteratura internazionale. In particolare, la funzionalità dei sistemi di contabilità analitica è stata misurata attraverso la scala sviluppata da Pizzini (2006) volta a enucleare gli attributi precedentemente indicati (§ 2). La soddisfazione rispetto alle informazioni di contabilità analitica è stata misurata attraverso la scala sviluppata da Doll e Torkzadeh (1988). Tale scala, che si propone di misurare la soddisfazione rispetto ai sistemi informativi in generale, si articola in cinque aree: contenuto, accuratezza, formato, semplicità di utilizzo e tempestività dell'informazione. Rispetto alla scala sviluppata da Doll e Torkzadeh, in questo studio sono stati omessi due *item* relativi alla semplicità di utilizzo del sistema («Il sistema è *user friendly*?» e «Il sistema è semplice da usare?») in quanto non ritenuti significativi per misurare la soddisfazione dei direttori generali di azienda sanitaria rispetto alle informazioni di contabilità analitica. D'altro canto, rispetto alla scala in discussione, in questo lavoro sono stati inclusi ulteriori quattro *item*:

due per valutare il grado con cui i rispondenti fanno affidamento sulle informazioni fornite dal sistema di contabilità analitica e due per misurare il contributo percepito di tali informazioni a fini decisionali e di controllo. Infine, l'effettivo impiego delle informazioni di contabilità a supporto dell'attività decisionale e di controllo è stato misurato attraverso una scala sviluppata dall'autore e sottoposta a test statistico per verificarne la consistenza interna (Cronbach alpha > 0.7).

Sulla base delle variabili e dei relativi *item* è stato costruito un questionario di percezione/opinione che, dopo una fase pilota, è stato inviato all'attenzione dei direttori generali delle Asl e Ao presenti sul territorio nazionale, e, pur nel rispetto delle loro specificità, degli Irccs, delle Aou e dei centri di ricerca (n. = 284). Oltre ai tradizionali limiti insiti nell'impiego degli strumenti di ricerca di percezione/opinione (ad esempio la necessaria standardizzazione delle domande, il fenomeno delle risposte «falsate» o «difensive») basati su scale Likert (che non permettono di individuare le differenze tra gli individui, ma semplicemente di rilevare come qualcuno manifesta un determinato fenomeno in modo più accentuato rispetto ad altri), in questo caso la presenza di tre distinte aree di ricerca tendenti ad analizzare elementi oggettivi e soggettivi rispetto alle informazioni disponibili (caratteristiche intrinseche dei sistemi di contabilità analitica e grado di impiego delle informazioni, nonché utilità e soddisfazione percepite) rappresenta un ulteriore elemento di complessità che deve essere adeguatamente considerato nel valutare la rilevanza delle risposte rispetto alle proposizioni di ricerca.

La *survey*, iniziata nel giugno 2009, è stata completata nel settembre dello stesso anno. Il tasso di ritorno è stato del 40,9% (116 questionari). Benché indirizzato al direttore generale e corredato da una lettera di presentazione volta a rispondere alle esigenze di personalizzazione (Dillman, 1991; Schaefer, Dillman, 1998), il questionario potrebbe essere stato compilato soggetti talora diversi dal destinatario istituzionale. Ciò può influenzare il grado di «affidabilità» delle risposte rispetto agli obiettivi di ricerca. Le aziende rispondenti sono indicate nella **tabella 2**.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei rispondenti, il 54,1% delle rispo-

**Tabella 1**

Le aree di indagine, le variabili indagate e le misure impiegate

Aree di ricerca	Item
Funzionalità dei sistemi di contabilità analitica	<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso presso, l'azienda fornisce informazioni in grado di analizzare i costi ai seguenti livelli?</b>
	Livello di singolo centro di responsabilità Livello di singolo centro di costo Livello di singolo Drg Livello di singole attività svolte Livello di costo giornaliero legato all'erogazione di prestazioni di ricovero Livello di singolo paziente Altro (prego, specificare)
	<b>Il sistema di contabilità analitica in uso presso l'azienda fornisce dei report economici (costi e ricavi) adatti alle specifiche esigenze degli utilizzatori?</b>
	<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso presso l'azienda è in grado di distinguere tra le seguenti categorie di costi?</b>
	Diretti e indiretti Fissi e variabili Controllabili e non controllabili Altro (prego specificare)
	<b>Qual è la frequenza del reporting di carattere economico-finanziario? (Sì/no)</b>
Soddisfazione rispetto alle informazioni offerte dai sistemi di contabilità analitica	<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso fornisce esattamente le informazioni di cui la direzione generale necessita?</b>
	<b>In che misura le informazioni incontrano i bisogni informativi della direzione generale?</b>
	<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso fornisce dei report sugli oggetti ritenuti rilevanti dalla direzione generale?</b>
	<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso fornisce informazioni ritenute sufficienti dalla direzione generale?</b>
	<b>Qual è il livello di accuratezza del sistema di contabilità analitica in uso?</b>
	<b>Qual è il suo livello di soddisfazione circa l'accuratezza del sistema di contabilità analitica in uso?</b>
	<b>In che misura le informazioni sono presentate in formato utile?</b>
	<b>In che misura le informazioni fornite sono chiare?</b>
	<b>In che misura le informazioni fornite sono tempestive?</b>
	<b>In che misura il sistema di contabilità analitica fornisce informazioni aggiornate?</b>
	<b>In che misura la direzione generale fa affidamento sulle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica per prendere le decisioni?</b>
	<b>In che misura la direzione generale fa affidamento sulle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica per il controllo?</b>
	<b>Ritiene che le informazioni di contabilità analitica sono utili alla direzione aziendale a fini decisionali?</b>
<b>Ritiene che le informazioni di contabilità analitica sono utili alla direzione aziendale ai fini del controllo?</b>	
Impiego delle informazioni a fini decisionali e di controllo	<b>Indicare la rilevanza delle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica nelle seguenti attività decisionali/di controllo</b>
	Riduzione generalizzata dei costi Riduzione dei costi in alcune classi di fattori produttivi (es.: personale, farmacia, acquisto beni, ecc.) Riduzione dei costi di produzione di alcuni servizi Riduzione dei costi di coordinamento tra i vari servizi Miglioramento generalizzato dell'efficienza Miglioramento nell'utilizzo di alcuni servizi o strutture disponibili Dimostrare il proprio orientamento ai pazienti Migliorare la soddisfazione del paziente Migliorare la qualità del servizio reso al paziente Erogare nuovi servizi in grado di creare valore per il paziente

Ove non diversamente indicato le risposte sono state fornite attraverso una scala Likert (1-7).

**Tabella 2**

I rispondenti (numero e percentuale)

Categorie	Totale Italia	N. rispondenti	% di risposte sul totale della categoria	% di risposte sul totale dei rispondenti
Asl	157	64	41%	55%
Ao	79	32	41%	28%
Aou	28	14	50%	12%
Irc	18	5	28%	4%
Centri di ricerca	2	1	50%	1%
<b>Totale</b>	<b>284</b>	<b>116</b>		<b>100%</b>

**Tabella 3**

La funzionalità dei sistemi di contabilità analitica (scala Likert 1-7)

In che misura il sistema di contabilità analitica in uso presso l'azienda fornisce informazioni in grado di analizzare i costi ai seguenti livelli?	Media	Mediana	Moda
Livello di singolo centro di responsabilità	6.13	7	7
Livello di singolo centro di costo	5.78	6	7
Livello di singolo Drg	2.95	2	1
Livello di singole attività svolte	2.96	2,5	1
Livello di costo giornaliero legato all'erogazione di prestazioni di ricovero	2.94	3	1
Livello di singolo paziente	1.85	1	1
<b>Il sistema di contabilità analitica in uso presso l'azienda fornisce dei report economici (costi e ricavi) adatti alle specifiche esigenze degli utilizzatori?</b> (scala Likert 1-7)	5.04	5	6
<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso presso l'azienda è in grado di distinguere tra le seguenti categorie di costi?</b> (scala Likert 1-7)			
Diretti e indiretti	5.57	6	6
Fissi e variabili	5.01	5	5
Controllabili e non controllabili	4.34	4	4

ste proviene dal nord, il 21,9% dal centro e il 24% dal Sud Italia. Non risultano risposte pervenute dalla Valle d'Aosta e dall'Abruzzo.

Le risposte pervenute entro settembre 2009 sono state sottoposte ad analisi di statistica descrittiva. Due questionari contenevano più di tre mancate risposte e sono stati omessi dalle analisi che seguono.

#### 4. Risultati

La prima area di ricerca si proponeva di verificare la funzionalità dei sistemi di contabilità analitica in uso tra le aziende sanitarie. In particolare, le domande si concentravano sugli attributi dei sistemi di contabilità analitica (livello di dettaglio delle in-

formazioni; capacità di disaggregare i costi secondo il loro comportamento; frequenza del *reporting*; livello al quale sono calcolate le varianze). I risultati generali sono riportati nella **tabella 3** che indica la media, la mediana e la moda<sup>2</sup> delle risposte (fornite attraverso una scala Likert 1-7) relative al livello di dettaglio delle informazioni e alla capacità del sistema contabile di disaggregare i costi in funzione del loro comportamento. La statistica descrittiva delle risposte alle domande sugli altri attributi dei sistemi di contabilità analitica in uso (frequenza del *reporting* e livello al quale sono calcolate le varianze) non è stata riportata in tabella in quanto fornita sulla base di una scala binomiale del tipo Sì/No. I relativi risultati

sono tuttavia discussi nel testo in termini di frequenza percentuale delle risposte.

Le risposte relative al dettaglio delle informazioni di costo dimostrano che i sistemi di contabilità analitica adottati dalle aziende rispondenti rilevano le informazioni di costo prevalentemente a livello di centro di responsabilità e di centro di costo. Diversamente, i sistemi di contabilità analitica in uso sarebbero scarsamente in grado di rilevare le informazioni di costo a livello di singolo Drg, in funzione delle attività svolte e *per diem*. Analizzando i risultati relativi alle singole tipologie aziendali (Asl, Ao, Irccs e Aou) e a livello regionale, i risultati non mostrano differenze statisticamente significative, se si eccettua la presenza di aziende che, avendo implementato un sistema di calcolo dei costi basato sulle attività, riportano valori elevati alla domanda relativa alla capacità del sistema di contabilità analitica di distinguere i costi in base alle attività svolte.

I *report* economici generati sono ritenuti in grado di fornire informazioni abbastanza coerenti rispetto alle esigenze degli utilizzatori. La tendenza generale è confermata anche nelle diverse tipologie aziendali e a livello regionale, con l'unica eccezione della Regione Basilicata, dove il valore mediano delle risposte indica la neutralità dei *report* economici rispetto alle esigenze degli utilizzatori.

Il sistema di contabilità analitica in uso presso le aziende rispondenti sembra in grado di distinguere i costi in diretti e indiretti e moderatamente capace di classificare i costi in fissi e variabili. Irrilevante è la loro capacità di distinguere tra costi controllabili e non controllabili.

Tutte le aziende dichiarano una frequenza infrannuale dei *report* e prevalentemente mensile e/o trimestrale. Tra le diverse tipologie aziendali, il 74% delle Asl adotta una reportistica trimestrale (di queste il 7% contemporaneamente anche mensile), mentre il 24% presenta una reportistica mensile. La frequenza trimestrale del *reporting* è indicata dal 53% delle Ao, ma più elevata rispetto alle Asl risulta la cadenza mensile che interessa il 38% dei rispondenti. Il 29% delle Aou riporta una frequenza del *reporting* mensile, mentre il 43% esclusivamente trimestrale. Infine, sia gli Irccs che i centri di ricerca riportano una frequenza del *reporting* esclusivamente

trimestrale. Analizzando i dati a livello regionale, è possibile riscontrare una maggiore frequenza del *reporting* nelle regioni del Nord Italia. Nove aziende nella casella «Altro» hanno indicato che i *report* vengono inviati a richiesta dell'interessato, mentre due di queste hanno specificato che la frequenza del *reporting* varia a seconda del fattore produttivo considerato (ad esempio: mensile per il costo del lavoro; trimestrale per le manutenzioni, ecc.).

Per quanto riguarda le varianze calcolate dal sistema contabile, quelle di costo/efficienza e di *case mix* sono in generale le più rilevate. In particolare, il 72% delle Asl dichiara di rilevare le varianze di costo/efficienza e di queste, il 35% rileva altresì le varianze di *case-mix*. L'11% delle Asl rispondenti dichiara di rilevare tutte le varianze indicate (costi/efficienza, *case-mix*, Drg/costi). Alla voce «Altro» circa il 10% dei rispondenti ha indicato specifiche varianze rilevate dal sistema di contabilità analitica tra le quali, ad esempio, quelle di mobilità attiva/passiva. L'82% delle Ao dichiara di rilevare varianze di costo/efficienza. In tutti i casi, tali varianze vengono rilevate congiuntamente ad altre tipologie di varianze e il 31% delle Ao rispondenti dichiara di calcolare tutte le tipologie di varianze indicate nel questionario. Il 71% delle Aou rileva varianze di costo/efficienza. Di esse, il 29% rileva contemporaneamente anche varianze di *case mix* e di Drg/costi. Il 75% degli Irccs dichiara di rilevare le sole varianze di efficienza/costi come il 50% dei centri di ricerca rispondenti.

La seconda area di ricerca era volta ad analizzare l'utilità percepita delle informazioni di contabilità analitica e soddisfazione da parte della direzione generale rispetto alle stesse. I risultati generali sono riportati nella **tabella 4** che indica la media, la mediana e la moda delle risposte.

In generale, l'analisi dei valori mediani dell'intera area indica che, sebbene non vi siano valori dai quali rilevare un qualche grado di disaccordo, i rispondenti risultano «neutrali» o «moderatamente d'accordo» rispetto alle domande poste in merito all'utilità percepita e alla soddisfazione delle informazioni offerte dai sistemi di contabilità analitica in uso. Fanno eccezione le domande poste in tema di aggiornamento, tempestività e di utilità delle informazioni di contabilità ana-

**Tabella 4**

L'utilità percepita e a soddisfazione rispetto alle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica (scala Likert 1-7)

	Media	Mediana	Moda
<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso fornisce esattamente le informazioni di cui la direzione generale necessita?</b>	4.60	5	4
<b>In che misura le informazioni incontrano i bisogni informativi della direzione generale?</b>	4.53	5	4
<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso fornisce dei report sugli oggetti ritenuti rilevanti dalla direzione generale?</b>	4.74	5	4
<b>In che misura il sistema di contabilità analitica in uso fornisce informazioni ritenute sufficienti dalla direzione generale?</b>	4.64	5	4
<b>Qual è il livello di accuratezza del sistema di contabilità analitica in uso?</b>	4.65	5	6
<b>Qual è il suo livello di soddisfazione circa l'accuratezza del sistema di contabilità analitica in uso?</b>	4.63	5	5
<b>In che misura le informazioni sono presentate in formato utile?</b>	4.87	5	6
<b>In che misura le informazioni fornite sono chiare?</b>	4.89	5	5
<b>In che misura le informazioni fornite sono tempestive?</b>	4.08	4	4
<b>In che misura il sistema di contabilità analitica fornisce informazioni aggiornate?</b>	3.48	4	4
<b>In che misura la direzione generale fa affidamento sulle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica per prendere le decisioni?</b>	4.60	5	6
<b>In che misura la direzione generale fa affidamento sulle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica per il controllo?</b>	4.94	5	5
<b>Ritiene che le informazioni di contabilità analitica sono utili alla direzione aziendale a fini decisionali?</b>	3.39	4	4
<b>Ritiene che le informazioni di contabilità analitica sono utili alla direzione aziendale ai fini del controllo?</b>	4.66	4	4

litica a fini decisionali, per le quali la media delle risposte indica la presenza di criticità.

In particolare, la mediana delle risposte relative al contenuto delle informazioni (quattro domande) mostra che i rispondenti considerano le informazioni di contabilità analitica moderatamente in linea con il fabbisogno informativo, sebbene la risposta relativa alla coerenza delle informazioni rispetto ai bisogni presenti una moda che si attesta intorno alla neutralità. Tra le diverse tipologie aziendali, le Asl sono quelle per le quali il contenuto delle informazioni risulta meno coerente rispetto ai bisogni informativi (mediana e moda delle risposte: 4). L'accu-

ratezza delle informazioni di contabilità analitica è giudicata moderatamente adeguata, sebbene il valore più frequentemente dichiarato dai rispondenti (moda) dimostri come l'accuratezza delle informazioni disponibili sia giudicata buona. Coerentemente con il livello mediano di accuratezza rilevato, i rispondenti si dichiarano moderatamente soddisfatti dell'accuratezza delle informazioni disponibili. Tra le diverse tipologie aziendali, le Asl e Centri di ricerca manifestano valori mediani e modali che si attestano intorno alla neutralità sia per quanto riguarda l'accuratezza delle informazioni di contabilità analitica che per quanto riguarda la relativa sod-



disfazione. L'analisi delle risposte a livello regionale mostra valori mediani leggermente superiori a quelli nazionali tra le aziende del Nord Italia, indicando una maggiore accuratezza delle informazioni disponibili e un più elevato livello di soddisfazione rispetto alle informazioni disponibili. Al contrario, le Regioni del Sud Italia presentano valori mediani inferiori rispetto alla media nazionale, se si eccettua il caso della Regione siciliana che presenta risposte che si attestano intorno all'accordo (6 sulla scala Likert) con le diverse domande in tema di contenuto delle informazioni. Sebbene questo dato possa essere interpretato alla luce dei limiti prima descritti sull'impiego di un questionario di opinione/percezione basato su scale Likert per il conseguimento degli obiettivi di ricerca (§ 2), il dato dovrebbe essere maggiormente indagato nelle sue determinanti attraverso successive ricerche.

Le informazioni di contabilità analitica sono presentate in un formato moderatamente adeguato rispetto alle esigenze degli utilizzatori e, coerentemente con ciò, sono considerate abbastanza chiare. Non sussistono differenze significative tra le diverse tipologie aziendali né a livello regionale.

Problematica appare l'area relativa alla tempestività delle informazioni di contabilità analitica (una domanda) e al loro aggiornamento (una domanda). A entrambe le domande i rispondenti hanno indicato valori mediani e modali che si attestano intorno alla neutralità. La media delle risposte, tuttavia, lascia intravedere una sostanziale insoddisfazione rispetto all'argomento. Non sussistono differenze significative tra le diverse tipologie aziendali, sebbene le Asl indichino con maggiore frequenza rispetto alle altre aziende valori inferiori alla neutralità a entrambe le domande. L'analisi delle risposte a livello regionale indica che le Regioni del Nord Italia si mostrano leggermente più soddisfatte rispetto alla tempestività e all'aggiornamento delle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica.

Nonostante la problematicità dell'area relativa alla tempestività delle informazioni, i rispondenti dichiarano di fare abbastanza affidamento sulle informazioni offerte dal sistema di contabilità analitica sia per la decisione (una domanda) che per il controllo (una domanda). Le Aou sembrerebbero la

tipologia aziendale che fa maggior affidamento sulle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali e di controllo (moda e mediana: 6), mentre le Ao indicano valori mediani neutrali rispetto all'affidabilità delle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali. A livello regionale, le aziende del Nord Italia sembrano fare maggiore affidamento sulle informazioni di contabilità analitica rispetto al resto d'Italia, soprattutto a fini di controllo.

L'area relativa alla percezione dell'utilità delle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali (una domanda) e di controllo (una domanda) mostra un'importante criticità. Se da un lato la mediana e la moda delle risposte indichino come i rispondenti giudicano tali informazioni neutrali sia a fini decisionali che di controllo (mediana e moda: 4), dall'altro la media delle risposte in tema di utilità delle informazioni a fini decisionali lascia intravedere un giudizio di inutilità da parte dei rispondenti. Le Aou, coerentemente con quanto indicato precedentemente, giudicano maggiormente utili le informazioni di contabilità analitica a fini decisionali e di controllo rispetto alle altre tipologie aziendali (media e mediana delle risposte a entrambe le domande: 5). A livello regionale non sussistono differenze statisticamente rilevanti, sebbene in alcune Regioni del Nord Italia vi sia una maggiore frequenza di risposte che presentano valori mediani e modali superiori rispetto alla neutralità.

La terza area di ricerca si proponeva di verificare il reale impiego delle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali e di controllo distinguendo tra i diversi obiettivi perseguibili dalle aziende sanitarie e includendo l'opzione «Altro». I risultati (media, moda e mediana) sono indicati nella **tabella 5**.

I risultati generali mostrano come i rispondenti impieghino le informazioni di contabilità analitica per perseguire obiettivi legati alla riduzione di talune classi di costo relative a specifici fattori produttivi, al contenimento generalizzato dei costi e di quelli associati alla produzione di alcuni servizi nonché per il miglioramento generalizzato dell'efficienza. In tutti i casi, infatti, i valori medi, mediani e modali si attestano al di sopra della neutralità, rilevando come i rispondenti facciano uso delle informazioni di

**Tabella 5**

L'impiego delle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali e di controllo (scala Likert 1-7)

	Media	Mediana	Moda
Riduzione generalizzata dei costi	4.57	5	6
Riduzione dei costi in alcune classi di fattori produttivi (es.: personale, farmacia, acquisto beni, ecc.)	5.42	6	6
Riduzione dei costi di produzione di alcuni servizi	4.56	5	5
Riduzione dei costi di coordinamento tra i vari servizi	3.73	3	3
Miglioramento generalizzato dell'efficienza	4.76	5	5
Miglioramento nell'utilizzo di alcuni servizi o strutture disponibili	4.13	4	4
Dimostrare il proprio orientamento ai pazienti	2.82	3	2
Migliorare la soddisfazione del paziente	3.18	3	3
Migliorare la qualità del servizio reso al paziente	2.77	3	2
Erogare nuovi servizi in grado di creare valore per il paziente	3.05	3	3

contabilità analitica (valori mediani e/o medi pari a 5) o ne facciano un uso moderato (valori mediani e/o medi pari a 4). In nessun caso, tuttavia, l'impiego delle informazioni di contabilità analitica è giudicato elevato. I risultati generali mostrano, inoltre, che le informazioni di contabilità analitica sono neutrali rispetto alle decisioni e al controllo degli obiettivi legati al migliore utilizzo dei servizi e strutture disponibili, mentre le informazioni di contabilità analitica non sembrerebbero essere impiegate per ridurre i costi di coordinamento tra i diversi servizi. Le informazioni di contabilità analitica non sono poi impiegate per il conseguimento di obiettivi legati alla qualità e al miglioramento del rapporto con i pazienti. Non si rilevano differenze significative rispetto alle diverse tipologie aziendali e alla collocazione geografica dei rispondenti nell'impiego delle informazioni di contabilità analitica a fini decisionali e di controllo.

## 5. Discussione e conclusioni

La ricerca si è proposta di analizzare l'efficacia dei sistemi di contabilità analitica in uso presso le aziende sanitarie pubbliche e l'impiego delle informazioni da essi offerte da parte della direzione generale.

I risultati della ricerca permettono di effettuare considerazioni coerenti con gli obiettivi perseguiti. Sebbene non riferibili all'universo delle aziende sanitarie pubbliche e nonostante i limiti derivanti dall'impiego di un questionario di percezione/opinione quale strumento di ricerca (cfr. § 3), i risultati ottenuti consentono di valutare l'efficacia dei

sistemi di contabilità analitica nel supportare il processo decisionale e di controllo e di verificarne l'impiego nel settore sanitario pubblico, dove l'impostazione razionale proposta dal movimento del *New Public Management* deve essere interpretata alla luce delle molteplici variabili di carattere sociale e istituzionale che influenzano l'agire manageriale (Reed, 1989).

La prima area di ricerca si proponeva di verificare le caratteristiche tecniche dei sistemi di contabilità analitica in uso presso le aziende sanitarie pubbliche. I risultati della ricerca evidenziano un panorama piuttosto variegato nell'ambito del quale, tuttavia, prevalgono metodologie tradizionali di calcolo dei costi e una frequenza del *reporting* spesso coincidente con le esigenze di rendicontazione formale. In questo contesto, sembra interessante notare l'incapacità dei sistemi di contabilità analitica in uso di distinguere adeguatamente tra costi controllabili e non controllabili e la diffusione di *report* giudicati solo «abbastanza» adattati alle esigenze degli utilizzatori.

La seconda area di ricerca ha consentito di mettere in luce la percezione dell'utilità delle informazioni offerte dai sistemi di contabilità analitica e la relativa soddisfazione. I risultati mostrano come i rispondenti considerino il contenuto, l'accuratezza e il formato delle informazioni moderatamente coerenti con i loro bisogni e, corrispondentemente, altresì moderata appare la relativa soddisfazione. Più preoccupante appare il giudizio dei rispondenti rispetto alla tempestività e all'aggiornamento delle informazioni offerte dai sistemi di contabilità analitica in uso. I

risultati indicano come, in media, i rispondenti si dichiarino moderatamente insoddisfatti circa la capacità delle informazioni di giungere a tempo debito e il loro livello di aggiornamento. Anche per quanto riguarda l'utilità percepita delle informazioni di contabilità analitica i risultati non sono rassicuranti. La media delle risposte lascia trasparire un giudizio di moderata inutilità rispetto alla capacità delle informazioni di contabilità analitica disponibili nel supportare i processi decisionali. Ininfluyente sarebbe invece l'utilità delle informazioni di contabilità analitica ai fini del controllo. Ciò nonostante, i rispondenti giudicherebbero abbastanza affidabili le informazioni di contabilità analitica sia a fini decisionali che di controllo.

La terza area di ricerca era volta a verificare l'impiego delle informazioni di contabilità analitica a supporto di talune categorie di decisioni e correlata attività di controllo dei risultati conseguiti. A fronte della neutralità o della moderata inutilità delle informazioni di contabilità rispetto alle esigenze della direzione generale, i rispondenti dichiarano di impiegare le informazioni offerte dai sistemi di contabilità analitica nel supportare le decisioni e il controllo riguardanti il contenimento dei costi. In particolare, esse sembrano impiegate prevalentemente nelle decisioni e il controllo riguardanti il contenimento dei costi di taluni fattori della produzione. Solo moderato risulta il loro impiego a supporto delle decisioni legate al contenimento generale dei costi, dei costi di taluni servizi e al recupero dell'efficienza nonché nel correlato controllo dei risultati conseguiti attraverso relativi corsi di azione. Le informazioni di contabilità analitica non sembrano, invece, supportare il processo decisionale e di controllo riferito ad azioni dirette al miglioramento della qualità e della soddisfazione dei pazienti, oltre che nella riduzione di costi di coordinamento tra i diversi servizi.

In generale, quindi, il quadro che emerge dall'analisi dei risultati mostra la diffusione tra le aziende sanitarie pubbliche di sistemi di contabilità analitica di tipo tradizionale e formale le cui informazioni, limitatamente tempestive e aggiornate, sono ritenute neutrali o moderatamente inutili rispetto alle esigenze della direzione generale. Ciò nonostante, la direzione generale sembrerebbe fare affidamento su queste informazioni e

le impiegherebbe, seppur talora moderatamente, a supporto dei processi decisionali e di controllo riguardanti il contenimento dei costi, salvo che nel caso delle decisioni riguardanti il contenimento dei costi di coordinamento interno tra i diversi servizi.

Quest'ultimo risultato non sorprende: le informazioni di contabilità analitica, infatti, sono chiamate a supportare i processi di *cost management* e pertanto impiegate allo scopo di contenere talune categorie di costi o migliorare l'efficienza, piuttosto che per migliorare la qualità dell'assistenza o la soddisfazione del paziente. Nell'ambito dei processi di *cost management* la rilevanza attribuita alle informazioni di contabilità analitica a supporto dei processi decisionali e di controllo legati a determinati obiettivi potrebbe essere ragionevolmente legata alle scelte di politica sanitaria regionale che indurrebbero la direzione generale a perseguire determinati obiettivi (es. riduzione dei costi relativi a determinati fattori della produzione) piuttosto che altri (es. riduzione dei costi di coordinamento tra i diversi servizi).

Preoccupazione potrebbe invece destare il risultato relativo alla neutralità e alla moderata inutilità percepita delle informazioni di contabilità analitica rispetto alle esigenze decisionali e di controllo della direzione generale. Se da un lato l'ininfluenza o la moderata inutilità delle informazioni di contabilità analitica rispetto alle esigenze della direzione aziendale potrebbe essere ricondotta alla loro funzionalità, e segnatamente alla limitata tempestività e allo scarso aggiornamento delle informazioni, dall'altro potrebbero essere determinate dalla tipologia di scelte che la direzione generale è chiamata ad adottare. In particolare, nel settore sanitario pubblico la gamma delle decisioni che la direzione aziendale è chiamata ad affrontare va ben oltre la mera variabile economica, per spingersi verso criteri di desiderabilità politica e sociale delle scelte effettuate. Ne consegue che le informazioni di contabilità analitica potrebbero essere percepite come neutrali o moderatamente inutili dai rispondenti rispetto alle esigenze complessive della direzione aziendale, poiché chiamate a supportare solo una classe particolare di scelte (quelle di natura economico-reddituale) nell'ambito di quelle più generali scaturenti dalle finalità istituzionali perseguite. Questa interpretazio-

ne dei risultati della ricerca troverebbe conforto nel fatto che, come prima evidenziato, le decisioni di *cost management* sembrerebbero essere supportate dalle informazioni di contabilità analitica.

La varietà dei criteri decisionali nel settore pubblico contraddistingue in maniera significativa la direzione delle aziende pubbliche rispetto alle imprese, per le quali la ricerca internazionale ha rilevato l'esistenza di un nesso di causalità tra disponibilità delle informazioni di natura contabilità analitica e miglioramento dei risultati aziendali. L'introduzione di strumenti tradizionalmente appannaggio del settore privato nel settore sanitario pubblico «sconta», quindi, l'esistenza di finalità economiche immediate che esulano dal conseguimento di remunerazioni monetarie (finalità tipica delle imprese) e che influenzano le percezioni, i comportamenti e le azioni di chi è chiamato a gestire l'azienda pubblica. Ne consegue che l'analisi dell'impatto delle riforme nel settore pubblico dovrebbe basarsi sull'assunto che i fenomeni non dovrebbero essere studiati solo nei loro aspetti organizzativi o contabili isolati dal più ampio contesto sociale e istituzionale nel quale si manifestano (Hopwood, Miller, 1994; Roberts, Scapens, 1985), altrimenti si rischierebbe di giudicare inefficace qualsiasi intervento di riforma di ispirazione economico-aziendale, o addirittura di considerare la dimensione aziendale come un problema puramente nominalistico.

Lo studio presenta importanti implicazioni di ricerca e operative. Esso fornisce, infatti, la prima evidenza empirica circa la percezione da parte dei diretti interessati della funzionalità dei sistemi di contabilità analitica

in uso presso le aziende sanitarie pubbliche, e permette di valutarne l'utilità percepita e la relativa soddisfazione, oltre che individuare le classi di decisioni e relativo controllo che sono supportate dalle informazioni di contabilità analitica. Ciò potrebbe consentire di individuare le possibili aree di miglioramento e di relativo investimento per allineare i sistemi di contabilità analitica alle esigenze degli utilizzatori.

### Note

1. Oltre alle aree di ricerca indicate, il questionario comprendeva ulteriori sezioni che sono state impiegate per il perseguimento di obiettivi di ricerca ulteriori rispetto a quelli indicati in questa sede. Poiché non significative ai fini dell'analisi presentata in questo lavoro, le aree di ricerca in questione sono state omesse.
2. Come accennato nel § 3, il limite principale delle scale Likert sta nella loro incapacità di individuare le differenze tra i diversi rispondenti, ma semplicemente permette di rilevare come qualcuno manifesta un determinato fenomeno in modo più accentuato rispetto ad altri. Le Likert sono quindi scale ordinali. Ne consegue che, a rigore, nell'effettuare l'analisi di statistica descrittiva delle risposte, non avrebbe senso il calcolo della media delle risposte, ma solo dei valori mediani e modali che indicano rispettivamente il valore/modalità assunto dalle unità statistiche che si trovano nel mezzo della distribuzione (mediana) e la modalità caratterizzata dalla massima frequenza (moda). Tuttavia, trattare le scale Likert come pure ordinali comporta la perdita di informazioni utili per analizzare gli atteggiamenti sottostanti alle risposte fornite. Per questo, nella ricerca sociale è consuetudine analizzare i risultati ottenuti anche tramite il calcolo della media, che consente di riassumere con un solo numero un insieme di dati su un fenomeno suscettibile di misurazione. Coerentemente con questa impostazione, in questo lavoro per i diversi *item* viene discussa la media delle risposte e, quando rilevante per offrire un'analisi più rappresentativa dell'atteggiamento analizzato, della relativa mediana e moda.

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

- ANG J., KOH S. (1997), «Exploring the relationships between user satisfaction and job satisfaction», *International Journal of Information Management*, 17(3), pp. 169-177.
- BANKER R.D., POTTER G. (1993), «Economic implications of single cost driver systems», *Journal of Management Accounting Research*, 5, pp. 15-31.
- BIEMA M., GREENWALD B. (1997), «Managing our way to higher service-sector productivity», *Harvard Business Review*, 75 (4), pp. 87-95.
- BROMWICH M., HONG D. (1999), «Activity-based costing systems and incremental costs», *Management Accounting Research*, 10, pp. 39-60.
- CALLAHAN C.M., GABRIEL E.A. (1999), «The differential impact of accurate product cost information in imperfectly competitive markets: A theoretical and empirical investigation», *Contemporary Accounting Research*, 15, pp. 419-455.
- CHENHALL R.H. (2003), «Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future», *Accounting, Organizations and Society*, 28, 127-168.
- CHRISTENSEN J., DEMSKI J.S. (1997), «Product costing in the presence of endogenous subcost functions», *Review of Accounting Studies*, 2, pp. 65-87.
- COVALESKI M.A., DIRSMITH M.W., MICHELMAN J.E. (1993), «An institutional theory perspective on the DRG framework: case-mix accounting systems in healthcare organizations», *Accounting, Organizations and Society*, 18, pp. 65-80.
- DENT J. (1996), «Global competition: challenges for management accounting and control», *Management Accounting Research*, 7, pp. 247-269.
- DILLMAN D.A. (1991), «The Design and Administration of Mail Surveys», *Annual Review of Sociology*, 17, pp. 225-49.
- DOLL W.J., TORKZADEH G. (1988), «The measurement of enduser computing satisfaction», *MIS Quarterly*, 12(2), pp- 259-274.
- FELTHAM G.A., XIE J. (1994), «Performance measure congruity and diversity in multi-task principal/agent relations», *The Accounting Review*, 69, pp. 429-453.
- FELTHAM G.A. (1977), «Cost aggregation: An information economic analysis», *Journal of Accounting Research*, 15, pp. 42-70.
- GAL-OR E. (1987), «First mover disadvantages with private information», *The Review of Economic Studies*, 54, pp. 279-292.
- GAL-OR E. (1998), «The advantages of imprecise information», *Rand Journal of Economics*, 19, pp. 266-275.
- GAL-OR E. (1993), «Strategic cost allocation», *Journal of Industrial Economics*, 41, pp. 387-402.
- GELDERMAN M. (1998) «The Relation between User Satisfaction, Usage of Information System and Performance», *Information & Management*, vol. 34, pp. 11-18.
- GOVINDARAJAN V. (1984), «Appropriateness of accounting data in performance evaluation: an empirical examination of environment uncertainty as an intervening variable», *Accounting Organizations and Society*, 9, pp. 125-136.
- HILTON R.W. (1979), «The determinants of cost information value: An illustrative analysis», *Journal of Accounting Research*, 17, pp. 411-435.
- KARMARKAR U.S., LEDERER P.J., ZIMMERMAN J.L. (1990), «Choosing manufacturing production control and cost accounting systems», in R. Kaplan (ed.), *Measures for manufacturing excellence*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- HOOD C. (1995), «The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme», *Accounting, Organizations and Society*, 20, pp. 93-109.
- HOPWOOD A.G., MILLER P. (1994), *Accounting as social and institutional practice*, Cambridge University Press, Cambridge.
- IVES B., OLSON M., BAROUDI J. (1983), «The Measurement of User Information Satisfaction», *Communications of the ACM*, 26, pp. 785-793.
- JOHNSON H. (1992), «Its time to stop overselling activity-based concepts», *Management Accounting*, 74, pp. 26-35.
- KARMARKAR U.S., LEDERER P.J., ZIMMERMAN J.L. (1990), «Choosing manufacturing production control and cost accounting systems», in R. Kaplan (ed.), *Measures for manufacturing excellence*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- KIM K.K. (1988), «Organisational Coordination and Performance in Hospital Accounting Information Systems: An Empirical Investigation», *The Accounting Review*, Vol. LXIII, n. 3.
- LECCI F., LONGO F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- MCHANNEY R., CRONAN T.P. (1998), «Computer simulation success: on the use of the end-user satisfaction instrument», *Decision Sciences*, 29(2), pp. 525-536.
- MIA L., CHENHALL R. (1994), «The usefulness of MAS functional differentiation and management effectiveness», *Accounting, Organisation and Society*, 19, pp. 1-13.
- MIA L., CLARKE B. (1999), «Market competition, management accounting systems and business unit performance», *Management Accounting Research*, 10, pp. 137-158.
- PETTERSEN I.G. (2004), «From Bookkeeping to Strategic Tools? A Discussion of the Reforms in the Nordic Hospital Sector», *Management Accounting Research*, 15, pp. 319-335.
- PRIZZINI M.J. (2006), «The relation between cost-system design, managers evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals», *Accounting, Organizations and Society*, 31, pp. 179-210.

- REED M. (1989), *The sociology of management*, Hemel Hempstead, Harvest Wheatsheaf.
- ROBERTS J., SCAPENS R. (1985), «Accounting Systems and Systems of Accountability: Understanding Accounting Practices in their Organizational Context», *Accounting, Organizations, and Society*, 10, pp. 443-456.
- SIMONS R. (1990), «The role of management control systems in creating competitive advantage: new perspectives», *Accounting, Organizations and Society*, 15, pp. 127-143.
- SCHAEFER D.R., DILLMAN D.A. (1998), «Development of a Standard E-Mail Methodology: Results of an Experiment», *Public Opinion Quarterly*, 62, pp. 378-97.
- SCHICK A.G., GORDEN L.A., HAKA S. (1990), «Information overload: A temporal approach», *Accounting Organizations and Society*, 15, pp. 199-220.

# I dispositivi medici in Italia: un settore, tanti mercati

P. ARMENI, O. CIANI, V.A. VELLA, M.C. CAVALLO, R. TARRICONE

*Medical device industry is characterized by considerable degree of dependence on public demand, increasing regulation and high heterogeneity of exchanged goods. The aim of this study is to analyze medical devices industry's structure and performances, grouping firms on the basis of the category of medical device produced or sold and of the position in the supply chain. Results have shown generalized trends (e.g. the fall in profitability during the reference period) as well as category-specific trends. Further research could be developed starting from the hypothesis of significant impact of policies on firms' performances and market structure.*

Keywords: medical devices, market structures, performance

Parole chiave: dispositivi medici, strutture del mercato, performance

## Note sugli autori

Patrizio Armeni e Oriana Ciani sono ricercatori, CERGAS Università Bocconi e DAIMAP Università Bocconi  
Vincenzo Alberto Vella e Maria Caterina Cavallo sono ricercatori, CERGAS Università Bocconi  
Rosanna Tarricone è professore associato in Economia Aziendale presso il DAIMAP, Università Bocconi

## Ringraziamenti

Questo studio è stato possibile grazie a un contributo della Direzione farmaci e dispositivi medici del Ministero della Salute diretto dal dr. Giuseppe Ruocco. Gli autori ringraziano il dr. Ruocco per aver permesso al CERGAS di approfondire lo studio e contribuire così a un filone di ricerca innovativo

## 1. Introduzione

Il settore dei dispositivi medici rappresenta complessivamente il 3,6% del Prodotto interno lordo italiano, includendo nel computo le imprese coinvolte nella produzione e nel commercio di questi prodotti (Cavallo, 2008).

Caratterizzato da un alto livello di innovazione – si consideri che, nel 2007, in Italia circa il 70% dei prodotti in uso era sul mercato da meno di due anni (Conca *et al.*, 2007) – questo settore mostra, rispetto all'economia del Paese nel suo complesso, un forte dinamismo. Ad esempio, il numero di occupati è cresciuto, tra il 2003 e il 2008, a un tasso medio annuo del 7,8%, rispetto all'1,4% dell'economia italiana e allo 0,6% dell'industria farmaceutica.<sup>1</sup>

Allo stesso tempo, si tratta di un settore a domanda prevalentemente pubblica e decentralizzata, a seguito delle riforme che hanno investito negli ultimi anni il nostro Servizio sanitario nazionale, le cui caratteristiche (Borgonovi *et al.*, 2009), dalle modalità di approvvigionamento ai meccanismi di finanziamento delle tecnologie, richiedono una gestione particolarmente attenta non solo per il raggiungimento dell'equilibrio economico di medio-lungo periodo, ma anche per il rispetto dell'equilibrio finanziario di breve periodo.

Rientrano all'interno di questo settore le imprese che producono e/o distribuiscono tutti i beni utilizzati per fini di cura (a eccezione dei farmaci, il cui settore presenta caratteristiche proprie, cfr. *infra*). La finalità di utilizzo, il tipo di clienti (istituti di cura), nonché il quasi monopsonio pubblico (sebbene l'acquirente non sia un soggetto unico) rappresentano tratti caratteristici del settore. Tuttavia, come i bisogni sanitari della popolazione, e di conseguenza le procedure asso-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le fonti dei dati e la selezione delle imprese
3. Analisi aggregata
4. Analisi per mercato: la struttura dell'analisi
5. Analisi dei mercati rilevanti dei dispositivi medici
6. Conclusioni

ciate alla cura, possono essere estremamente diversi, allo stesso modo i beni utilizzati per il soddisfacimento di tali bisogni e per il completamento delle cure sono particolarmente eterogenei. Tanto un filo di sutura, infatti, quanto un'apparecchiatura di diagnostica per immagini, un tessuto biotecnologico o un bisturi possono dirsi, a pieno titolo, dispositivi medici.

Questi elementi indicano come, se si vogliono indagare la struttura del settore e le performance delle imprese che ne fanno parte, sia necessario considerare livelli di dettaglio maggiori rispetto allo studio dei dati aggregati nazionali.

Ad oggi, le analisi disponibili sul settore dei dispositivi medici in Italia non sono numerose e si occupano prevalentemente di variabili strutturali (numerosità, dimensioni) a livello aggregato (Pammolli *et al.*, 2005; Cavallo, 2008). In alcune occasioni, sono state condotte ricerche su specifici segmenti del settore, ma non in una prospettiva più ampia di misurazione della performance delle imprese che ne producono e commercializzano<sup>2</sup> i prodotti.

L'obiettivo del presente studio è quello di contribuire allo sviluppo delle conoscenze sul settore dei dispositivi medici con un'analisi dettagliata e puntuale che vada oltre i dati complessivi nazionali e che, invece, si focalizzi sulle performance delle imprese attraverso l'analisi dei dati di bilancio. Lo studio intende da un lato articolare la rappresentazione aggregata del settore in diversi mercati di prodotto, dall'altro osservare non solo le tendenze centrali (mediana, media) ma anche la variabilità dei fenomeni rilevati. Questo elemento permette di evidenziare gli aspetti comuni e le differenze nei livelli e nelle tendenze di performance delle imprese appartenenti ai differenti contesti competitivi e industriali individuati.

L'articolo è strutturato come segue: nel prossimo paragrafo si illustrano le fonti dei dati e la metodologia per la costruzione del campione di imprese; nel terzo paragrafo è presentata l'analisi aggregata del settore; nel quarto paragrafo viene illustrata l'analisi dettagliata condotta, i cui risultati sono contenuti nel quinto paragrafo. Seguono alcune riflessioni conclusive.

## 2. Le fonti dei dati e la selezione delle imprese

I dati macroeconomici sono stati estratti da banche dati nazionali e internazionali (Istat, Eurostat, OCSE). Le analisi dettagliate, invece, sono basate su dati di bilancio (estratti dal *database Orbis*<sup>TM</sup>) delle società di capitali<sup>3</sup> italiane ed estere (purché aventi una filiale italiana) attive nella produzione e nella commercializzazione di dispositivi medici in Italia. L'estrazione dei dati per impresa ha avuto come filtro primario il codice di attività.<sup>4</sup> Di ognuna sono stati rilevati i principali dati finanziari dal 2003 al 2008. Le variabili di struttura e di performance rilevate attengono alla dimensione (fatturato, dipendenti), all'efficienza operativa, intesa come capacità di contenere i costi di produzione (EBITDA *margin*), alla redditività (ROE) e alla situazione finanziaria di breve periodo (indici di disponibilità, di liquidità e giorni medi di pagamento).

Le imprese sono classificate in base a:

- classe di dispositivi medici prodotti;
- posizionamento nella filiera (produttori italiani, multinazionali italiane con produzione, multinazionali estere con produzione, multinazionali estere commerciali, distributori italiani);
- nazionalità (imprese italiane/estere);
- dettaglio regionale della localizzazione geografica;
- dimensione (impiegati e fatturato).

Rispetto alla classificazione in base al posizionamento nella filiera, tra i produttori italiani sono classificate le imprese che producono dispositivi medici e li vendono essenzialmente sul territorio nazionale, mentre le multinazionali italiane con produzione si differenziano per la vendita dei propri prodotti anche in altri Paesi. Le multinazionali estere con produzione sono imprese con casa-madre in un altro Paese, ma con siti produttivi in Italia, mentre le multinazionali estere commerciali non hanno siti produttivi sul territorio italiano, sul quale però commercializzano i propri prodotti fabbricati all'estero. Infine, i distributori italiani sono imprese italiane coinvolte esclusivamente nella commercializzazione di dispositivi medici (in genere di più produttori).



La selezione e la classificazione delle imprese nelle categorie sopra indicate sono state successivamente controllate attraverso la verifica puntuale dell'attività svolta, degli elenchi delle imprese associate a Eucomed<sup>5</sup> e/o ad Assobiomedica<sup>6</sup> e, in alcuni casi, tramite contatto diretto.

### 3. Analisi aggregata

Al 2008, le imprese del settore dei dispositivi medici registrate in forma di società di capitali in Italia sono 1.735. Di queste, 1.039 sono distributori, 507 produttori italiani, 130 multinazionali estere commerciali, 53 multinazionali italiane con produzione e 6 multinazionali estere con produzione (figura 1). Il settore occupa più di 38.000 persone (0,2% del totale nazionale) (OCSE, 2008).<sup>7</sup> Di questi circa la metà (49,7%) è impiegata dalle imprese di produzione, mentre il restante 50,3% è occupato dalle imprese di distribuzione. L'andamento nel tempo della numerosità delle imprese per tipologia rivela una crescita continua e generalizzata fino al 2007, mentre tutte le categorie hanno registrato una diminuzione nel 2008 (figura 2). Il numero totale di imprese è, infatti, diminuito nel corso del 2008 del 2,7%. La diminuzione nel numero delle imprese nel 2008 non si ripercuote, però, sulle dinamiche occupazionali. Come anticipato, infatti, tra il 2003 e il 2008, la crescita media annua del numero di occupati è stata pari al 7,8% nel settore dei dispositivi medici, contro un dato nazionale pari a circa l'1,4% (Rilevazione sulle forze di lavoro 2008, Istat).<sup>8</sup>

Dalle analisi emerge che, dal punto di vista dimensionale, circa il 90% delle imprese del settore ha un fatturato inferiore ai 10 milioni di euro (piccole imprese), il 7% circa ha un fatturato compreso tra 10 e 50 milioni di euro (medie imprese) e solo poco più del 2% supera i 50 milioni di euro di fatturato (grandi imprese). Questo risultato è in accordo con Eucomed, secondo cui l'80% delle imprese di dispositivi medici operanti in Europa è di piccole o medie dimensioni. La classificazione in imprese piccole, medie e grandi cui si fa riferimento è quella correntemente utilizzata dalla Commissione europea (2003), costruita incrociando le variabili fatturato e numero di dipendenti.

Vengono, pertanto, definite «piccole» le imprese con meno di 10 milioni di fatturato e meno di 50 dipendenti; le medie imprese, invece, hanno un fatturato compreso tra 10 e 50 milioni euro e tra 50 e 250 dipendenti, oltre queste cifre si parla, invece di grande impresa. Poiché l'insieme delle PMI è nettamente predominante, ed essendo questo un settore caratterizzato da elevata complessità tecnologica, è ragionevole pensare che sia alto il grado di specializzazione e che, a parte le grandi imprese (tipicamente multinazionali), ogni impresa produca una o poche categorie di dispositivi. Questa alta specializzazione è, invece, molto meno frequente tra i distributori.

Il fatturato mostra nel 2008 un andamento diseguale nelle diverse tipologie d'impresa. A fronte, infatti, di una variazione complessiva quasi nulla (- 0,7%), le multinazionali

**Figura 1**  
Composizione del mercato  
(numero di imprese per  
tipologia e % sul totale -  
2008)  
Fonte: Tarricone (2010)

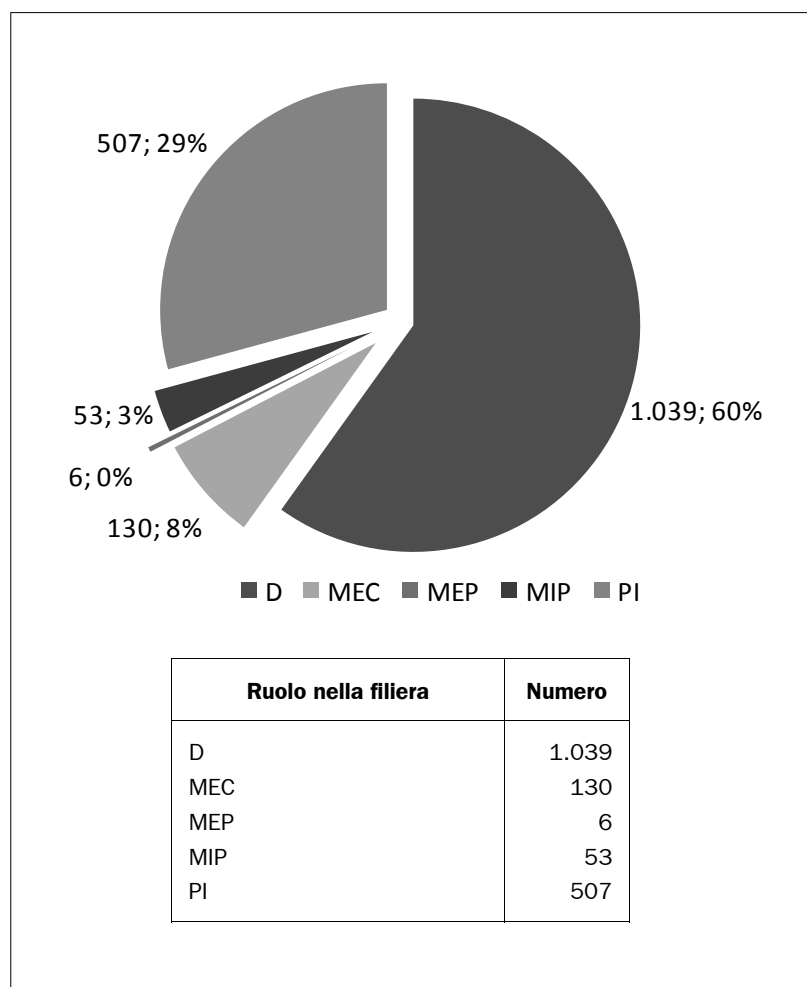
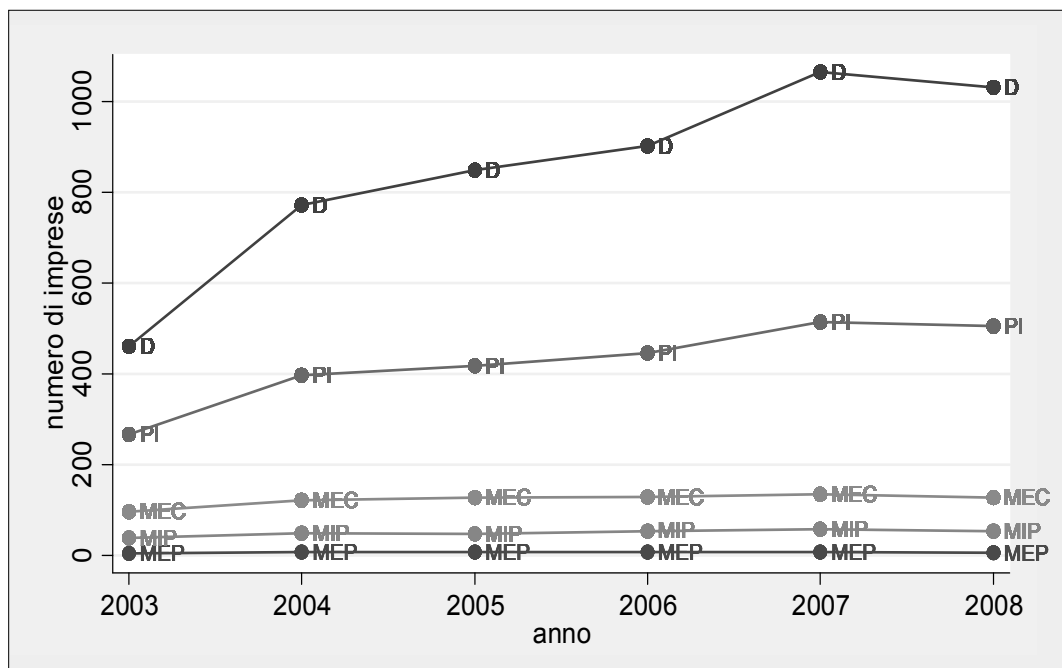


Figura 2

Numerosità delle imprese per tipologia

Fonte: Tarricone (2010)



Nota: D = Distributori, MEC = Multinazionali estere commerciali, MEP = Multinazionali estere con produzione, MIP = Multinazionali italiane con produzione, PI = Produttori italiani.

estere con produzione hanno aumentato il proprio fatturato del 6,5%, i produttori italiani del 3,3%: le multinazionali estere commerciali hanno mostrato un risultato in linea con l'anno precedente (+ 0,4%), mentre le multinazionali italiane con produzione hanno fatto registrare un fatturato inferiore del 4,6% rispetto al 2007, similmente ai distributori (- 4,5%) (figura 3).

Le analisi hanno evidenziato complessivamente un *trend* decrescente per le performance reddituali, con valori del ROE passati da massimi del 35% nel 2004 (multinazionali estere) a valori prossimi al 12% (multinazionali italiane) nel 2008. Contemporaneamente, si registra una tendenza meno uniforme circa i tempi medi di pagamento dei clienti, con elevata variabilità tra le diverse classi di dispositivi e i differenti attori della filiera (cfr *infra*).

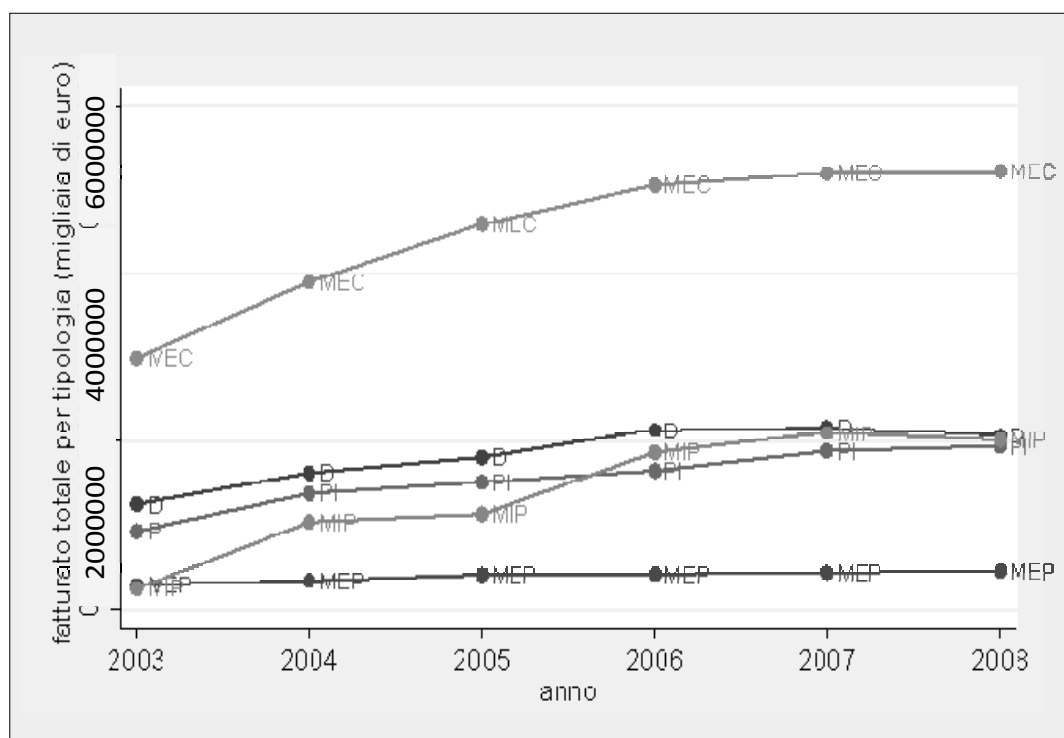
#### 4. Analisi per mercato: la struttura dell'analisi

In precedenza, si è sottolineata l'elevata eterogeneità riscontrabile fra le diverse categorie di dispositivi medici. L'estrema varietà

dei prodotti differenzia questo settore da un altro, quello del farmaco, a cui spesso, e in maniera erronea, è assimilato.

I farmaci sono molto più simili tra loro di quanto non lo siano i dispositivi medici. Sebbene non si possa negare che il portafoglio di prodotti di una impresa farmaceutica sia caratterizzato da un certo grado di differenziazione, il grado di specializzazione delle imprese farmaceutiche è complessivamente minore rispetto alle imprese operanti nel settore dei dispositivi medici. Infatti, mentre le differenti funzioni di produzione e commercializzazione dei farmaci condividono molte fasi e caratteristiche, a prescindere dall'indicazione terapeutica di ciascuna linea produttiva, nei dispositivi medici la funzione di produzione e distribuzione di prodotti come, ad esempio, i dispositivi impiantabili attivi si discosta da quelle di dispositivi dentali o grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.

Onde evitare di commettere l'errore di valutare congiuntamente fenomeni che, pur riconducibili al medesimo settore, sono riferiti a realtà distinte in termini di dinamiche competitive e industriali, è opportuno diffe-



**Figura 3**  
Andamento del fatturato totale per tipologia d'impresa  
Fonte: Tarricone (2010)

renziare l'analisi tenendo conto dell'esistenza di molti mercati rilevanti.

#### 4.1. Il mercato rilevante e la prospettiva di analisi

Il mercato rilevante è definito come l'ambito in cui operano imprese tra loro in concorrenza. Ai fini del presente lavoro, è importante distinguere il concetto di mercato rilevante da quello che usualmente viene richiamato negli studi di economia industriale e dalla pratica antitrust.

In economia industriale, il concetto di mercato rilevante è strumentale all'individuazione di comportamenti lesivi della concorrenza da parte delle imprese (Motta, Polo, 2005). La ricerca di un ambito di competizione significativo – il mercato rilevante – perciò, non è fine a se stessa, ma funzionale alla valutazione del potere di mercato<sup>9</sup> delle imprese. Tale attività è svolta tipicamente dalle autorità antitrust.<sup>10</sup>

In questa sede, l'obiettivo non è l'individuazione di comportamenti anticoncorrenziali, pertanto il concetto di mercato rilevante non coincide con quello «strumentale».

Sebbene la prospettiva sia differente da quella di un procedimento antitrust, alcune delle metodologie adottate per la definizione, come l'individuazione di prodotti sostituibili tra loro e di aree geografiche rilevanti ai fini della concorrenza, rimangono valide anche ai fini di questa analisi.

Riuscire a delineare l'insieme delle imprese in concorrenza tra loro è importante sia per analizzare le performance economiche-finanziarie, funzione delle dinamiche competitive tra concorrenti, sia per misurare l'impatto di fattori di contesto, come l'introduzione di nuove politiche pubbliche. Ad esempio, una politica di acquisto centralizzato a livello regionale limitata ai soli dispositivi riutilizzabili influenza sicuramente la performance delle imprese che vendono dispositivi riutilizzabili, e che rientrano nel *pool* di imprese in competizione tra loro, ma non necessariamente quella delle altre imprese. Ancora, è probabile che l'entrata sul mercato di un distributore di dispositivi monouso in una Regione italiana, per esempio in Sicilia, aumenti il livello di competizione e riduca i margini di profitto, senza che questo, tuttavia, abbia impatto sul

mercato della distribuzione di dispositivi impiantabili attivi.

Quest'ultimo esempio richiama anche l'importanza della dimensione geografica all'interno della quale è possibile considerare due o più imprese in concorrenza. L'aumentato grado di concorrenza sul mercato siciliano dei dispositivi monouso potrebbe non avere alcun impatto sul corrispondente mercato, ad esempio, del Friuli-Venezia Giulia. Questo perché è ragionevole ipotizzare che, data la dimensione generalmente contenuta delle imprese che distribuiscono questo tipo di tecnologia,<sup>11</sup> e tenendo conto dei costi di trasporto, il bacino di acquirenti sia limitato all'ambito regionale.

Come accennato in precedenza, in economia industriale e nella pratica delle autorità antitrust, lo scopo della definizione del mercato rilevante è funzionale a identificare situazioni in cui il meccanismo concorrenziale è alterato, a danno del benessere della collettività. I soggetti danneggiati sono generalmente gli acquirenti del prodotto o i concorrenti che vendono lo stesso tipo di prodotto. Di conseguenza, è possibile identificare i mercati rilevanti (quindi individuare le imprese che sono da considerare in concorrenza) adottando alternativamente la prospettiva dell'acquirente oppure quella del venditore. Anche ai fini del presente lavoro è possibile adottare queste due prospettive alternative.

Nella prospettiva dell'acquirente, il mercato rilevante è composto dalle imprese che egli considera come fornitori sostituibili nel momento in cui decide di effettuare l'acquisto. Il mercato rilevante, nell'ottica dell'acquirente, cambia al variare delle caratteristiche o dei bisogni dell'acquirente. Per questa ragione, nella prospettiva dell'acquirente l'insieme delle imprese appartenenti a un mercato rilevante è variabile nel tempo, in relazione alle diverse condizioni d'acquisto contingenti (come la dotazione di risorse finanziarie spendibili).

Adottare la prospettiva del venditore, invece, significa includere nel mercato rilevante le imprese che il venditore considera stabilmente come concorrenti. Ogni venditore non si rivolge a un solo cliente<sup>12</sup> (i cui bisogni e le cui caratteristiche possono variare) in un solo momento, ma cerca di vendere a un insieme di potenziali acquirenti, con un orizzonte temporale più esteso del singolo

acquisto. In questa prospettiva, non sono tanto le variabili contingenti che determinano le singole scelte di acquisto, ma piuttosto i fattori che stabilmente pongono due imprese in competizione. Ad esempio, se due imprese vendono lo stesso tipo di prodotto nella stessa area geografica, è probabile che stabilmente competano per attrarre i clienti, a prescindere dalle situazioni contingenti di ognuno di essi.

Un'importante conseguenza della scelta della prospettiva del venditore è, dunque, la stabilità del mercato rilevante. Nell'ottica dell'acquirente, i confini di mercato rilevante non sono sempre stabili: infatti, per definire il mercato rilevante si prendono in considerazione variabili contingenti (come il tempo a disposizione o l'estensione del bisogno al momento dell'acquisto). Questo fa sì che il mercato rilevante possa avere confini diversi per ogni operazione d'acquisto. Nell'ottica del venditore, invece, si perviene a definizioni molto più stabili.

In questo studio si adotta la prospettiva del venditore: i mercati rilevanti si definiscono quindi sulla base delle caratteristiche delle imprese (posizionamento nella filiera) e dei prodotti (categoria di dispositivo). Per approfondire maggiormente l'analisi, è stato utilizzato anche il criterio geografico, al fine di valutare la variabilità dei risultati sul territorio. È sulla scorta di tale variabilità che è possibile formulare delle ipotesi circa l'impatto delle politiche sulle performance delle imprese. Quest'ultimo livello di dettaglio, tuttavia, appesantisce la lettura dei dati, pertanto ne vengono richiamati solo i principali risultati, a commento dell'analisi di prodotto a livello nazionale mentre si rimanda il lettore alla recente pubblicazione di Tarricone (2010) per un approfondimento.

#### *Il criterio del prodotto*

Prodotti diversi, in genere, non sono sostituibili in quanto rispondono a bisogni differenti. Pertanto, è necessario differenziare l'analisi dei mercati, identificando una classificazione dei prodotti che consenta di individuare ambiti competitivi omogenei. La classificazione che utilizzeremo è quella della *GMDN (General Medical Devices Nomenclature) Agency* che distingue i disposi-

tivi medici in 16 classi omogenee (*GMDN Agency*) (**tabella 1**), che può essere considerata un accettabile compromesso tra omogeneità interna dei prodotti e limitato numero di sottomercati.

#### Il criterio geografico

Nel caso dei dispositivi medici, la dimensione geografica per determinare il mercato rilevante può essere dedotta sulla base delle caratteristiche dei prodotti e dell'incidenza dei costi di trasporto. Come precedentemente evidenziato, la presentazione dei risultati riguarda il dato prevalentemente nazionale, con richiami occasionali al dato regionale.

#### Il criterio del posizionamento nella filiera

Alla sostituibilità tra prodotti e all'area geografica è importante affiancare considerazioni in merito alla filiera del settore. Con l'aggiunta di questa dimensione, è possibile specificare ulteriormente il mercato rilevante nel caso in cui produttori e distributori non siano in concorrenza tra loro. Può avvenire, infatti, che i produttori di un certo dispositivo medico non vendano direttamente i loro prodotti al cliente finale ma si servano di una rete di distributori. Al contrario, per altri tipi di dispositivi, i produttori vendono anche direttamente il proprio prodotto<sup>13</sup> risultando, quindi, in concorrenza con i distributori.<sup>14</sup> In questo studio si utilizza ta-

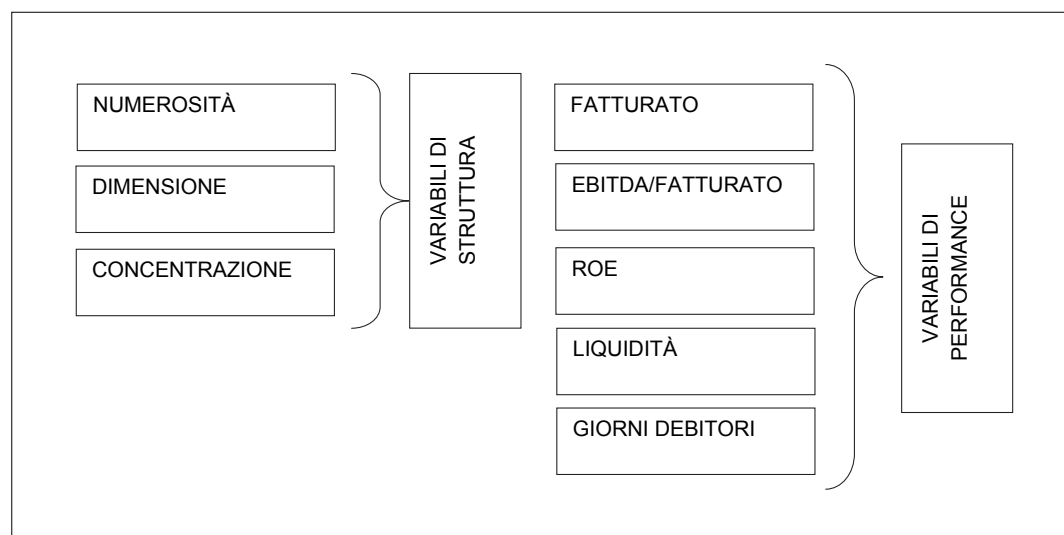
Categoria	Descrizione
1	Dispositivi impiantabili attivi
2	Dispositivi respiratori e per anestesia
3	Dispositivi dentali
4	Dispositivi elettromedicali
5	Attrezzature ospedaliere
6	Dispositivi diagnostici in vitro
7	Dispositivi impiantabili non attivi
8	Dispositivi per oftalmologia
9	Dispositivi riutilizzabili
10	Dispositivi monouso
11	Ausili per disabili
12	Dispositivi per applicazioni medicali di radiazioni
13	Dispositivi per terapie complementari
14	Dispositivi di derivazione biologica
15	Attrezzature sanitarie
16	Apparecchiature di laboratorio

le dimensione nell'analisi aggregata (§ 3) mentre non si utilizza, a fini di leggibilità dei dati, nell'analisi proposta nel paragrafo successivo.

**Tabella 1**  
Le 16 categorie di DM del GMDN

#### 4.2. Le variabili oggetto di osservazione

Per ognuna delle 16 classi di dispositivi medici, analizzeremo alcune variabili riferite alla struttura del mercato e altre che, invece, ne descrivono la performance (**figura 4**).



**Figura 4**  
Le variabili oggetto d'osservazione

### Le variabili di struttura

Per ognuna delle classi di dispositivi medici, le variabili di struttura analizzate sono: i) il numero di imprese che vi operano, divise per posizionamento nella filiera, e ii) la dimensione delle imprese in termini di fatturato. Quest'ultima variabile sarà utile per l'individuazione della categoria dimensionale prevalente nei differenti mercati individuati. Lo studio del numero di imprese operanti in ciascun mercato, insieme con l'analisi della variabilità delle quote di mercato, sarà funzionale all'analisi del livello di concentrazione caratteristico di ciascun mercato.

L'indice di concentrazione permette di valutare se, in termini di fatturato, esistono imprese che dominano il mercato. In questo studio utilizzeremo l'indice di Herfindhal-Hirschman (HHI),<sup>15</sup> una misura di concentrazione basata sul fatturato, e calcolata a partire dalle quote di mercato (1).

(1)  $HHI = \sum_{i=1}^N q_i^2 \times 10.000$ , dove  $q_i$  rappresenta la quota di mercato dell' $i$ -esima impresa.

In generale, coerentemente con quanto osservato sopra circa la concentrazione, l'HHI aumenta (quindi, il mercato è più concentrato) se i) diminuisce il numero delle imprese e/o ii) aumenta la varianza delle quote di mercato (ovvero è possibile distinguere imprese più grandi da imprese più piccole). Con riferimento all'interpretazione dell'HHI, una lettura possibile è quella fornita dalle linee guida prodotte nel 1992 dal Dipartimento di Giustizia USA e dalla *Federal Trade Commission*, secondo le quali è da considerarsi poco concentrato un mercato con  $HHI < 1.000$ ; moderatamente concentrato un mercato con  $HHI$  compreso tra 1.000 e 1.800; concentrato un mercato con  $HHI > 1.800$ .

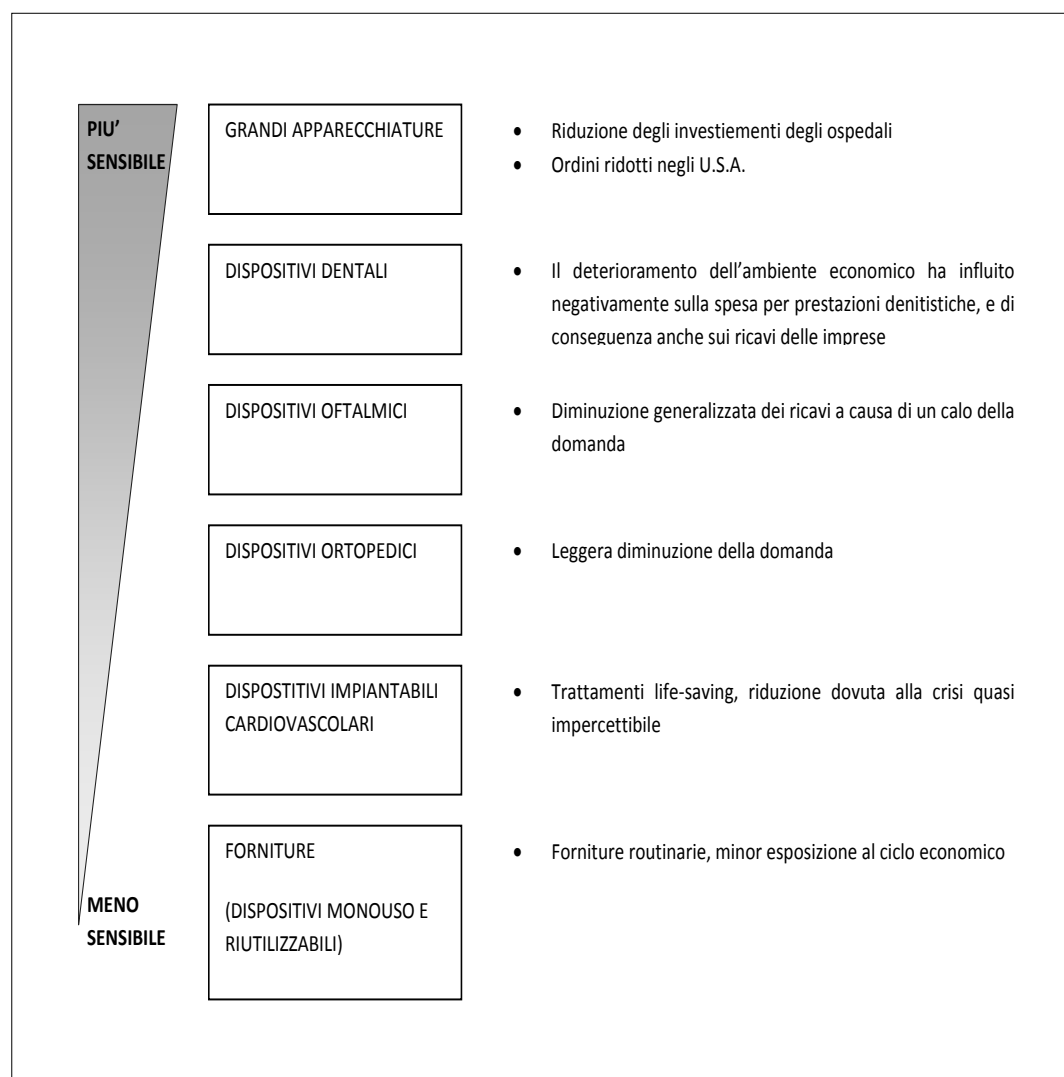
### Le variabili di performance

La prima variabile di performance analizzata è il fatturato. Poiché l'analisi di questa variabile può risultare fuorviante, se non associata anche ad altri indicatori,<sup>16</sup> in questo studio si analizzano anche un indicatore di efficienza (EBITDA/sales), uno di redditività

(ROE), due indicatori di stabilità finanziaria nel breve termine (*current ratio* e *quick ratio*) e, infine, i giorni medi di dilazione concessa per il pagamento ai propri clienti. Spiegheremo di seguito le ragioni che hanno portato a selezionare specificatamente questo gruppo di indicatori.

Sotto il profilo dell'efficienza, il rapporto tra EBITDA e vendite può essere considerato un buon indicatore dell'efficienza operativa in quanto misura l'incidenza dei costi operativi sui ricavi di vendita, confrontando, perciò, il valore degli *input* con il valore dell'*output*.<sup>17</sup> Inoltre, l'EBITDA/sales può essere considerato anche come indicatore di redditività. Infatti, se questo rapporto cresce nel tempo, ciò indica una minore incidenza dei costi operativi sulle vendite e, pertanto una maggiore efficienza (a parità di vendite) o una maggiore redditività (a parità di costi).

Per quanto concerne l'analisi di redditività, si è deciso di selezionare il ROE (*return on equity*, inteso come rapporto tra utile netto e patrimonio netto). Il ROE è stato preferito agli indicatori di redditività operativa (ad esempio il ROIC, *Return on invested capital*) in quanto meno influenzato dalla differente struttura di costo di imprese che producono e/o vendono dispositivi molto differenti. Infine, l'analisi della liquidità è basata su due indicatori: il *current ratio* e il *quick ratio*.<sup>18</sup> L'utilizzo di entrambi gli indicatori è giustificato dal fatto che il loro studio simultaneo permette di isolare anche il peso del magazzino nella gestione degli impegni a breve. L'indice dei giorni medi di pagamento permette di completare l'analisi della situazione finanziaria a breve. Infatti, gli indicatori di liquidità illustrati sopra consentono di verificare staticamente se, nel breve periodo, l'impresa è in grado di assolvere alle proprie obbligazioni, ma non tengono conto della velocità con cui i clienti pagano i propri acquisti e con cui i fornitori vengono pagati. L'analisi del tempo medio di pagamento dei clienti è particolarmente importante laddove il cliente è prevalentemente pubblico, come nel caso dei dispositivi medici. È noto, infatti, come la pubblica amministrazione si caratterizzi per tempi mediamente più lunghi del privato per la liquidazione dei propri debiti commerciali.



**Figura 5**  
La reazione dei diversi mercati dei dispositivi medici alla crisi finanziaria  
*Fonte: adattamento da De Backer et al. (2008)*

## 5. Analisi dei mercati rilevanti dei dispositivi medici

In questa sezione si riportano i risultati dell'analisi secondo le caratteristiche specifiche delle imprese che operano nel settore dei dispositivi medici e si discute sulla variabilità degli indicatori rilevati. L'anno di riferimento per i dati discussi in questo paragrafo, a eccezione dei dati in serie storica 2003-2008, è il 2008.

Oltre a rappresentare il dato più aggiornato disponibile, il 2008 è l'anno in cui gli effetti di una crisi generalizzata, iniziata sui mercati finanziari, si manifestano in maniera evidente, anche sul settore dei dispositivi

medici. Nella figura 5 sono riportati gli impatti sui diversi mercati dei dispositivi medici rispetto alla crisi secondo uno studio (De Backer et al., 2008).

Come si può notare, i mercati maggiormente sensibili alla crisi sono quelli la cui domanda rappresenta una spesa per investimenti (le grandi apparecchiature) e i mercati di dispositivi che rispondono a bisogni differibili (ad esempio i dispositivi dentali). Più resistenti alla crisi sono, invece, i mercati dei dispositivi *life-saving* (ad esempio i dispositivi cardiovascolari impiantabili) e delle forniture routinarie per gli ospedali, non dipendenti dalla congiuntura economica in quanto legati alla domanda ospedaliera.

**Tabella 2**

Evoluzione della concentrazione per classe di dispositivo

Fonte: nostre elaborazioni su dati ORBIS™

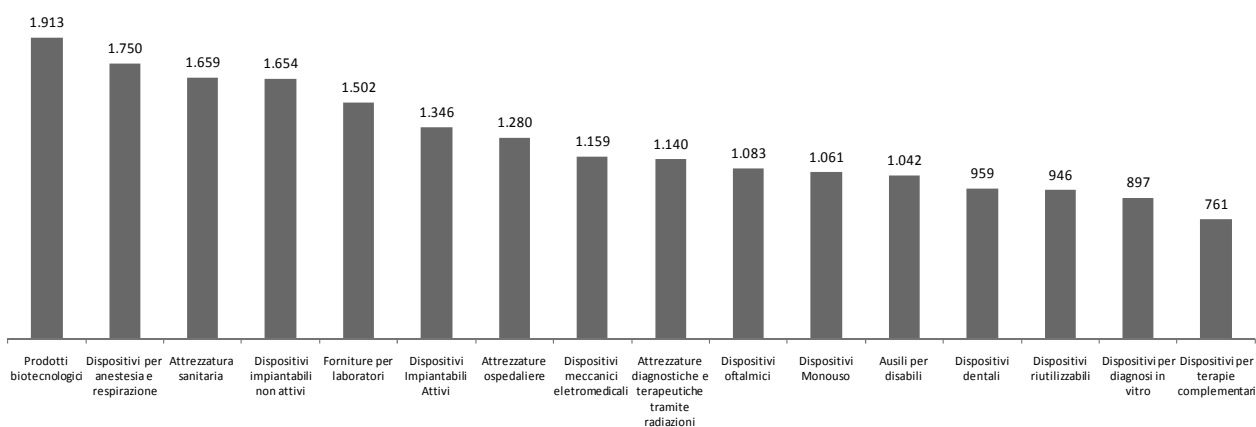
Classe di dispositivo	HHI					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dispositivi impiantabili attivi	660	2,168	2,079	2,043	1,929	1,744
Dispositivi per anestesia e respirazione	857	735	743	552	428	407
Dispositivi dentali	725	575	532	449	426	416
Dispositivi meccanici elettromedicali	342	499	529	476	452	447
Attrezzature ospedaliere	744	549	1,377	1,311	1,247	1,387
Dispositivi per diagnosi in vitro	1,080	795	564	730	707	734
Dispositivi impiantabili non attivi	586	448	922	843	923	1,000
Dispositivi oftalmici	1,470	1,129	3,158	2,978	2,953	3,045
Dispositivi riutilizzabili	582	847	855	830	813	782
Dispositivi monouso	451	350	467	454	437	464
Ausili per disabili	725	572	1,267	1,173	1,111	1,117
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	442	588	602	498	499	481
Dispositivi per terapie complementari	608	467	464	514	589	726
Prodotti biotecnologici	602	1,959	1,710	1,611	1,542	1,498
Attrezzatura sanitaria	505	431	422	441	420	448
Forniture per laboratori	564	1,527	1,581	1,485	1,270	1,330
Classe di dispositivo	Numeri indice (2003 = 100)					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dispositivi impiantabili attivi	100	328	315	309	292	264
Dispositivi per anestesia e respirazione	100	86	87	64	50	48
Dispositivi dentali	100	79	73	62	59	57
Dispositivi meccanici elettromedicali	100	146	155	139	132	131
Attrezzature ospedaliere	100	74	185	176	168	186
Dispositivi per diagnosi in vitro	100	74	52	68	65	68
Dispositivi impiantabili non attivi	100	76	157	144	157	171
Dispositivi oftalmici	100	77	215	202	201	207
Dispositivi riutilizzabili	100	146	147	143	140	134
Dispositivi monouso	100	78	104	101	97	103
Ausili per disabili	100	79	175	162	153	154
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	100	133	136	113	113	109
Dispositivi per terapie complementari	100	77	76	85	97	119
Prodotti biotecnologici	100	325	284	268	256	249
Attrezzatura sanitaria	100	85	84	87	83	89
Forniture per laboratori	100	271	280	263	225	236

Nella **tabella 2** sono riportati i dati di concentrazione (per valore dell'HHI e per numeri indice). La tabella in alto permette di confrontare i mercati in base alla maggiore o minore concentrazione, mentre la tabella in basso permette di apprezzare la dinamica dell'HHI nel tempo e comprendere per quali prodotti il grado di concentrazione sia aumentato nel tempo, e per quali sia, invece diminuito.

La gran parte dei mercati ha vissuto fenomeni di concentrazione, fatta eccezione per 4 casi (Dispositivi respiratori e per anestesia, dispositivi dentali, diagnostici in vitro, attrezzature ospedaliere).

La spiegazione per i fenomeni di concentrazione rilevati deriva, in teoria, dal mutamento del contesto competitivo e in particolare del comportamento della domanda. In pratica pesano, su molti di questi mercati,





REGIONE	Mediana
Prodotti biotecnologici	1,913
Dispositivi per anestesia e respirazione	1,750
Attrezzatura sanitaria	1,659
Dispositivi impiantabili non attivi	1,654
Forniture per laboratori	1,502
Dispositivi impiantabili attivi	1,346
Attrezzature ospedaliere	1,280
Dispositivi meccanici elettromedicali	1,159
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	1,140
Dispositivi oftalmici	1,083
Dispositivi monouso	1,061
Ausili per disabili	1,042
Dispositivi dentali	959
Dispositivi riutilizzabili	946
Dispositivi per diagnosi in vitro	897
Dispositivi per terapie complementari	761

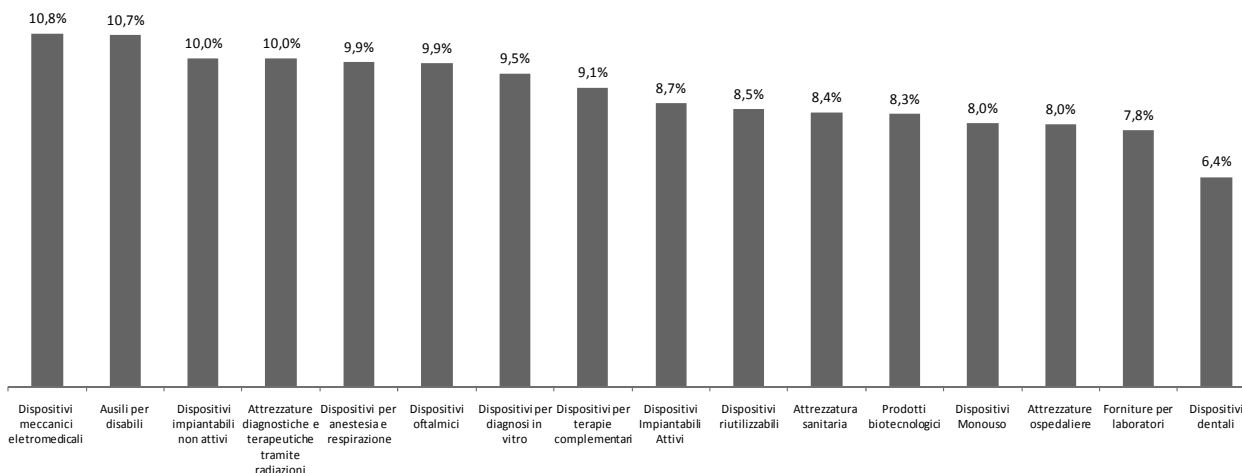
le politiche di razionalizzazione e concentrazione delle operazioni di acquisto; una possibile reazione delle imprese potrebbe essere consistita in operazione di fusione tra imprese, per far fronte a una domanda meno frammentata ed espressa sempre di più per grandi quantità.

Al contrario, laddove il mercato risulta più profittevole, le imprese tendono ad

aumentare in numero e a diluire, pertanto, l'indice di concentrazione. Il caso più esemplare è quello dei dispositivi dentali, che presentava nel 2004 un ROE particolarmente elevato, dato che ha incoraggiato molte imprese a entrare come concorrenti in questo mercato.

La **figura 6** mostra la dimensione mediana del fatturato evidenziando la rilevanza delle

**Figura 6**  
Dimensione mediana nazionale (fatturato) per classe di dispositivo (migliaia di euro)  
Fonte: Tarricone (2010)



REGIONE	Mediana
Dispositivi meccanici elettromedicali	10.8%
Ausili per disabili	10.7%
Dispositivi impiantabili non attivi	10.0%
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	10.0%
Dispositivi per anestesia e respirazione	9.9%
Dispositivi oftalmici	9.9%
Dispositivi per diagnosi in vitro	9.5%
Dispositivi per terapie complementari	9.1%
Dispositivi impiantabili attivi	8.7%
Dispositivi riutilizzabili	8.5%
Attrezzatura sanitaria	8.4%
Prodotti biotecnologici	8.3%
Dispositivi monouso	8.0%
Attrezzature ospedaliere	8.0%
Forniture per laboratori	7.8%
Dispositivi dentali	6.4%

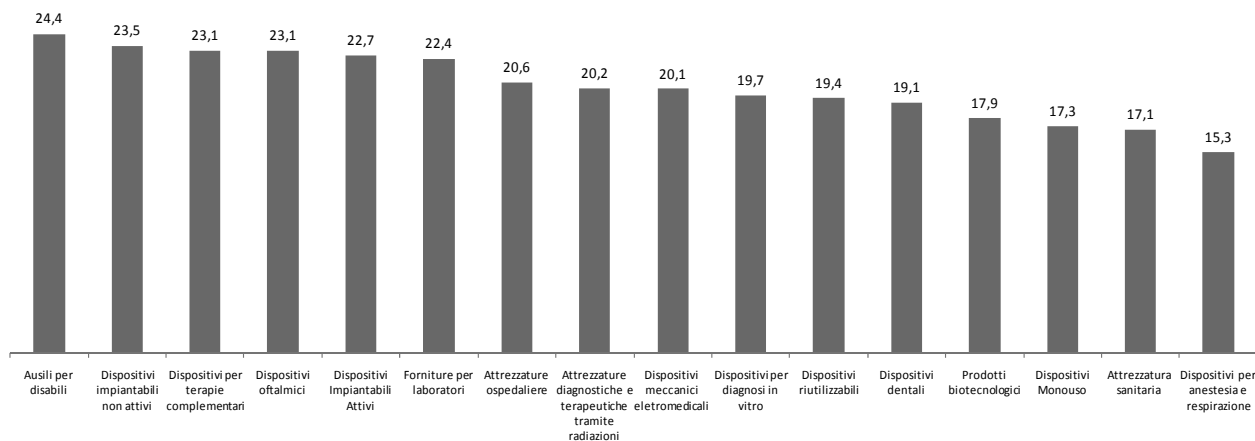
**Figura 7**

Rapporto ebitda/fatturato mediano in Italia per classe di dispositivo

Fonte: Tarricone (2010)

piccole imprese, particolarmente numerose in tutto il settore. Il fatturato mediano<sup>19</sup> è, infatti, per ognuna delle 16 classi di dispositivi, inferiore alla soglia indicata per classificare le piccole imprese (2 milioni di euro). All'interno di ogni classe vi è poi una notevole variabilità sia a livello regionale che fra le imprese operanti nei diversi stadi nella filiera.

Dal punto di vista dell'efficienza operativa (figura 7), a livello nazionale mostrano migliori performance le imprese che operano nel mercato dei dispositivi elettromedicali, il cui reddito operativo lordo mediano è pari a poco più di un decimo del fatturato, mentre i dispositivi dentali risultano il mercato con minore efficienza, con un valore dell'indicatore pari a 6,4%.



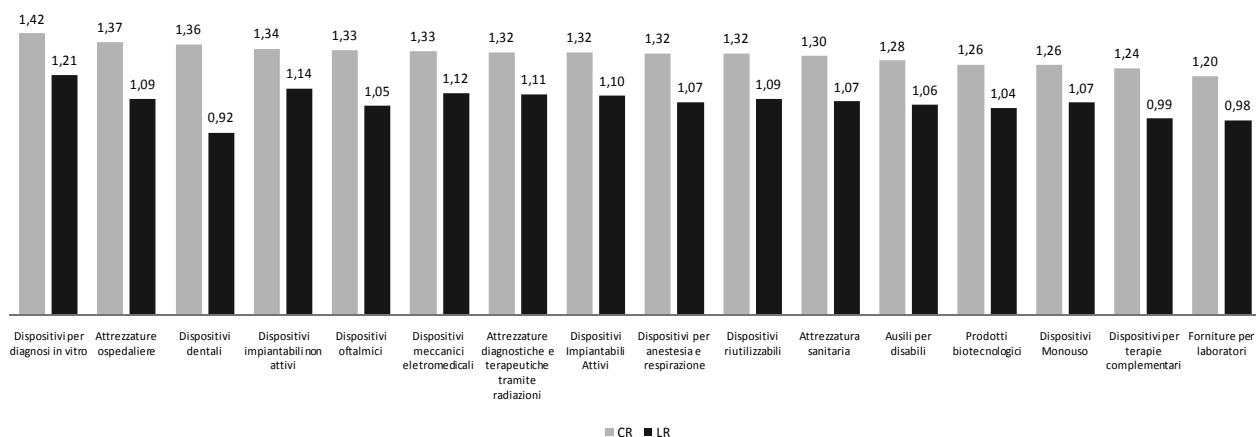
REGIONE	Mediana
Ausili per disabili	24.4
Dispositivi impiantabili non attivi	23.5
Dispositivi per terapie complementari	23.1
Dispositivi oftalmici	23.1
Dispositivi impiantabili attivi	22.7
Forniture per laboratori	22.4
Attrezzature ospedaliere	20.6
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	20.2
Dispositivi meccanici elettromedicali	20.1
Dispositivi per diagnosi in vitro	19.7
Dispositivi riutilizzabili	19.4
Dispositivi dentali	19.1
Prodotti biotecnologici	17.9
Dispositivi monouso	17.3
Attrezzatura sanitaria	17.1
Dispositivi per anestesia e respirazione	15.3

La redditività, espressa dal ROE (**figura 8**), è maggiore per gli ausili per disabili, con valore mediano del 24,4%, seguiti dai dispositivi impiantabili non attivi e dai dispositivi per terapie complementari. Meno remunerativi appaiono, invece, i *business* dei dispositivi monouso, dell'attrezzatura sanitaria, dei dispositivi respiratori e per anestesia.

Nel tempo, peraltro, la redditività di tutte le classi è diminuita, segnatamente a partire dal 2006. Infatti, se nel 2003, il settore nel suo complesso mostrava un ROE mediano quasi del 28%, nel 2008 tale valore è sceso fino al 21%.

Passando, infine, all'analisi della liquidità, è possibile apprezzare come le imprese di tutte le categorie di dispositivi abbiano,

**Figura 8**  
Mediana del ROE (Italia)  
per classe di dispositivo  
Fonte: Tarricone (2010)



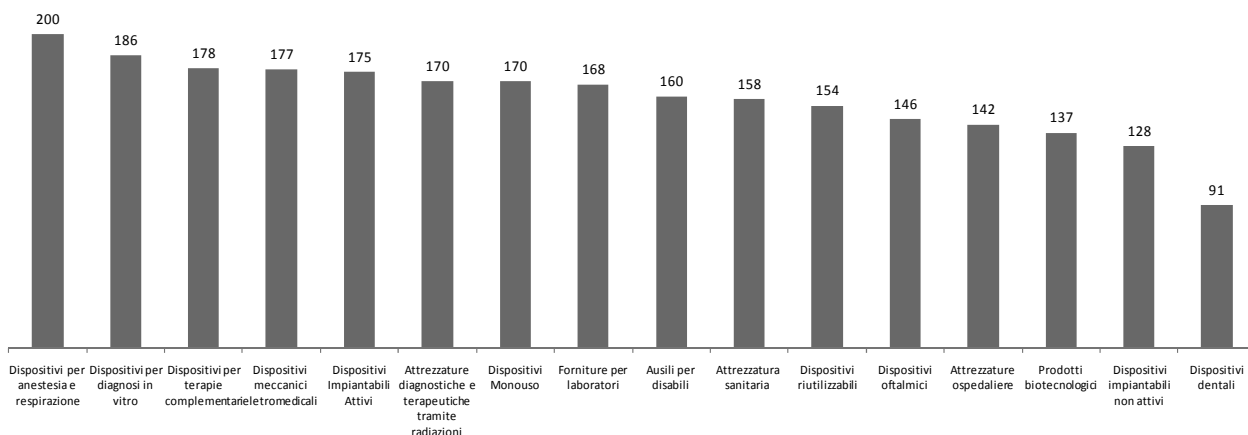
REGIONE	CR	LR
Dispositivi per diagnosi in vitro	1.42	1.21
Attrezzature ospedaliere	1.37	1.09
Dispositivi dentali	1.36	0.92
Dispositivi impiantabili non attivi	1.34	1.14
Dispositivi oftalmici	1.33	1.05
Dispositivi meccanici elettromedicali	1.33	1.12
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	1.32	1.11
Dispositivi impiantabili attivi	1.32	1.10
Dispositivi per anestesia e respirazione	1.32	1.07
Dispositivi riutilizzabili	1.32	1.09
Attrezzatura sanitaria	1.30	1.07
Ausili per disabili	1.28	1.06
Prodotti biotecnologici	1.26	1.04
Dispositivi monouso	1.26	1.07
Dispositivi per terapie complementari	1.24	0.99
Forniture per laboratori	1.20	0.98

**Figura 9**

Current ratio e liquidity ratio mediani (Italia) per classe di dispositivo  
Fonte: Tarricone (2010)

in genere, un *current ratio* maggiore di uno, il che assicura la copertura stabile delle passività a breve con le attività a breve. Il *gap* nella **figura 9** tra *current ratio* e *liquidity ratio* esprime il peso del magazzino sul capitale circolante netto. Al netto delle rimanenze di magazzino, il *liquidity ratio* segnala la capacità di copertura delle passività a breve con disponibilità liquide. Nel caso in

cui il *liquidity ratio* risulti inferiore a 1, come nel caso dei dispositivi dentali, la gestione dei pagamenti attivi e passivi diventa particolarmente critica ed è necessario riuscire a far combaciare le scadenze in entrata e in uscita al fine di non risultare inadempienti. Sotto questo profilo, anche le imprese che producono e/o commercializzano dispositivi per terapie complementari e forniture per la-



Dispositivi	Mediana
Dispositivi per anestesia e respirazione	200
Dispositivi per diagnosi in vitro	186
Dispositivi per terapie complementari	178
Dispositivi meccanici elettromedicali	177
Dispositivi impiantabili attivi	175
Attrezzature diagnostiche e terapeutiche tramite radiazioni	170
Dispositivi monouso	170
Forniture per laboratori	168
Ausili per disabili	160
Attrezzatura sanitaria	158
Dispositivi riutilizzabili	154
Dispositivi oftalmici	146
Attrezzature ospedaliere	142
Prodotti biotecnologici	137
Dispositivi impiantabili non attivi	128
Dispositivi dentali	91

boratori mostrano valori molto vicini a 1 del *liquidity ratio*.

Infine, i giorni di pagamento dei clienti (*collection period*, **figura 10**) rappresentano uno degli aspetti potenzialmente critici per il settore dei dispositivi medici, dove la controparte è spesso una pubblica amministrazione. Un *collection period* particolarmente lungo obbliga l'impresa a tenere una parte

consistente del proprio capitale sotto forma di disponibilità, al fine di poter assolvere ai propri impegni (tipicamente con scadenza media inferiore) senza incorrere in crisi di liquidità. Ciò, però, comporta un assorbimento di risorse che, per questo motivo, non vengono investite. Le imprese con *collection period* inferiore, come ad esempio le imprese operanti nel mercato dei dispositivi den-

**Figura 10**  
*Collection period* (giorni medi di pagamento) mediano (Italia) per classe di dispositivo  
Fonte: Tarricone (2010)

tali, possono permettersi di mantenere più basso il livello di liquidità (infatti, il *liquidity ratio* è inferiore a 1). Analizzando, infatti, il *collection period* di questa classe di dispositivi, si evidenzia un tempo di pagamento mediano variabile dai 115 giorni del 2003 ai 90 del 2008, circa del 70% più basso rispetto al settore in generale. La motivazione di tale differenza nella gestione della liquidità è data dalla diversa tipologia di cliente delle imprese operanti nel mercato dei dispositivi dentali. Tipicamente, infatti, l'acquirente di questi dispositivi è un ente privato (spesso di piccole dimensioni) e non una grande azienda pubblica. Ciò si riflette, oltre che in tempi di pagamento generalmente minori, anche in contratti di fornitura per volumi e durate più contenute, il che comporta una maggiore necessità di tenere impegnate rimanenze pronte per eventuali picchi imprevisti di domanda.

## 6. Conclusioni

Lo studio dettagliato del settore dei dispositivi medici in Italia, condotto sulla base dei dati di bilancio delle imprese, ha messo in luce le notevoli differenze in termini di struttura e di performance che intercorrono tra i diversi mercati di prodotto. Innanzitutto, si osserva come i prodotti sono fabbricati e venduti da imprese molto diverse (da grandi multinazionali a piccoli distributori). A questo si aggiunge il fatto che ognuno dei mercati individuati è caratterizzato da un diverso livello di dipendenza dal settore pubblico. Tipicamente, gli acquirenti di dispositivi medici sono, infatti, soggetti pubblici (Regioni, Asl, ospedali). Per i vari tipi di dispositivi, inoltre, le Regioni hanno previsto differenti modalità di acquisto, con prevedibili ripercussioni sulle performance delle imprese e sulla struttura del settore. Alcuni dispositivi, invece, sono venduti soprattutto a privati (come i dispositivi dentali) e questo ha permesso il confronto tra mercati a forte dipendenza dal pubblico (dispositivi impiantabili attivi) e mercati a minore dipendenza dal pubblico (dispositivi dentali).

Dalle analisi è emerso come, in generale, l'industria abbia evidenziato sia *trend* comuni ai vari settori (ad esempio il calo generalizzato della redditività nei sei anni considerati) sia dinamiche specifiche, riferibili solo a ogni singolo mercato. Ad esempio, alcuni

mercati si caratterizzano per elevati tempi di pagamento da parte dei clienti (dispositivi respiratori e per anestesia, diagnostici in vitro), cui si associa la necessità di tenere molte risorse in forma liquida per rispondere agli impegni finanziari a breve (*current ratio* e *liquidity ratio* elevati), mentre su altri mercati le dilazioni ai clienti sono molto meno estese nel tempo (soprattutto i dispositivi dentali, a causa della prevalenza di controparti private). I giorni di pagamento sono anche legati alla metodologia di acquisto del cliente (in particolare, con riferimento ai diversi modelli di centralizzazione). È, infatti, ipotizzabile che al crescere del livello di centralizzazione, e quindi del potere contrattuale del cliente, quest'ultimo sia in grado di imporre tempi di pagamento superiori, allungando quindi il periodo compreso tra vendita e incasso. Tutto ciò fa parte dell'analisi della liquidità aziendale, che è di fondamentale importanza per comprendere la capacità delle imprese di mantenere un buono stato di salute nel breve termine. Il complesso del settore, da questo punto di vista, ha migliorato nel tempo il proprio livello di liquidità, risultato doppiamente positivo anche in relazione a una progressiva riduzione generalizzata dei tempi di pagamento medi. Tale riduzione, tuttavia, non è stata uniforme ed è maggiore nel caso di mercati meno esposti alla domanda pubblica.

Oltre all'analisi della liquidità e della redditività, quella sull'efficienza operativa ha fatto emergere come, al diminuire della redditività, le imprese abbiano cercato di aumentare l'efficienza che, tuttavia, considerando la buona dinamica del fatturato, potrebbe trovare ancora margini di miglioramento e influenzare positivamente la redditività.

Le politiche pubbliche hanno effetto, infine, oltre che sulle singole imprese, anche sul livello di concorrenzialità dei mercati. Infatti, un cambiamento nel paradigma del *procurement* fa sì che la competizione tra imprese aumenti e non tutte riescano a mantenere il proprio spazio sul mercato. In questi casi, per contrastare la riduzione di margini, si assiste all'uscita di alcune imprese dal mercato, assieme alla fusione di altre. L'evidenza di tutto ciò è sintetizzata dall'andamento della concentrazione sui vari mercati. Infatti, i mercati a forte dipendenza dalla domanda pubblica in cui, per di più, so-

no state realizzate operazioni di centralizzazione degli acquisti, hanno evidenziato una tendenza all'aumento della concentrazione (segnatamente i dispositivi impiantabili attivi, i dispositivi impiantabili non attivi e i dispositivi riutilizzabili) mentre sul mercato dei dispositivi dentali la concentrazione si è ridotta quasi del 50%. Questo è lo specchio di un mercato, prevalentemente privato, in cui i margini reddituali nel 2004 erano molto alti (ROE > 30%), comportando l'ingresso di molte imprese nel mercato con il risultato che, al 2008, il loro numero è raddoppiato, la concentrazione quasi dimezzata e i margini reddituali si sono ridotti.

In conclusione, negli ultimi anni il settore nel suo complesso ha mostrato due tendenze principali: l'aumento del grado di regolazione (ad esempio: istituzione di osservatori prezzi, determinazione ministeriale di prezzi a base d'asta, diffusione dei modelli di acquisto centralizzati) che ha spinto le imprese a concentrarsi per fronteggiare i nuovi sistemi di approvvigionamento adottati nelle Regioni italiane, e la diminuzione della redditività, cui si sono opposti i comportamenti aziendali per migliorare la liquidità e l'efficienza. Sembra, pertanto, esistere una relazione tra politiche pubbliche e comportamenti delle imprese e loro risultati. Questa relazione non potrebbe comunque essere studiata se il settore dei dispositivi medici non venisse scomposto nei suoi «mercati rilevanti». La verifica rigorosa di quest'ultima ipotesi insieme all'approfondimento delle analisi per mercati, potrebbe costituire uno dei più importanti sviluppi della ricerca su questi temi.

## Note

1. Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, Eurostat, OCSE e Orbis™.
2. Si vedano, ad esempio, i numerosi studi condotti sul tema da Assobiomedica: <http://www.assobiomedica.it/it/analisi-documenti/pubblicazioni/index.html>.
3. Le società di persone, non presenti nel *database*, sono prevalentemente piccoli distributori locali. La loro assenza, pertanto, comporta una sottostima del fatturato complessivo a livello locale e una sovrastima della concentrazione.
4. I codici di attività classificano ogni impresa di un determinato settore produttivo. Per i dispositivi medici, la classificazione più idonea per la sua specificità, è quella che utilizza il codice attività nord-americano NAICS (*Northern American Industry Classification System*).
5. Eucomed è l'associazione europea delle imprese di tecnologie mediche.
6. Assobiomedica è l'associazione italiana delle imprese operanti nei settori dei dispositivi medici e delle tecnologie biomediche, diagnostiche, delle apparecchiature medicali, della telemedicina.
7. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=STAN08BIS&lang=en>.
8. <http://www.istat.it/lavoro/lavret/forzedilavoro/>.
9. Per potere di mercato si intende «il potere delle imprese di influenzare il prezzo del prodotto o dei prodotti che vendono» (Martin, 1989). Più precisamente, il potere di mercato è «la capacità di un'impresa di aumentare in modo profittevole il prezzo al di sopra di un certo livello competitivo» (Motta, Polo, 2005).
10. «La politica della concorrenza ha il compito di difendere la competizione sul mercato, con l'obiettivo di aumentare il livello di benessere e non di proteggere i concorrenti», Motta, Polo, (2005), cap. 2.
11. Nel 2008, il fatturato medio dei 14 distributori di dispositivi monouso è stato pari a 1,5 milioni di euro, ovvero inferiore al limite della classe dimensionale delle piccole imprese definita da Eurostat (2 milioni di euro).
12. Fa eccezione il caso di monopsonio, in cui l'acquirente è uno solo. Anche in questo caso è utile separare le due prospettive. Infatti, nella prospettiva dell'acquirente unico le imprese sostituibili possono essere diverse in ogni decisione di acquisto, mentre nella prospettiva del venditore sono concorrenti le imprese che possono soddisfare, contemporaneamente, il medesimo bisogno dell'unico acquirente.
13. Si parla in questo caso di produttori integrati verticalmente.
14. In linea teorica, sarebbe anche possibile il caso-limite di tecnologie in cui i produttori vendano i propri prodotti in via esclusiva, senza una rete di distribuzione, ma questa situazione non è stata riscontrata.
15. Per approfondimenti sulle proprietà degli indici di concentrazione si vedano, tra gli altri, Cabral (2000) e Motta, Polo (2005).
16. Non è detto, infatti, che all'aumentare del fatturato complessivo, le imprese stiano realizzando performance migliori. Ad esempio, l'aumento delle vendite totali potrebbe essere causato dall'entrata di una nuova impresa sul mercato che sottrae parte delle vendite alle imprese preesistenti (che quindi subiscono un peggioramento).
17. Più precisamente, il valore dell'*output* corrisponde alla produzione ottenuta e non solo a quella venduta, e dovrebbe ricomprendere anche la variazione delle rimanenze. Nel nostro caso, abbiamo preferito rendere coerenti gli indicatori di vendite e di incidenza dei costi operativi, penalizzando leggermente la qualità dell'indicatore come indicatore di efficienza. Le rimanenze, invece, sono più dettagliatamente analizzate con gli indicatori riferiti alla liquidità.
18. Il *current ratio* è calcolato come rapporto tra disponibilità immediate e differite + rimanenze e passività a breve. Il *quick ratio* è, invece, il rapporto tra disponibilità immediate e differite e passività a breve.
19. Si preferisce utilizzare la mediana a causa della non normalità delle distribuzioni.

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

- ANACLERIO M., MIGLIETTA M., SQUAIELLA S. (2007), *Internal auditing. Dalla teoria alla pratica*, Ipsoa, Milano.
- AREEDA P., TURNER D.F. (1978), *Antitrust Law*, Little, Brown & Co., Boston.
- BODIE Z., KANE A., MARCUS A.J. (2005), *Investments*, McGraw-hill, New York.
- BORGONOVÌ E., FATTORE G., LONGO F. (2009), *Management delle Istituzioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRUSONI M., MARSILIO M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in Eugenio Anessi Pessina, Elena Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2007, Egea, Milano.
- BRUZZONE G. (1995) *L'individuazione del mercato rilevante nella tutela della concorrenza*, AGCM.
- CABRAL L.M.B. (2000), *Introduction to Industrial Organization*, Mit Press (MA).
- CARAMIELLO C., DI LAZZARO F., FIORI G. (2003), *Indici di bilancio*, Giuffrè Editore, Milano.
- CAVALLO M.C. (2008), *Le tecnologie sanitarie e il loro ruolo nella tutela della salute. I dispositivi medici in una prospettiva europea*, Egea, Milano.
- CONCA V. (2007), « Dispositivi medici e diagnostici in vitro. Struttura, incidenza e rilevanza strategica del settore in Italia», Rapporto di ricerca SDA Bocconi.
- COMMISSIONE EUROPEA (1999), *Recommendation 2003/361/EC - Commission Recommendation of 6 May 2003 concerning the definition of micro, small and medium-sized enterprises (notified under document number C(2003) 1422)*, 2003.
- DE BACKER R., BUZZARD M.S., TYREMAN M. (2008), «The Beagle has landed: how the fittest in Healthcare can survive these (r)evolutionary times», *A Perspective from McKinsey & Company*.
- DRUMMOND M., GRIFFIN A., TARRICONE R. (2009), «Economic evaluation for devices and drugs: same or different?», *Value in Health*, vol. 12(4), pp. 402-404.
- GUGIATTI A., LONGO F. (2009), «L'assistenza odontoiatrica in Italia: analisi del settore e possibili traiettorie di evoluzione», *Mecosan*, 69, pp. 113-128.
- MARTIN S. (1989), *Industrial Economics*, Macmillan.
- MEIGS & MEIGS (1983), *Financial Accounting*, Fourth Edition McGraw-Hill, New York, 1983.
- MOTTA M., POLO M. (2005), *Antitrust. Economia e politica della concorrenza*, Il Mulino, Bologna.
- OCSE (2008), *Structural Analysis Database*, OCSE, Parigi.
- PAMMOLLI F. (2005), *Medical devices competitiveness and impact on public health expenditure*, CERM, 2005.
- POSNER R. (1976), *Antitrust Law: an Economic Perspective*, University of Chicago Press, Chicago.
- TARRICONE R. (2010), *Innovazione e competitività nei sistemi industriali regolati. Le imprese di dispositivi medici*, Egea, Milano.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE AND THE FEDERAL TRADE COMMISSION (1992 e 1997), «Horizontal Merger Guidelines».



# L'appropriatezza della spesa per grandi tecnologie mediche: il caso Veneto

PAOLA ROBERTA BOSCOLO

*Nowadays health care policies are characterized by standardization, centralization and computerization tendencies. A regional case study conducted in Veneto, focused on the new authorization mechanism and on some specific purchasing processes, shows some peculiarities of medical technologies procurement (CT, RMN, mammography, angiograph, etc.). Despite the rapid spread of centralized purchasing structures, these technologies are still purchased at the provider level. The case study shows how rationalization and cost containment do not come necessarily from standardization of the products and the processes, but could be the results of common and synergic investment strategies, based on Evidence Based Medicine (EBM) and Health Technology Assessment (HTA) principles, means to promote the most appropriate technological upgrading guaranteeing equity of access and high quality healthcare services.*

Keywords: medical technologies procurement

Parole chiave: processi d'acquisto di tecnologie mediche

Note sull'autore

Paola Roberta Boscolo, CERGAS - Bocconi

## 1. Introduzione

Il dibattito sulla funzione acquisti in sanità è oggi particolarmente acceso e assume sfumature diverse a seconda degli attori che ne prendono parte: le aziende sanitarie acquirenti ed erogatrici dei servizi sanitari e garanti ultime della tutela della salute, i livelli politici regionali e nazionale che quotidianamente si confrontano con scarsità di risorse a garantire il soddisfacimento di fabbisogni crescenti, infine, i produttori di tecnologie che rappresentano il motore primario dell'innovazione tecnologica in sanità, stimolo e strumento per il miglioramento delle capacità di cura.

Nel nostro Paese il soggetto pubblico è il principale erogatore dei servizi sanitari e pertanto il principale acquirente. Si configura quindi una relazione domanda-offerta che sconta le peculiarità di un quasi monopsonio; politiche che mutano o riorganizzano i comportamenti della domanda possono generare effetti anche considerevoli sull'offerta, quali aggregazioni, fusioni d'impresa, uscita di mercato, adeguamento qualitativo e di prezzo, ecc.

L'attenzione al contenimento della spesa caratterizza oggi tutte le politiche pubbliche, non ultime quelle sanitarie. Spesso si afferma che la spesa sanitaria «buona» può addirittura costare meno; si tratta di una sfida particolarmente attraente, ma che sconta grosse difficoltà e diversità nelle realtà regionali e aziendali. L'avvio di politiche di standardizzazione dei costi, e quindi all'origine dei prezzi e ancor prima dei processi, ha promosso da un lato politiche di telematizzazione (Buccoliero, 2009) e di centralizzazione degli acquisti, dall'altro ha

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il caso Veneto. Un tentativo per garantire l'appropriatezza degli acquisti di grandi tecnologie mediche: effetti del nuovo sistema autorizzatorio e analisi di alcuni processi
3. Conclusioni

avviato in questi ultimi mesi un dibattito legislativo sulla definizione dei costi standard e sulla creazione di *benchmark* regionali, che saranno fissati e vigenti dal 2011. Ciò dovrebbe promuovere la corsa delle giunte regionali a rendere più efficienti i processi d'acquisto o a manifestare preoccupazioni di garantire Lea e Lep utilizzando risorse e finanziamenti parametrati sulle Regioni più efficienti (Pammolli *et al.*, 2010; Turno, 2010a, b).

Un elemento che connota fortemente gli acquisti sanitari è la compresenza di una parte pubblica e una privata: aziende sanitarie e fornitori. Ciò arricchisce il rapporto contrattuale di elementi rigoristici tipici del diritto pubblico comunitario e nazionale, richiedendo simultaneamente alle aziende sanitarie capacità gestionali, di programmazione e gestione delle gare, selezione dei fornitori e delle offerte, ecc., tipiche del mercato.

Tra i beni e servizi acquisiti, le tecnologie mediche sono caratterizzate da alti livelli di complessità e innovazione, che ne determinano processi d'acquisto peculiari rispetto ad altre classi di dispositivi medici e/o farmaci. Diversamente dai farmaci, ad esempio, le valutazioni preventive agli investimenti in grandi apparecchiature non possono basarsi su certezze patologiche, su studi prospettici randomizzati; inoltre, la letteratura internazionale è piuttosto scarsa, esiste una forte variabilità di prezzo dovuta alla rapida immissione nel mercato di nuove tecnologie e anche alle diverse componenti/servizi accessori e post vendita richiesti, sommati all'influenza delle capacità dell'operatore sull'efficacia complessiva delle prestazioni (Gallo, 2010).

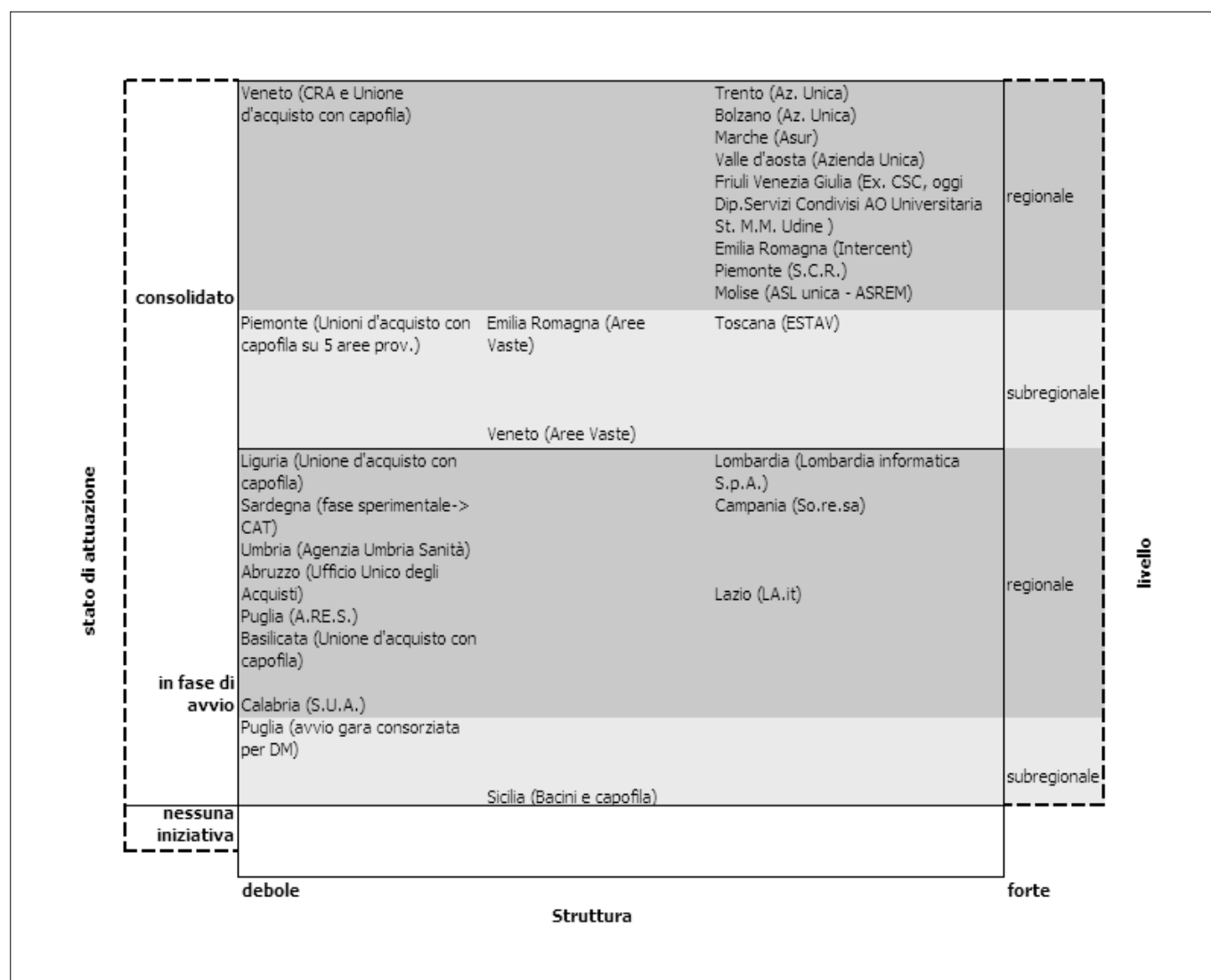
In tale contesto, emerge con forza l'interesse ad approfondire i processi d'acquisto di tecnologie mediche per fornire indicazioni di *policy* ai livelli di governo, nazionale e regionale, nonché strumenti di management alle aziende sanitarie pur sostenendo l'innovazione e la ricerca nel settore.

Pertanto si è identificato il Veneto per la realizzazione di un *case study* regionale focalizzando lo studio sul sistema di autorizzazione agli investimenti in alta tecnologia e analizzando specifici processi d'acquisto condotti negli anni più recenti, § 2. La scelta del *case study*, le cui ragioni vengono

esposte nel § 2.1, è anche frutto di alcune riflessioni condotte sulle tendenze di centralizzazione che si stanno diffondendo nel panorama italiano, § 2.2. Nel § 2.3, tra le politiche avviate dalla Regione, viene presentato nel dettaglio il nuovo meccanismo autorizzativo, dando una prima quantificazione degli effetti che questo ha prodotto attraverso l'analisi dei dati d'investimento, aggregati prima e disaggregati poi per Aree Vaste, aziende sanitarie e tecnologie. Nel § 2.4 vengono sintetizzati i risultati dell'analisi qualitativa condotta attraverso interviste semistrutturate ad alcuni principali attori coinvolti nelle funzioni di acquisto e approvvigionamento regionali e grazie alla richiesta e successiva lettura e interpretazione delle complete documentazioni di gara di sei casi. Nel § 3. si propongono alcune riflessioni conclusive.

### 1.1. Tendenze di centralizzazione

La centralizzazione si è diffusa in Italia a partire dagli anni '90, con modelli molto diversi da Regione a Regione e anche all'interno di esse (figura 1). Le esperienze nazionali si differenziano per tempi di avvio, per livello di aggregazione regionale o sub-regionale, e per il livello di strutturazione della centralizzazione, più o meno forte a seconda dell'istituzionalizzazione di organismi dotati o meno di autonomia gestionale e personalità giuridica. A rigore, potrebbero evidenziarsi decine di schemi diversi, tuttavia si può adottare una semplificazione e riconoscere essenzialmente la presenza di tre modelli: la Centrale d'acquisto regionale, la quale stipula convenzioni obbligatorie per alcune amministrazioni regionali ed enti regionali, facoltative per le altre (SCR in Piemonte, Lombardia Informatica, Intercent in Emilia Romagna, La.it in Lazio, S.U.A in Calabria, C.A.T. in Sardegna, Empulia in Puglia); la Centrale d'acquisto regionale sanitaria, che stipula convenzioni obbligatorie, ma solo in ambito sanitario, e che centralizza, oltre alla funzione acquisti, anche la gestione del personale, della logistica, degli ordini e dei pagamenti (CRAS in Veneto, l'Agenzia Umbria Sanità, l'Ufficio Unico Acquisti in Abruzzo, So.re.Sa. in Campania, ARES in Puglia); le Unioni d'acquisto sub-regionali e le Asl uniche (Trento, Bolzano, Asur nelle



Marche, ASREM in Molise), dove si assiste all'aggregazione di più Asl sul territorio per acquisti congiunti, senza tuttavia alterare l'organizzazione delle strutture sul territorio.

Poche sono ad oggi le valutazioni dell'impatto della centralizzazione che vadano oltre la mera dimensione economico-finanziaria. Alcune Regioni valutano soltanto gli impatti economici di breve periodo, altre iniziano a stimarne i benefici organizzativi, in termini di riduzione del numero di gare, semplificazione delle procedure d'acquisto, ecc. In pochissimi casi è valutato l'impatto sociale e sulla qualità, scarsa l'attenzione agli effetti sul mercato, alla soddisfazione

dell'utente o a più aspetti clinici, sociali, economici e organizzativi congiuntamente. Si veda in proposito l'«Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità» condotta dalla Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere nel 2009. Il rapporto «Centralizzazione ed esternalizzazione della funzione di acquisto da parte delle aziende sanitarie dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature» dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S., 2006) rappresenta un primo tentativo di valutazione a livello nazionale delle performance delle attività di centralizzazione avviate. Il rapporto evidenziava l'esito positivo di tutte le esperienze,

**Figura 1**  
Cluster della centralizzazione degli acquisti nelle Regioni italiane

Fonte: elaborazione a cura di Aa.Vv., Uu.Oo. Regione Toscana (a cura di) (2007), Brusoni, Marsilio (2007); Lazio L. reg. 16/2001, del. G.R. n. 1804/2001, L. reg. 14/2008; Sardegna L. reg. 2/2007 et L. reg. 3/2008; Abruzzo L. reg. 15/2004; Mariani (2010)

anche se difficile sembrava quantificare la misura della maggiore efficienza prodotta. Nel periodo luglio 2006 - dicembre 2008, le procedure di gara pubbliche centralizzate espletate in ambito sanitario sono state 2.761, per 8,3 miliardi di euro a base di gara e 6,4 miliardi di euro aggiudicati, con uno sconto medio quindi del 22,56%. Per comprendere l'effettivo risparmio conseguito occorrerebbe superare il mero differenziale tra gli importi posti a base d'asta e gli importi aggiudicati, comparando la spesa sostenuta oggi in forma aggregata rispetto a quella sostenuta con il precedente modello. Una corretta valutazione economica del risparmio generato dall'aggregazione della domanda dovrebbe basarsi inoltre sul confronto dei prezzi con quelli correnti di mercato, ottenibili al di fuori dei contratti stipulati dalle Convenzioni o da altre centrali d'acquisto regionali e sub regionali, e non con i costi di fornitura sostenuti dalle aziende sanitarie negli anni precedenti. Il rapporto rilevava, inoltre, il *trend* decrescente del numero di partecipanti alle gare, dato che potrebbe compensare negativamente gli iniziali risparmi, vedendo successivamente il ridursi delle offerte, delle varianti tecnologiche e non è da escludersi una stabilizzazione dei prezzi.

Trattandosi di politiche sanitarie, la portata etica dell'azione programmatrice non può limitarsi ai soli investimenti finalizzati all'efficienza/contrazione dei costi, ma deve anche rendere concreta la promozione dell'efficacia della produzione di salute, per tale ragione includere nelle valutazioni gli effetti clinico-sociali indotti sarebbe particolarmente auspicabile (Shah, Robinson, 2007). Il periodo di crisi sistemica attuale non è certo il migliore per strategie di largo respiro: le attenzioni sono rivolte principalmente al conseguimento di obiettivi economici di breve periodo. È, quindi, sulla variabile «prezzo» che ricadono le principali attenzioni del dibattito attuale, con la conseguente adozione di misure quali i cosiddetti Decreti prezzi emanati nel 2007 e 2008. Tuttavia il prezzo da solo (Gugiatti, Longo, 2010) non può essere l'elemento economico capace di generare benefici strutturali: garantisce un risparmio nel breve periodo, ma non la migliore qualità possibile di servizio pubblico.

## 2. Il caso Veneto. Un tentativo per garantire l'appropriatezza degli acquisti di grandi tecnologie mediche: effetti del nuovo sistema autorizzatorio e analisi di alcuni processi

2.1. Politiche di centralizzazione, istituzionalizzazione della valutazione, il nuovo sistema di autorizzazione all'acquisto

La scelta del *case study* regionale è caduta sulla Regione Veneto, in primo luogo, perché presenta un modello di centralizzazione avviato in tempi più recenti rispetto ad altre Regioni, come Toscana ed Emilia, tradizionalmente prese a riferimento, che tuttavia può dirsi oggi consolidato e su più livelli: a livello interaziendale, con il crearsi di Unioni d'acquisto spontanee per la gestione di gare a vantaggio di più aziende contigue sul territorio e che presentino fabbisogni omogenei; a livello di Aree Vaste, anche se, istituite nel 2006, vivono oggi una rifocalizzazione delle loro responsabilità più su logistica e distribuzione (del. G.R.V. 2492, ottobre 2010); a livello regionale con la creazione del Centro regionale acquisti per la sanità (Cras) nel 2008. La coesistenza di più livelli rappresenta la conclusione di un percorso avviato nei primi anni 2000, in cui a seguito della L. 405/2001, tra gli interventi urgenti per ridurre la spesa per beni e servizi, era stato approvato il «Progetto regionale acquisti centralizzati». Con esso si era promosso un gruppo di lavoro per progettare e realizzare una struttura regionale centralizzata; poi, nel Psr 2003-2005, un Comitato guida per stabilire di volta in volta il livello di aggregazione, il tipo e la rilevanza del fabbisogno, un Comitato tecnico per definire le informazioni e i prodotti necessari a soddisfare il bisogno, un'Asl capofila e un Nucleo operativo di gara per gestire le gare stesse. Alcuni degli attori principali del *procurement* regionale confermano<sup>1</sup> come, nonostante il consolidarsi della centralizzazione, anche in Veneto le grandi tecnologie non siano coinvolte da tale fenomeno.

Richiesti e analizzati i dati sulle gare condotte dal 2008, anno d'istituzione del Cras, ad oggi, si sono validate le informazioni fornite attraverso le interviste condotte e si è verificato il *trend* evolutivo delle gare in termini di volumi a base d'asta e aggiudicati

e categorie merceologiche: si registra certamente un aggiudicato a livello regionale in crescita e, come prova dell'efficienza generata, si calcola dal 2007 al 2010 un risparmio medio del 27% (tabella 1). Tuttavia, si tratta meramente della differenza tra aggiudicato e basi d'asta, più opportuno parrebbe valutare le differenze tra i prezzi ottenuti mediante la domanda aggregata e i prezzi che diversamente sarebbero stati ottenuti se le singole aziende avessero proceduto all'acquisto in modo indipendente. Nonostante manchino ulteriori approfondimenti su dimensioni valutative organizzative e strategiche oltre che economico-finanziarie, il caso Veneto presenta ormai delle esperienze consolidate, e l'interesse a valutare più approfonditamente l'efficienza prodotta è stato recentemente manifestato (del. G.R.V. 2492, ottobre 2010) con l'istituzione dell'osservatorio gare e dell'osservatorio prezzi.

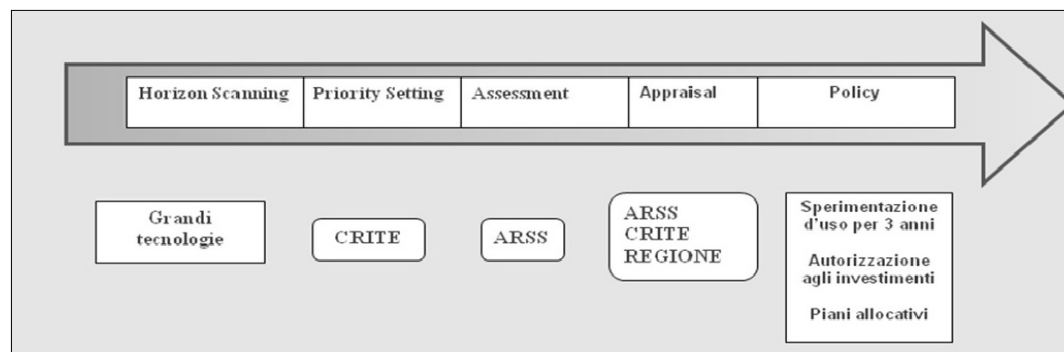
La seconda ragione che ha portato al presente *case study* è il consolidamento delle attività di valutazione economica (HTA secondo l'acronimo inglese). Se e come i principi cardine (Drummond *et al.*, 2008) della valutazione economica possano traspirarsi in strumenti a supporto delle politiche d'acquisto,

non è ancora stato provato, pertanto emerge l'interesse a indagare – come nel presente lavoro per il Veneto – se vi siano potenzialità di razionalizzazione nell'adozione e utilizzo di tali principi come strumento gestionale delle aziende stesse.

La Regione Veneto ha istituito e responsabilizzato degli organi *ad hoc* per le valutazioni distintamente di grandi apparecchiature, farmaci e più recentemente anche di dispositivi medici. Gli organi così creati sono stati, inoltre, incaricati per i distinti momenti, politici e tecnici, del processo valutativo. Per le grandi tecnologie (figura 2), l'Arss si occupa della selezione delle tecnologie rilevanti nel mercato o aventi rilievo per la forte domanda delle aziende (*Horizon scanning*), sulle quali richiede valutazioni specifiche. Successivamente, la nuova Commissione regionale per gli investimenti in tecnologia e edilizia (Crite) definisce una serie di priorità e un ordine anche temporale (*priority setting*) secondo cui condurre le valutazioni; l'Arss realizza le valutazioni stesse e presenta i risultati tecnici (*assessment*) ed eventualmente alcune indicazioni di *policy (appraisal)* in seno alla commissione; di qui, congiuntamente, l'Agenzia, la Commissione e la Giunta regionale si oc-

Tutte le categorie	Valore a base d'asta complessivo	Valore aggiudicato	Risparmio ottenuto (valore assoluto)	Risparmio ottenuto (in %)
Totale 2007	38.151.636,00	27.180.508,00	10.971.128,00	29
Totale 2008	72.615.321,00	52.696.307,00	19.919.014,00	27
Totale 2009	367.099.209,00	272.513.119,00	94.586.090,00	26
Totale 2010 (*)	35.191.824,00	19.732.203,00	15.459.621,00	44
<b>Totale anni 2007-2010</b>	<b>513.057.990,00</b>	<b>372.122.137,00</b>	<b>140.935.853,00</b>	<b>27</b>

**Tabella 1**  
Trend di centralizzazione in Veneto. 2007-2010



**Figura 2**  
L'istituzionalizzazione dell'HTA per le grandi tecnologie  
Fonte: R. Tarricone, *Innovazione e competitività nei sistemi regolati: il caso dei dispositivi medici*, 2010. Elaborazione a cura dell'autrice

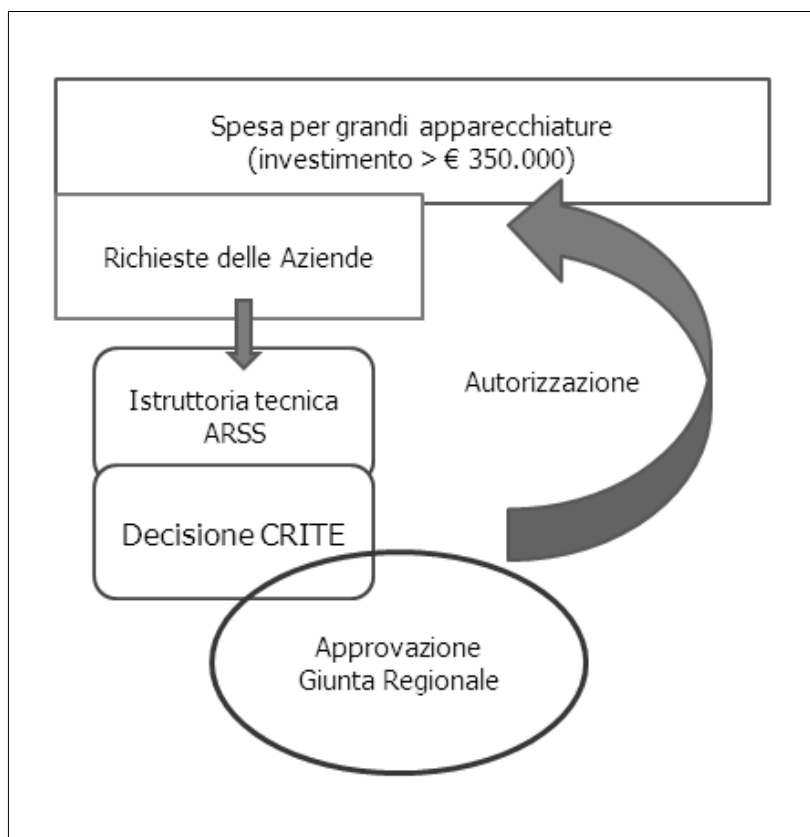
cupano del momento politico conclusivo e, quindi, di decisioni di sperimentazione d'uso di tre anni, di piani allocativi e di autorizzazione agli investimenti.

Riguardo a quest'ultimo punto, emerge la terza ragione che ha condotto alla scelta del Veneto. Dal 2008, con l'istituzione della sopra citata commissione Crite, è stato creato un nuovo modello di autorizzazione agli investimenti che ha un ruolo effettivo e capacità d'intervento sulle decisioni d'acquisto delle aziende sanitarie, per gare il cui importo a base d'asta superi il valore di 350.000 euro. Il modello attuale (**figura 3**) ha sostituito quello vigente fino al 2006, il quale era basato sulle attività del Gruppo tecnico di valutazione (GTV). Il GTV era stato istituito nel 1989, per fornire un supporto tecnico alla Direzione dei servizi sanitari nella valutazione della fattibilità e della conformità degli investimenti delle Unità locali socio-sanitarie (Ulss) e, laddove l'investimento fosse di particolare rilievo, poteva anche essere istituito un nucleo di valutazione *ad hoc*. Nel

**Figura 3**

L'autorizzazione della spesa per grandi apparecchiature

Fonte: elaborazione a cura dell'autore



1995, erano state ulteriormente scandite le fasi dell'*iter* procedurale (proposizione del progetto preliminare da parte dell'azienda, selezione dei progetti da parte della Giunta regionale, finanziamento dei progetti con provvedimento della Giunta regionale, realizzazione dei progetti da parte delle aziende) e poi ancora, nel 2003 e 2004, era stato esplicitato il compito di esprimere un parere di congruità con la programmazione socio-sanitaria regionale, di conformità sugli aspetti tecnico-sanitari, di convenienza economica e di fattibilità/sostenibilità finanziaria, sia per lavori di edilizia sanitaria che per l'acquisizione di apparecchiature tecnico-sanitarie. Nel 2006 fu sospesa l'attività del GTV per le grandi apparecchiature, adducendo l'eccessiva complessità della programmazione degli investimenti per attrezzature sanitarie e la necessità di garantire l'autonomia alle singole aziende sanitarie. Tuttavia, «la rapida evoluzione della tecnologia, la mancanza di standard che definissero in forma quantitativa il ciclo di vita di una macchina, i limiti di qualità delle prestazioni, gli standard di sicurezza per i pazienti e l'organico del personale, il diverso impatto economico e finanziario ottenibile sulla base delle diverse modalità di acquisizione»<sup>2</sup> hanno promosso la necessità e l'interesse verso nuove ed efficaci forme di razionalizzazione. In aggiunta, il momento di debolezza strutturale – dovuto al contingente e temporaneo vuoto decisionale della Segreteria generale sanità –, da un lato, e l'istituzionalizzazione delle attività di HTA sopra citate, dall'altro, hanno offerto l'opportunità di ripensare l'intero sistema e i ruoli degli attori coinvolti nelle scelte d'investimento in tecnologie sanitarie, arrivando alla creazione della nuova Commissione. Il ruolo e gli strumenti a disposizione del GTV non erano efficaci abbastanza da imprimere effettive modifiche alle decisioni aziendali, così di fatto ogni autorizzazione che passasse al vaglio del GTV veniva, poi, sempre autorizzata. La del. G.R.V. n. 1455 del 6 giugno 2008, istitutiva della Commissione, ha previsto che l'azienda richiedente un investimento che superi i 350.000 euro compili e invii all'Arss un modulo di richiesta (entro il 31 marzo di ogni anno, o in altra data se esiste una specifica emergenza, e nell'ambito del programma pluriennale e dell'elenco annuale degli investimenti aziendali) con il

quale, secondo l'ultima versione del gennaio 2010,<sup>3</sup> fornire informazioni sintetiche ma puntuali su: tipologia richiesta di autorizzazione (sostituzione, potenziamento o nuova acquisizione); motivazione e fabbisogno (Arss Veneto, 2010) che ha generato la richiesta; dettagli di potenza, specifiche tecniche, costo dell'apparecchiatura e dei servizi accessori; eventuali lavori impiantistici; modalità di acquisizione (acquisto con mezzi propri, mezzi di terzi indicando capitale di debito/interessi/oneri finanziari, locazione, comodato/donazione indicando il corrispondente valore di mercato, service); eventuali finanziamenti in conto capitale. Nel caso di potenziamento/nuova acquisizione devono essere indicate: le prevalenti patologie trattabili/diagnosticabili dimostrando che le attuali apparecchiature, anche di altri reparti/presidi dell'azienda, non possono soddisfare le necessità emergenti; le eventuali strategie di condivisione dell'investimento a livello di Area Vasta; il grado di sfruttamento massimo stimato (numero di prestazioni/anno, ore/giorno, strategie per ottenerne il massimo utilizzo); l'evoluzione epidemiologica delle patologie negli ultimi cinque anni; l'individuazione e stima delle prestazioni aggiuntive; la stima dei volumi di attività, mobilità attiva e passiva e le motivazioni presunte della mobilità; indicazione del numero di pazienti e dei tempi di attesa; le variazioni in incremento/decremento (FTE) del personale medico-tecnico-amministrativo; la stima dell'impatto economico-finanziario mediante gli strumenti del *capital budgeting* (Valore attuale netto - Van); *payback period* o tempo di recupero attualizzato; indice di profittabilità; punto di *break even*). Una volta ricevuta la richiesta, l'Arss conduce un'istruttoria di HTA i cui risultati vengono sottoposti alla Commissione; questa si incontra, in via preventiva, in una pre-Crite, a cui partecipano solo i soggetti più interessati all'investimento, e poi in una sessione finale, con tutti i membri della Commissione, durante la quale approva o rigetta la richiesta d'investimento. La Giunta è pertanto responsabile dell'autorizzazione formale, una volta che sia stato rilasciato il parere favorevole della Crite. Appare chiaro dunque che la Giunta ha oggi autorità limitatamente agli investimenti che abbiano già ottenuto approvazione dalla

Crite, ma non ha voce in capitolo rispetto a quelle rigettate.

## 2.2. Le grandi tecnologie mediche

La focalizzazione sulle grandi tecnologie mediche è stata indotta da fattori quali: la complessità delle tecnologie e dei rispettivi processi d'acquisto; l'ingente valore economico delle singole apparecchiature; l'esigua quantità di gare centralizzate sul panorama nazionale (Ciani *et al.*, 2010); l'aumentato ma discutibile (OCSE 2010) ricorso a prestazioni di diagnostica.

Si tratta di apparecchiature tecnologicamente complesse, le cui gare si aggirano almeno sul milione di euro, tra singola tecnologia e i molteplici componenti/servizi accessori. Nel 2009, un'indagine, condotta dal Cergas Bocconi in collaborazione col Ministero della salute, ha provato che, per questo tipo di tecnologie, prevalgono ancora le gare aziendali (nel 91% del campione multiregionale osservato). Nonostante la diffusa tensione al contenimento dei costi, si registra un maggior ricorso a prestazioni di diagnostica, in Italia, ma anche all'estero, con prezzi d'acquisto e costi successivi di gestione elevati per singola tecnologia. Il numero di risonanze è più che raddoppiato nei Paesi OECD tra il 2000 e il 2008.<sup>4</sup> L'accresciuto utilizzo e l'effettiva appropriatezza diagnostica di tali strumenti sono stati messi in discussione in alcuni Paesi, tra cui gli Stati Uniti. Pertanto, ridurre le prestazioni non necessarie sembra essere una prima e più che sensata via per ridurre i costi, e molti dei Paesi OCSE stanno intraprendendo studi in tale direzione (OECD 2010).

Le tecnologie mediche tuttavia rappresentano, tra i diversi settori dei DM, un settore che ha subito una battuta d'arresto più forte rispetto ad altri nell'ultima crisi finanziaria, presumibilmente sia per il valore economico della singola tecnologia sia per la possibile differibilità del fabbisogno (Baker, Buzzard, Tyreman, 2008), essendo le prestazioni di diagnostica strumentali a un processo di cura, ma non *life saving*, oppure, nel caso degli angiografi digitali, parte di un processo di cura più complesso, e comunque erogabili anche con vecchie tecnologie, seppur a scapito della qualità risolutiva delle immagini

o con maggior esposizione al rischio del paziente (Ecri, 2009).

Di fronte a prestazioni diagnostiche e spesa per prestazioni diagnostiche crescenti, appare urgente e necessario valutare l'obsolescenza delle apparecchiature installate e dare avvio a opportune politiche d'investimento e rinnovamento tecnologico perché, se da un lato l'offerta di tecnologie rischia di alimentare e stimolare fabbisogni diversamente non espressi, appare comunque cruciale e doveroso garantire qualità e sicurezza delle cure al paziente.

Per quanto attiene all'assenza di aggregazione della domanda per grandi tecnologie si possono ipotizzare alcune cause quali: la singolarità dell'evento, e quindi la mancanza di una gestione strategica di tali acquisti tra più aziende del territorio; la specificità di ogni singolo acquisto, determinata dalla complessità intrinseca alle apparecchiature e ai loro processi di acquisizione, che presentano come oggetto di gara, oltre all'apparecchiatura, una miriade di componenti differenti e pretesi dalla specialità/dipartimento per il quale l'apparecchiatura viene acquisita (ad esempio, modello base per i mammografi in un contesto di *screening*, modello con più *software* aggiuntivi per un reparto oncologico in sede preoperatoria, ecc.). Tali complessità rendono, quindi, difficile costituire lotti comuni per più aziende, viste le esigenze molto diverse e inopportuno standardizzabili. Tuttavia, l'entrata a regime di forme e centrali d'acquisto, istituite successivamente o in concomitanza ai pochi studi fino a ora condotti, potrebbe alimentare processi aggregati anche per le grandi tecnologie.

In ogni caso, si può presumere che la complessità delle grandi tecnologie sia tale da ostacolare un effettivo decollo di forme centralizzate d'acquisto e di standardizzazione. Per questo motivo ci si interroga su quali politiche pubbliche di razionalizzazione siano più adatte alle grandi tecnologie per garantire il rinnovamento tecnologico, da un lato, e l'appropriatezza della spesa, dall'altro.

### 2.3. Letteratura di riferimento sulla gestione dell'innovazione tecnologica in sanità

Conoscere le specifiche fasi di vita di una tecnologia, soprattutto se ad alto contenuto d'innovazione come le grandi apparecchia-

ture, è cruciale per programmare e gestire proattivamente sia l'utilizzo sia il ripristino o sostituzione delle stesse, mantenendo una *trend* di qualità e miglioramento costante delle apparecchiature e, conseguentemente, delle prestazioni erogate. Perciò assumono rilievo le note teorie sul ciclo di vita del prodotto, che si basano sullo studio dell'andamento nel tempo delle vendite, dall'ideazione all'obsolescenza. Rapidi processi di *upgrading*, talvolta radicali, richiedono opportune politiche d'investimento a livello aziendale, programmate e studiate anticipando il ciclo del prodotto, per compiere scelte proattive e calibrate sull'effettiva realtà aziendale e sul contesto locale.

I contributi più recenti e inerenti all'oggetto della presente ricerca sono pubblicazioni di letteratura grigia ad opera dell'industria, quindi dei principali produttori, nazionali e internazionali, associazioni di categoria, nonché *report* pubblicati da aziende sanitarie e Regioni che, particolarmente all'avanguardia nei sistemi di gestione delle tecnologie e pianificazione del rinnovamento tecnologico, hanno sintetizzato a favore della comunità scientifica e delle altre aziende/Regioni del territorio i principali risultati delle loro esperienze. Infine, è stato fornito un prezioso contributo anche dalle precedenti ricerche condotte da Cergas con la collaborazione del Ministero della salute e delle Regioni.

Sinteticamente emerge che: i criteri di appropriatezza della dotazione sono stati fissati dalle organizzazioni dei produttori internazionali e, in particolare, l'*European Coordination Committee of the Radiological and Medical IT Industries (COCIR)* dal 2003 stabilisce quelle che sono oggi considerate le *golden rules* di settore, in termini di *mix* di età accettabili e da garantire ai fini di un'appropriata dotazione. Nell'ultimo *report* pubblicato, *Age profile Mix 2009*, è confermato che le apparecchiature di età superiore ai dieci anni non debbano superare il 10% della dotazione, che le apparecchiature di età compresa tra sei e dieci anni non superino il 30%, e che almeno il 60% sia quindi dato da apparecchiature di età inferiore ai sei anni. A livello nazionale, la Federazione nazionale d'impresie elettrotecniche (ANIE), la Società italiana di radiologia (SIRM) e l'Associazione italiana di medicina nucleare (AIMN) hanno distinto per tecnologia (Tac, risonanza



magnetica, mammografi, angiografi e sistemi Pet) tre diverse età limite, per la sicurezza, la qualità e gli ammortamenti, criteri di riferimento per politiche di rinnovamento tecnologico atte a garantire almeno la sicurezza per il paziente. Queste stesse associazioni hanno condotto un censimento a livello internazionale (Aa.Vv., 2009a), e a livello nazionale (Aa.Vv., 2004) per valutare e monitorare l'obsolescenza tecnologica dell'installato rispettivamente nei principali Paesi europei e tra le diverse Regioni italiane.

Tra gli studi su esperienze regionali specifiche, di particolare rilevanza è il *report* prodotto dall'Area Vasta Centro dell'Emilia Romagna nel 2006, soprattutto per l'anticipatoria attenzione ai valori di produttività e schemi di localizzazione, quindi analisi della rete e dei bacini, per decidere sull'allocazione delle nuove tecnologie.

L'Agenda regionale socio-sanitaria della Regione Veneto, particolarmente attenta e presente sul dibattito nazionale, ha pubblicato recentemente (ARSS Veneto, 2009) il quaderno «Definizione dei criteri per l'appropriatezza allocativa delle apparecchiature di imaging clinico». La pubblicazione esalta il tema dell'appropriatezza allocativa, da intendersi come la più appropriata dotazione tecnologica della rete sanitaria dati i servizi attualmente erogati dalle strutture sanitarie del territorio, e quindi a monte data la domanda in termini sia qualitativi (tipo di servizi richiesti) che quantitativi (numero di prestazioni erogate). Estranee al concetto sono riflessioni circa i livelli ottimi di domanda e quindi di prestazione diagnostica e di cura, ambito più propriamente di competenza medica. I criteri esposti nel quaderno sono gli stessi utilizzati dalla Regione in sede di autorizzazione delle richieste d'investimento in grandi tecnologie, e rappresentano un riferimento importante anche per le altre Regioni in termini di approccio metodologico alla pianificazione e regolazione degli investimenti (Basilicata, Calabria, Sicilia e Abruzzo hanno già manifestato interesse per il modello d'autorizzazione veneto e i criteri adottati) (Arss Veneto, gennaio 2011). Emergono, pertanto, i concetti di efficienza allocativa, definita come la condizione in cui «non è possibile alcuna riorganizzazione della produzione che migliori le condizioni generali di sistema», in opposizione al con-

cetto classico di *cost-effectiveness*, diffusamente adottato nel mondo anglosassone e che ben si adatta a farmaci o terapie e cure di cui sia possibile invece quantificare bene gli effetti. Viene sottolineata l'importanza dello studio della rete e la propensione a identificare punti baricentrici per definire modelli *hub and spoke* quanto più proporzionati ai fabbisogni clinici e alle casistiche effettive dei diversi bacini aziendali o di area. Un'ultima nota su tale studio è l'aver promosso politiche di razionalizzazione fondate su evidenze scientifiche e, quindi, ad esempio aver indagato le prestazioni mediamente erogate e, conseguentemente, aver fissato dei limiti *ad hoc*: che vi sia una sola RM ad alto campo per azienda/Ulss, essendo le RM a basso campo sufficienti a erogare il 95% delle prestazioni fornite dalle 23 aziende del Veneto (osteoarticolari, neuroradiologiche e del torace); che sia necessario, per i mammografi, il modello base con *workstation* per tutte le strutture di *screening*, mentre devono dotarsi dei diversi *software* aggiuntivi i soli dipartimenti che abbiano la necessità di condurre indagini più approfondite, come ad esempio un centramento preoperatorio; similmente, per le TC, che solo le Asl di Provincia, le Ao e gli Ircss possano dotarsi del modello a 64 e più *slices*.

L'indagine del Cergas (Aa.Vv., 2009b) sulle grandi apparecchiature ha fornito, invece, alcune evidenze, oltre che sui volumi d'acquisto, sui modelli d'acquisizione: la prevalenza, su un campione di 256 gare di cinque diverse Regioni, di gare aziendali (91%), di procedure aperte (56%), dell'acquisto rispetto ad altre forme di finanziamento (66%), il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa utilizzato nella quasi totalità dei casi, un rapporto qualità-prezzo per la valutazione delle offerte espresso in modo spesso molto generico, con i punti qualità riferiti unicamente a caratteristiche tecnico-funzionali dell'apparecchiatura.

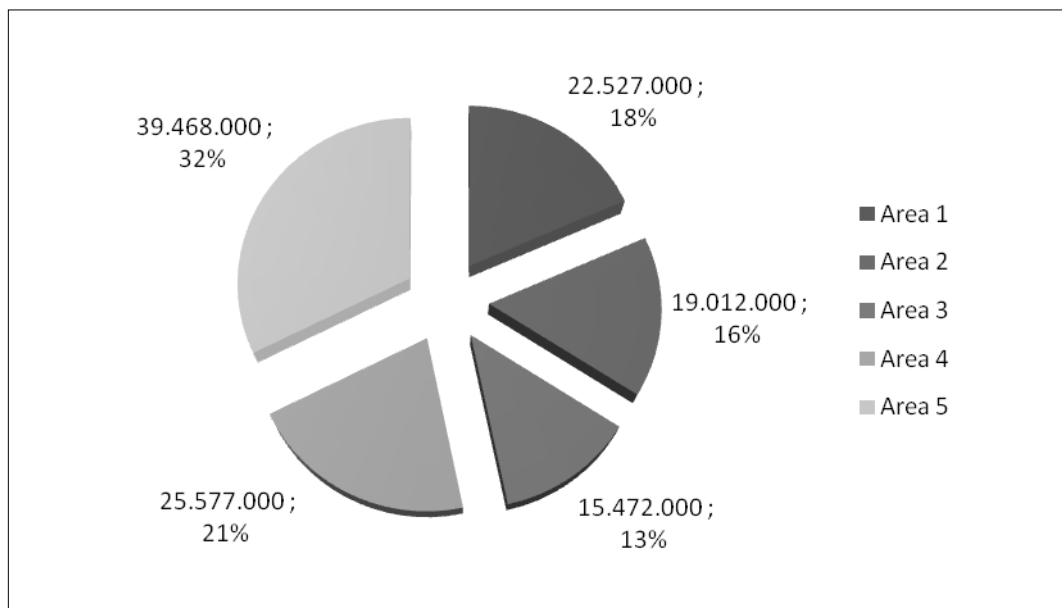
#### 2.4. Gli effetti del nuovo sistema d'autorizzazione

Grazie all'Arss, Unità ricerca e innovazione, sono stati raccolti e analizzati i dati d'investimento riferiti agli ultimi due anni e, dunque, successivi all'istituzione del nuovo meccanismo autorizzatorio, aggregati prima

**Figura 4**

Investimenti per grandi apparecchiature autorizzati per Aree Vaste

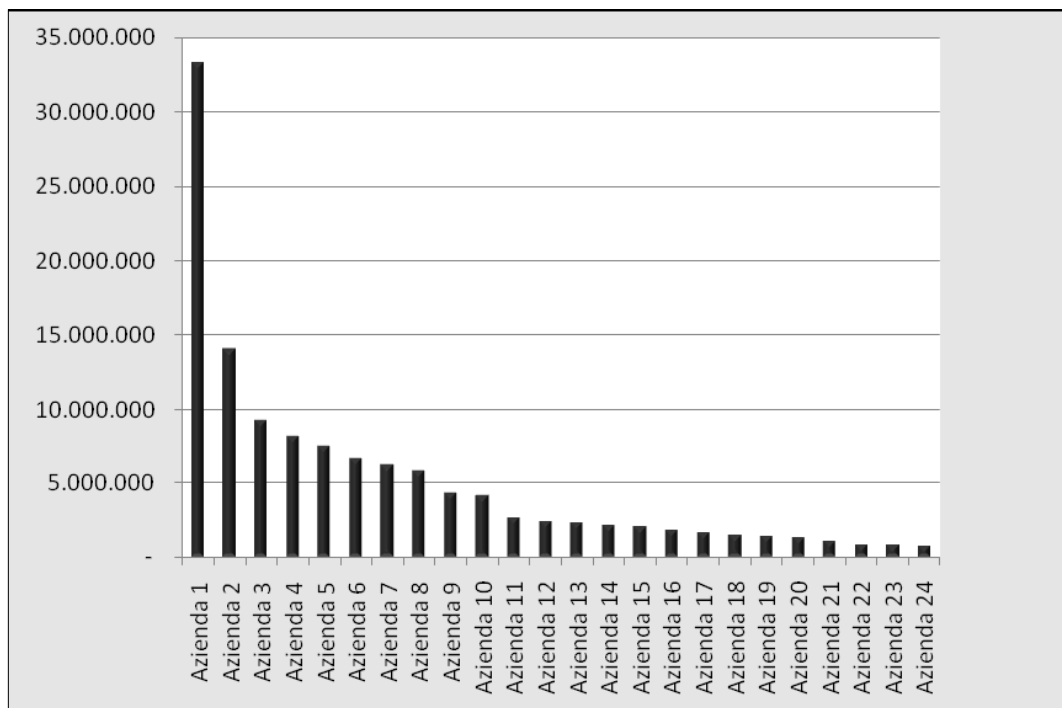
Fonte: elaborazione dati 2008-2010, Unità Innovazione e Ricerca, Arss Veneto



**Figura 5**

Investimenti per grandi apparecchiature autorizzati per singola azienda

Fonte: elaborazione dati 2008-2010, Unità Innovazione e Ricerca, Arss Veneto



e disaggregati poi per area vasta, per azienda e per tecnologia (figure 4 e 5).

Il nuovo sistema di autorizzazione ha sicuramente razionalizzato *ex ante* gli investimenti, basta soffermarsi sui seguenti indicatori di sintesi: date 150 pratiche analizzate,

114 sono stati gli investimenti autorizzati, per un valore di oltre 120 milioni, e 36 le autorizzazioni non concesse, con un risparmio di circa 20 milioni di euro. Alcune motivazioni addotte per giustificare la mancata autorizzazione sono state: i livelli di potenza

inappropriati, la non obsolescenza dell'apparecchiatura di cui veniva richiesta la sostituzione, l'incoerenza dell'investimento con la programmazione aziendale o di area, l'insufficienza del bacino d'utenza, ecc. Nonostante tale freno al rinnovamento tecnologico, l'età media su base annua (2008-2009) si è comunque abbassata, a prova del fatto che la razionalizzazione è comunque volta a promuovere l'*upgrading* tecnologico dove urge farlo.

L'analisi della distribuzione degli investimenti per aziende e per Aree Vaste, seppur nell'anonimato di queste, permette tuttavia di evidenziare alcune criticità: emerge una situazione molto disomogenea sia tra Aree Vaste sia tra aziende (*Aree Vaste*: 32%, 18%, 16%, 13%, 21%, *aziende*: Az. 1 33.286.000 di euro, Az. 2 4.066.000 di euro, 5.790.000 di euro < 6 aziende < 9.254.000 di euro, 2.054.000 di euro < 7 aziende < 4.266.000 di euro, 6 aziende intorno a un milione di euro, 3 sotto il milione).

Tra i principi in cui crede fermamente l'Arss spicca il concetto di studio della rete e dotazioni tecnologiche proporzionate ai bacini d'utenza e, quindi, al numero di prestazioni erogate, all'accessibilità della struttura e ai tassi di mobilità attiva. L'interpretazione dei dati di investimento disaggregati sovra esposti, senza ulteriori meccanismi di standardizzazione sulla popolazione residente e dati i tassi di mobilità attiva e passiva, porterebbe a conclusioni negative, ma semplicistiche in merito all'effettiva capacità dei principi di appropriatezza allocativa di rendere la rete omogenea sul territorio. La forte disomogeneità nella dotazione tecnologica della Regione sarebbe giustificabile se le aziende con la massima dotazione fossero poli di riferimento, aziende ospedaliere universitarie caratterizzate da alti tassi prestazionali e di ricerca, ma potrebbero diversamente sussistere anche sovra e sottodotazioni non fondate su scelte strategiche e di efficientamento della rete. Per esprimere giudizi corretti sul dato rilevato, occorrerebbero certamente ulteriori approfondimenti resi ora impossibili dall'anonimato delle aziende e delle Aree Vaste.

Date le autorizzazioni per tecnologia, è stato possibile creare inoltre una scheda sui costi medi delle tecnologie (**tabella 2**). Tuttavia, va notato come le statistiche di costo

medio, ora promosse per realizzare *benchmarking* regionali e nazionali, ma anche per fornire in sede di gare successive dei riferimenti di prezzo del contesto regionale, rischiano di essere distorsive, soprattutto se i costi medi di apparecchiature così complesse vengono adottati nell'ambito del ripensamento dei sistemi di finanziamento dei diversi Ssr. Occorrerebbe pertanto indagare su ulteriori aspetti, come: le diverse componenti di costo che generano il costo finale di ogni singola gara; la diversità dei beni acquisiti (apparecchiatura e servizi accessori); il diverso impatto di differenti modalità d'acquisto; il livello di aggregazione della domanda; i criteri di selezione dei fornitori e delle offerte. Talvolta, ad esempio, non è tanto il prezzo della singola apparecchiatura a variare da gara a gara, o da offerta a offerta nell'ambito della stessa gara, quanto piuttosto il prezzo delle componenti accessorie. Ad esempio, in una gara del campione studiato, tra le offerte

**Tabella 2**  
Costo medio d'acquisto regionale per apparecchiatura  
Fonte: elaborazione dati 2008-2010, Unità Ricerca e Innovazione, ARSS

Apparecchiatura	Costo medio
RM INTRAOPERATORIA	6.500.000
TOMOTERAPIA	4.600.000
PACS	4.150.000
PET/TC	2.600.000
CYBERKNIFE	2.500.000
ACCELERATORE	2.406.000
CICLOTRONE	2.250.000
<b>RM</b>	<b>1.195.733</b>
EMODINAMICA DIGITALE	1.000.000
<b>ANGIOGRAFO</b>	<b>991.444</b>
SISTEMA CHIRURGICO ROBOTICO	960.000
LASER ECCIMERI	768.000
IORT	750.000
<b>TAC</b>	<b>708.818</b>
LITOTRITTORE	680.000
GAMMACAMERA	630.000
TELECOMANDATO RADIOLOGICO	544.833
RADIOLOGIA POLIFUNZIONALE	528.000
LASER	480.000
DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	476.000
NEUROVAWE	430.000
<b>MAMMOGRAFO</b>	<b>360.556</b>
ECOVIDEOGASTROSCOPIA	360.000
RADIOLOGIA DIGITALE	320.000

In **grassetto** i costi medi delle apparecchiature di cui sono stati analizzati specifici processi d'acquisto.

presentate, il prezzo dei mammografi varia del +/- 23%, mentre il prezzo dei sistemi accessori di stereotassi del +/- 44%. In letteratura (Aa.Vv., 2007), è stato presentato un caso simile per le Tac: su dieci acquisti, di Regioni diverse, per la stessa tecnologia, Tac 64 slices, si è riscontrata una variabilità del +/- 70% sul prezzo finale e la causa di ciò parrebbe essere la richiesta o meno di workstation di refertazione, software per determinate patologie, adeguamento locali e ulteriori servizi accessori.

## 2.5. L'analisi di alcuni processi d'acquisto di grandi tecnologie mediche

In seguito a interviste semistrutturate, a livello regionale prima, (Direttore e alcuni dirigenti dell'Arss, Unità ricerca e innovazione e Unità sistemi di management, dirigente responsabile dei programmi di HTA presso la Direzione risorse socio-sanitarie, dirigente del Cras) e aziendale poi (responsabili funzioni acquisti, economato, ingegneria clinica, medicina specialistica), sono state rilevate le peculiarità che caratterizzano gli acquisti di grandi tecnologie, le diversità rispetto ad altre classi di dispositivi più facilmente standardizzabili, nonché i meccanismi di autorizzazione agli investimenti sopra esposti ed evinti dalla normativa vigente e gli equilibri che intercorrono tra le aziende richiedenti e i livelli regionali (Agenzia, Commissione e Giunta).

Per entrare nel vivo dei processi d'acquisto e analizzare direttamente gli elementi caratterizzanti le gare per l'acquisizione di grandi apparecchiature, è stato selezionato un campione di sei processi d'acquisto. La popolazione di riferimento è il censimento delle grandi apparecchiature del Veneto, condotto dall'Arss per le apparecchiature di costo superiore ai 350.000 euro, dal Cras per apparecchiature di costo inferiore. I criteri di selezione adottati per la selezione del campione sono stati: la tecnologia oggetto di gara, per avere almeno una gara per tecnologia (Tac, apparecchiature radiologiche, mammografi, angiografi); la data di aggiudicazione e il modello di autorizzazione regionale vigente per verificare le eventuali differenze sulle documentazioni di gara e sui rapporti intercorrenti tra aziende e Regioni; il livello della gara: quattro aziendali e due sovraziendali in

Unione d'acquisto; il valore economico, così che una delle due gare in Unione d'acquisto, per un valore unitario dei mammografi inferiore a 350.000 euro, non ha richiesto l'autorizzazione regionale.

Per ogni gara selezionata, è stata richiesta, e successivamente analizzata, l'intera documentazione di gara: richiesta d'investimento, bando, capitolato d'onere, capitolato speciale, delibere intermedie, delibera di aggiudicazione, contratto. Contestualmente alla richiesta delle documentazioni di gara, è stato predisposto e inviato alla struttura selezionata – al provveditorato e/o all'ingegneria clinica – un questionario il cui schema stesso, in alcuni casi, è divenuto traccia per l'intervista fisica o telefonica del responsabile del procedimento.

I processi di gara sono così stati minuziosamente ricostruiti, ripercorrendone le singole fasi, per evidenziare le criticità incontrate dagli attori coinvolti e indagare se vi fossero o no alcune relazioni tra il livello della gara, il sistema d'autorizzazione e le capacità gestionali aziendali, evinte dalla lettura e interpretazione delle documentazioni di gara e delle interviste/questionari.

Lo studio delle documentazioni di gara ha permesso, inoltre, di ricostruire la storia dei singoli processi, evidenziando il fabbisogno che ha generato la richiesta d'acquisto, la stazione appaltante, le procedure e modalità d'acquisto adottate, le tecnologie, gli accessori e i servizi connessi pre e post vendita, i diversi lotti costituiti all'interno di una stessa gara, i criteri di preselezione dei fornitori, i criteri di valutazione delle offerte e di aggiudicazione prescelti, la rilevanza delle variabili prezzo e qualità, eventuali dati aggiuntivi circa la presenza di finanziatori privati, ecc. Si ricostruiscono di seguito le «storie» dei singoli processi esaminati.

*ULSS 21 LEGNAGO (VR): Procedura aperta per la fornitura di una Tac multistrato e di due mammografi digitali.*

Procedura ante Crite, senza istruttoria di HTA da parte dell'Arss, con solo parere favorevole da parte del GTV. Non viene indicato l'utilizzo medio – numero di prestazioni medie per anno – notazione che a parere dell'Arss dovrebbe essere fornita *ex ante*, per permettere ai produttori di offrire apparecchiature non soltanto efficienti ed efficaci

di per sé, ma anche in relazione all'utilizzo che ne verrà fatto. Tuttavia, emerge notevole cura e precisione nella redazione degli atti di gara e nella gestione della gara stessa. Si nota che fissare delle indicazioni minime molto precise e poi dei sub-criteri e sub-punteggi molto dettagliati significa fornire alla commissione giudicatrice strumenti più rapidi ed efficaci per comparare le offerte. Ma, se i componenti delle commissioni hanno partecipato anche alla redazione del capitolato a monte, è plausibile immaginare commistioni di interessi ed eventualmente la fissazione di parametri e criteri che favoriscono alcuni fornitori piuttosto di altri.

*ULSS 07 Pieve di Soligo: licitazione privata per l'acquisto di due Tac 64 slices per Vittorio Veneto e Conegliano.*

Licitazione privata; raggruppamenti temporanei di imprese; varianti ammesse e, quindi, molte e diverse le opzioni proposte dalle diverse ditte; criteri di selezione dei fornitori invitati non rilevanti; criteri e sub-criteri di definizione della qualità tecnica ben definiti; procedura d'acquisto collegata a una riorganizzazione ospedaliera. Autorizzazione rilasciata dal GTV, il quale non esprime però alcun parere relativamente alla riorganizzazione stessa.

Richiesta d'acquisto provenuta dai medici, per obsolescenza. Tuttavia, se per una delle apparecchiature sostituite ciò non solleva dubbi, poiché acquistata nel 1997, l'altra, trasferita ad altro ospedale, avrebbe potuto essere ancora utilizzata. Il criterio oggi vigente, circa l'appropriatezza di avere 2 Tac 64 slices così vicine sul territorio, avrebbe probabilmente reso difficile l'autorizzazione, tuttavia – secondo il sistema allora operativo – si è legittimata una scelta principalmente riorganizzativa, così come voluta dai medici. La gara e i criteri di valutazione sono stati curati in collaborazione da provveditorato, medici e servizi tecnici. Un unico budget è stato previsto per le apparecchiature e i servizi accessori. Il caso evidenzia, da intervista, il favore degli operatori verso la reintroduzione dell'appalto concorso, con valutazione contestuale dei progetti tecnici e delle offerte economiche e interesse a utilizzare disciplinari/capitolati standard regionali per tecnologia. Emerge anche la necessità di una formazione aziendale sui temi dell'HTA

per supportare le attività di gestione delle gare stesse.

*ULSS 15 Alta Padovana: procedura aperta per la fornitura di apparecchiature radiologiche ad alcune aziende sanitarie dell'Area Vasta di Padova.*

Tra i primi processi autorizzati dalla Crite, con previa compilazione della nuova scheda per la richiesta d'investimento e istruttoria tecnica da parte dell'Arss. Nella richiesta, l'azienda illustra chiaramente la necessità dei mammografi digitali per i programmi regionali di *screening* e prevenzione secondaria del cancro della mammella, richiamando le indicazioni di SIRM.<sup>5</sup> Nonostante la palese coerenza con la programmazione di *screening* regionale, è tuttavia discutibile che, nonostante l'autorizzazione della Commissione sia oggi prescrittiva, il processo sia stato gestito fino all'aggiudicazione provvisoria ancor prima di ottenere l'autorizzazione. Solo il perfezionamento dei contratti è stato subordinato all'autorizzazione regionale; l'azienda capofila spiega come ciò sia stato dettato dalla volontà di portare a termine una delle prime gare per grandi tecnologie a livello di Unione d'acquisto. Il nuovo sistema di approvazione regionale non ha, dunque, allungato i tempi, se non nella fase di esecuzione del contratto. Si nota, inoltre, come criteri generali e uguali per tutti i lotti responsabilizzavano ampiamente la commissione giudicatrice, esponendola ai connessi rischi di contenzioso. È stato, infatti, intentato un ricorso, adducendo come motivazione proprio la scarsa chiarezza e congruità dei criteri di selezione. In realtà, la ragione dell'esclusione era dettata dall'insufficienza di una componente (tecnologia di stereotassi), pertanto il Tar ha confermato la scelta della Commissione. La complessità aumenta con l'aggregazione delle stazioni appaltanti e criteri unificati per lotti semplificano solo apparentemente i lavori della Commissione, pertanto è auspicabile una maggiore precisione nella redazione dei capitolati. Da questionario risulta che: la scelta scaturente l'unione d'acquisto si è facilmente concretizzata grazie alla presenza di un numero limitato di interlocutori (tre Dg, due medici e due amministrativi); la sostituzione è avvenuta per obsolescenza; alle fasi di predisposizione dei documenti di gara hanno partecipato sia

provveditori, sia medici, sia ingegneri clinici; viene sottolineata (al 2007) una carenza normativa in termini di criteri di valutazione; le attività istruttorie e di HTA, a parere della capofila, sarebbero più utili se anticipate alla fase ante richiesta di definizione del bisogno; esistono fiducia e interesse per gli sviluppi futuri dell'HTA; è condivisa infine la necessità di costanti formazione/aggiornamento sulle tecnologie disponibili sul mercato e di *benchmarking* con Arss/aziende sanitarie del Veneto.

*ULSS 12 Venezia: Procedura ristretta accelerata per la fornitura di apparecchiature radiologiche per l'U.O. di Radiologia del P.O. di Venezia.*

Caso d'emergenza per obsolescenza, affrontato nella fase di passaggio dal GTV alla Crite, anticipando le tempistiche di approvazione da parte dell'azienda che ha comunque proceduto alla realizzazione della gara ristretta, riservandosi di bloccare l'aggiudicazione, se non fosse stata autorizzata. I meccanismi di controllo regionale in fase di riavvio dell'attività autorizzatoria hanno privilegiato i casi d'emergenza. Elemento peculiare della gara è l'acquisto di apparecchiature, come la TC *multislice*, di alto impatto economico e con necessaria approvazione, insieme ad apparecchiature di importo ben più contenuto. Dettaglio e precisione caratterizzano la richiesta dell'azienda nell'illustrare motivazioni, fabbisogno, stima delle prestazioni – per il territorio locale e per l'Area Vasta –, stima dell'impatto economico-finanziario e i tempi di recupero dell'investimento.

*ULSS 14 Chioggia: Procedura aperta per l'acquisizione di un angiografo fisso per la sala di emodinamica dell'U.O. di Cardiologia del P.O. di Chioggia.*

Proceduta autorizzata dalla Crite, con parere favorevole dei Direttori generali delle Ulss di Area Vasta; acquisto motivato dall'imminente apertura di una nuova Unità coronarica, con l'impiego di risorse umane di alta specializzazione in sinergia con strutture già affermate e operanti in ambito provinciale. Il caso esemplifica la possibile influenza di fattori legati a talune specificità sulle scelte di investimento. I principi di HTA, in questo caso, devono rapportarsi con alcune variabili di forza, quali la presenza di

alcune figure che, dotate di autonomia e riconoscimento nel promuovere investimenti, creano o riorientano i flussi prestazionali, promuovendo l'*upgrading* tecnologico a favore del paziente e della diffusione di specifiche competenze.

*Ulss 19 Adria: gara sovraziendale - procedura aperta per la fornitura di cinque mammografi digitali.*

I prezzi decrescenti della tecnologia rendono meccanismi ambiziosi, come il sistema di autorizzazione Veneto, vani se non aggiornati, con un costante studio del mercato di riferimento e adeguamento al ribasso delle soglie. Il caso, essendo il prezzo dei mammografi sceso al di sotto della soglia dei 350.000 euro, non ha richiesto l'autorizzazione regionale.

Tra i sub-criteri di definizione della qualità si notano criteri nuovi rispetto a quelli delle altre procedure analizzate, quale il riferimento specifico all'adeguatezza dell'apparecchiatura al contesto e modo in cui verrà condotto lo *screening*, nonché rispetto alla dose. Anche per quanto concerne il prezzo, è presente una diversa formula di allocazione dei punteggi tra le diverse componenti di costo. Si nota tra le offerte una variabilità di prezzo notevole, non tanto per l'apparecchiatura stessa, quanto per i dispositivi a essa strumentali.

#### *Evidenze delle analisi condotte*

La scelta della procedura aperta o negoziata è dettata dall'urgenza dell'acquisto e non tanto da considerazioni di convenienza economica; i criteri di selezione dei fornitori nei casi di procedure ristrette non sono rilevanti o neppure evidenziati, quando invece occorrerebbe chiarire sia i criteri tecnico-professionali sia quelli economico-finanziari di preselezione; il criterio di aggiudicazione è in tutti i casi l'offerta economicamente più vantaggiosa, quasi sempre con un rapporto qualità/prezzo 40/60, uniformandosi all'indicazione regionale di privilegiare il prezzo contenuta nella del. G.R.V. 3576, 15 novembre 2006. I 40 punti dedicati alla qualità sono, di volta in volta, declinati in modo più o meno puntuale, a seconda del gruppo tecnico di gara, non esistendo delle prescrizioni specifiche in proposito. Gare avviate prima

e dopo l'istituzione della nuova Commissione non presentano documentazioni di gara sensibilmente differenti, in termini di chiarezza espositiva e completezza delle schede di richiesta dell'investimento. Ad esempio, sono presenti valutazioni sulle prestazioni pregresse e prospettive in alcuni casi avviati prima dell'istituzione della Crite, e nell'acquisto senza autorizzazione, sebbene non fossero obbligatorie, non invece in uno dei tre casi autorizzati successivamente dalla nuova Commissione.

Le gare, autorizzate dal GTV o dalla Crite o senza autorizzazione regionale, non presentano documentazioni sensibilmente differenti; non è possibile pertanto cogliere relazioni evidenti tra i diversi sistemi di autorizzazione – dati e valutazioni preventivi richiesti alle aziende e relativi *feedback* forniti dalla Regione – e la qualità delle documentazioni, che dovrebbero riflettere le capacità gestionali delle aziende. Corrette e puntuali documentazioni, con chiara enunciazione dei criteri di preselezione e di valutazione, sono certamente uno strumento che facilita la buona conduzione delle gare e migliora le capacità gestionali delle strutture. Qualità e precisione delle documentazioni sembrano essere aspetto delle capacità degli operatori della funzione acquisti, piuttosto che conseguenza del sistema d'autorizzazione. Capacità e volontà di declinare puntualmente i criteri di selezione delle offerte sembrano essere influenzate dai meccanismi interni alle aziende, alle commissioni e ai rapporti tra i soggetti coinvolti. È quindi importante promuovere la collaborazione tra la componente medica e quella tecnico-amministrativa nell'agire congiuntamente e ricercare eventuali sinergie nella programmazione degli investimenti di aziende dell'Area Vasta di pertinenza.

Si ribadisce che le grandi tecnologie non sono state toccate notevolmente dalle tendenze di centralizzazione, tuttavia si registrano alcune prime esperienze in Unione d'acquisto per grandi tecnologie, frutto di collaborazioni dal basso, spesso innescate anche dall'erogazione di finanziamenti da parte di istituzioni locali. Le gare sovrazienziali sono certo caratterizzate da una maggior complessità, che deriva dal numero elevato di lotti e offerte, criteri qualità e prezzo da definire distintamente per lotti, maggiori at-

tori coinvolti, ripetute sedute della commissione giudicatrice.

In tutte le gare analizzate, a prescindere dal grado di aggregazione della domanda, emerge la difficoltà a distinguere e valorizzare le diverse componenti di costo e l'effettiva onerosità di contratti di manutenzione, a più anni e per alcune o tutte le componenti richieste nel contratto (si vedano le **tabelle 3 e 4** per i dati di sintesi).

### 3. Conclusioni

La centralizzazione, ai vari livelli in cui si sta configurando – regionale, d'Area Vasta, o frutto di collaborazioni interaziendali spontanee – non connota oggi in modo deciso gli acquisti di grandi tecnologie. Il recupero di efficienza da parte delle aziende sanitarie non deve necessariamente passare attraverso forme di aggregazione della domanda. Il caso Veneto esemplifica come, nel settore delle grandi tecnologie mediche, possano svilupparsi forme di razionalizzazione basate piuttosto su criteri di efficienza allocativa. Inoltre, decisioni di politica sanitaria supportate da studi di EBM (tecnologie e grado di utilizzo per patologia/ processo diagnostico, numerosità dei diversi esami diagnostici, ecc.) (Sackett *et al.*, 1996) potrebbero razionalizzare *ex ante* le richieste d'investimento, fissando dei limiti/condizioni senza i quali non si può procedere all'acquisto di una certa apparecchiatura, né tantomeno inviare una richiesta d'autorizzazione e avviare superflue valutazioni con i relativi costi. I limiti fissati in Veneto, ad esempio per Tac a 64 o più *slices* o per le risonanze ad alto campo, sono stati recepiti anche a livello aziendale, dotando peraltro i responsabili della funzione acquisti di strumenti più efficaci per interfacciarsi alle richieste dei clinici e bloccare *ex ante* richieste inopportune, secondo una logica di efficienza economica disegnata dall'alto. Il modello d'autorizzazione attuale è volto a preservare l'autosufficienza delle strutture, evitando però sovra e sottodotazioni, quindi sotto o sovrautilizzo delle apparecchiature, sovrapposizione di bacini, maglie bucate della rete, ecc.

Tenendo presente alcune potenziali criticità legate allo sviluppo simultaneo di una pianificazione regionale della dotazione tecnologica, da un lato, e dell'autonomia azien-

	Stazione appaltante	Procedura, Modalità di Acq.	tecnologia	Criterio agg. q/p	Motivazione	note
1	ULSS 21 Legnago (VR)	<i>aperta, acquisto</i>	1 TAC multistrato 2 mam. digitali (2 lotti)	Off. Ec. Van.40/60	Sostituzione	Contributo Cassa di Risparmio VR/VI/BL/AN
2	ULSS 07 Pieve di Soligo	<i>licitazione privata (criteri di selez. Fornitori non evidenziati)</i>	2 TAC 64 slices per V. VEN. E Con.	Off. Ec. Van.40/60	Sostituzione Riorganizzazioni e	Nel <i>prezzo finale</i> : costo apparecchiature, manutenzioni, un affitto temporaneo tac, - valore cessione una app.)
3	ULSS 15 Alta Padovana, Unione d'acquisto	<i>aperta, Acquisto</i>	apparecchiature radiologiche ad alcune aziende sanitarie AV Padova. 3 lotti	Off. Ec. Van.40/60	Interessi /fabbisogni convergenti di più aziende sanitarie	criteri uguali per tutti i lotti, commissione <i>multidisciplinare</i> , gestione dell'intera gara (eccetto la stipula del contratto) <i>prima</i> dell'autorizzazione.
4	ULSS 12 Venezia.	<i>ristretta accelerata acquisto</i>	Tac e apparecchiature radiologiche	Off. Ec. Van. 6 lotti, 30/70, 40/60	Obsolescenza grave	criteri di selezione dei fornitori non esplicitati. Richiesta <i>urgente</i> .
5	ULSS 14 Chioggia	<i>aperta, acquisto</i>	angiografo fisso, sala di emodinamica	Off. Ec. Van.40/60	<i>nuova Unità Coronarica</i>	ruolo preponderante parte medica, prezzo distinto per attrezzature e software.
6	ULSS 19 Adria Unione	<i>aperta, acquisto</i>	capofila 5 mammografi digitali e altri sistemi radiologici.	Off. Ec. Van.40/60	<i>Programma di screening e nuova dotazione</i>	dettagliati sia i punti qualità sia i punti prezzo. Possibilità di successiva adesione per altre AS dell'AV. Δ p strumenti accessori > Δ p mam.

Tabella 3

dale, dall'altro, si nota come oggi possono essere solo le aziende sanitarie a innescare il processo d'acquisto. La Regione, attraverso le analisi dell'Arss, non assolve a un ruolo di pianificatore, ma regolatore. Sistemi di autorizzazione regionale possono facilitare un rinnovamento tecnologico razionale e monitorare un adeguato sviluppo tecnologico della rete, ma interferenze politiche, equilibri di potere tacitamente configuratisi tra alcune aziende e la Regione potrebbero vanificarne gli obiettivi. Sarebbe interessante svolgere un'analisi della progressiva contrazione dei posti-letto in Veneto e della riduzione del numero di ospedali sul territorio (Aa.Vv., 2010) congiuntamente alla distribuzione degli investimenti in alta tecnologia, per verificare se esista una qualche correlazione tra politiche

e cultura di efficientamento, manifestatasi presso alcune aziende più che in altre, e la minor spesa per investimenti tecnologici.

Il processo di autorizzazione attuale non entra oggi nel merito delle decisioni aziendali successive all'autorizzazione. La Regione non ha pertanto strumenti per incidere o supportare la gestione delle gare; i principi di valutazione economica che alimentano e caratterizzano le valutazioni e le istruttorie tecniche dell'Arss non sono considerate e, in alcuni casi, nemmeno note alle aziende sanitarie. È plausibile che queste non abbiano ancora percepito l'effettivo ruolo della Commissione, gestendo spesso l'intero processo di gara ancor prima del rilascio dell'autorizzazione, subordinando a questa la sola stipula del contratto.



	<b>Base d'asta € (senza I.V.A.)</b>	<b>Aggiudicato totale €</b>	<b>Aggiudicato componenti € (senza I.V.A.)</b>	<b>Manutenzioni €</b>
<b>1</b>	1.600.000 2.660.000 Totale 1.260.000	1.198.000 (senza I.V.A.) 1.437.600 (con I.V.A.)	590.000 tac 608.000 2 mammografi Spese di dismissione incluse	Gratis per 24 mesi. Dal 3° anno: 70.000 per 4 anni (totale 280.000) per la tac. 60.000 per 4 anni (totale 240.000) per i mammografi
<b>2</b>	1.700.000 – Procedura ristretta con possibilità di varianti, quindi base d'asta poco significativa – successiva richiesta di offerta ristrutturazione locali → variano i pesi dei criteri qualità	3.122.588 (senza I.V.A.) 3.747.105,6 (con I.V.A.)	2.737.425,60 2 tac 42.200 per affitto temporaneo tac Conegliano 241.920 manutenzione <i>full risk</i> 4 anni – 1.200 cessione vecchia tac di Vittorio V.	Gratis per 12 mesi, poi prevista e computata direttamente nell'aggiudicato
<b>3</b>	1° l. 3 tac 3.950.000 2° l. 3 mam. 1.650.000 3° l. sala radiol. 520.000 4° l. impianto rad. tel. 600.000	5.759.393 (senza I.V.A.) 6.911.271,6 (con I.V.A.)	3.381.000 1.340.900 517.810 519.683	12 mesi gratis. Nell'aggiudicato, inclusi contratti di manutenzione 4 anni <i>full risk</i>
<b>4</b>	Ulss Venezia 1° l. 600.000 tac 2°-6° l. e successivi apparecchiature di min. impatto Totale 1.050.000	895.240 (senza I.V.A.) 1.074.000 (con I.V.A.)	1. 449.840 2. 24.800 3. 99.900 4. 214.900 5. 35.800 6. 70.000	Oneri di sicurezza manut. inclusi
<b>5</b>	850.000 incluse tutte le spese di messa in funzione e adeguamento locali, imballo, trasporto ...	800.000 (senza I.V.A.) 960.000 (con I.V.A.)	722.004 per attrezzature 77.996 per i <i>software</i>	<i>All inclusive</i> nell'aggiudicato
<b>6</b>	(ex scheda CRAS) 1.198.000: 5 mammografi, 3 sistemi integr., 3 CAD, 5 contratti manut. <i>full risk</i>	1.357.346 (senza I.V.A.) 1.628.815,2 (con I.V.A.)	Per azienda: IOV: 189.890+56.000 Ulss 17: 189.890+15.000+64.000 Ulss 18: 189.890+15.000+64.000 IOV: 189.890+19.632+62.000	12 mesi gratis, poi per 4 anni 5 contratti di manutenzione <i>full risk</i>

Per le grandi tecnologie mediche, inoltre, l'oggetto dei contratti è tanto peculiare e complesso che costi standard o costi medi – facilmente considerati la «panacea» alle forti differenze di prezzo infraregionali (Custodero, 2010) – rischiano di essere inefficaci/inopportuni per promuovere maggiori livelli di efficienza. Occorrerebbero ulteriori studi, non tanto sui costi medi in genere, quanto sulle diverse componenti di costo dei singoli contratti, sull'effetto di diverse modalità d'acquisizione, o di tipo di procedura, e sui criteri di preselezione e di aggiudicazione. Questi non dovrebbero certo essere neutrali rispetto alla scelta del contraente finale.

Unità operative acquisti, ingegneria clinica e parte medica si trovano, di volta in volta, a gestire un fabbisogno particolare. Un mar-

gine di standardizzazione potrebbe esistere in termini di modelli di documentazioni di gara, capitolati standard per tecnologia, sia per chi gestisce la funzione acquisti *ex ante*, sia per facilitare i sistemi di controllo di gestione *ex post*.

L'approfondimento del caso Veneto offre significativi spunti al management sanitario anche di altre Regioni e suscita l'interesse per futuri e collegati ambiti di ricerca, quali ad esempio: lo studio di eventuali correlazioni tra le politiche di razionalizzazione ed efficientamento della spesa e i livelli di spesa per investimenti tecnologici; l'approntamento di nuovi strumenti operativi e di formazione sui temi dell'HTA e della valutazione economica a supporto delle aziende sanitarie che da ultime innescano e recepiscono il rin-

**Tabella 4**

novamento tecnologico attraverso l'indizione e gestione delle gare.

Fattori come il contesto ambientale, la scarsità delle risorse, la centralizzazione, l'aziendalizzazione, il federalismo, la standardizzazione, ecc., rendono ancor più complesso il tema della gestione consapevole dell'innovazione tecnologica e richiedono, al management sanitario e agli esperti e studiosi del settore, di attuare le misure in grado di garantire simultaneamente il controllo della spesa pubblica e la qualità ed efficacia delle cure.

Innovazione, appropriatezza e necessità sono i principi guida a cui queste misure devono ispirarsi per un impiego di risorse pubbliche condiviso e trasparente.

### Note

1. Interviste semistrutturate condotte da agosto a settembre 2010 presso: Arss Veneto: Unità Ricerca e innovazione; Unità Sistemi di management. Regione Veneto: Direzione risorse socio-sanitarie; Centro regionale acquisti per la sanità; Provveditorato Ulss 15

Alta Padovana; Provveditorato Ulss 21; Ingegneria Clinica Ulss 14 Chioggia; Provveditorato Ulss 7 Pieve di Soligo; Ingegneria Clinica Ulss 12 Mestre; Provveditorato Ulss 12 Mestre.

2. Ex del. G.R.V. 1455 6/06/2008. Delibera istitutiva della Crite.
3. Nuova scheda predisposta da Arss per la compilazione della richiesta d'investimento.
4. La media OECD ha raggiunto il picco di tredici risonanze per mille abitanti nel 2008, da sei macchine nel 2000, mentre il numero di Tac è ventiquattro per un milione di abitanti nel 2008, contro diciannove nel 2000. La quantità di risonanze è ben più alta in Giappone, negli Stati Uniti, in Italia e in Grecia che negli altri Paesi. Gli stessi, insieme all'Australia e alla Corea, presentano anche un maggior numero di Tac. Risonanze e Tac sono costose sia in termini di valori d'acquisto che di costi d'utilizzo. Ci sono molte differenze nell'utilizzo procapite di tali apparecchiature, molto più utilizzate negli Stati Uniti, che in Canada, Francia e Paesi Bassi (OECD 2010).
5. «L'utilizzo della mammografia digitale si dimostra sempre più efficace nella diagnosi precoce del carcinoma mammario. Seppur con un costo medio elevato sono molti gli aspetti che fanno pendere la bilancia dei costi/beneficio verso il mammografo digitale». Documento SIRM 2003, *Stato dell'arte della mammografia digitale*.

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

- AA.VV. (2004), «Rapporto sull'Indagine parco installato apparecchiature di diagnostica per immagini nelle strutture pubbliche», ANIE SIRM AIMN.
- AA.VV. (2007), «Relazione Unità Operativa Agenzia regionale della sanità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia: Diffusione delle principali tecnologie biomediche nelle aziende sanitarie», Age.Na.S.
- AA.VV. (2009a), «Age Profile. Edition 2009. Diagnostic Medical Image Device. The continued need for sustained investment», COCIR.
- AA.VV. (2009b), «Il settore dei dispositivi medici in Italia, Rapporto del progetto 2009. Survey sulle componenti rilevanti del settore dei dispositivi medici», CER GAS.
- AA.VV. (2010a), «Libro Bianco del Servizio Socio Sanitario della Regione del Veneto 2000-2009».
- AA.VV., UU.OO. REGIONE TOSCANA (a cura di) (2007), «Centralizzazione e esternalizzazione della funzione di acquisto da parte delle aziende sanitarie dei dispositivi medici, incluse le apparecchiature», Age.Na.S.
- ARSS VENETO (2009), «Definizione dei criteri per l'appropriatezza allocativa delle apparecchiature di imaging clinico», *Quaderno* n. 15.
- ARSS VENETO (2010), «Metodologie e Strumenti per la pianificazione aziendale dei fabbisogni di beni di consumo: risultati di una sperimentazione», *Quaderno* n. 17.
- BACKER R., BUZZARD M.S., TYREMAN M. (2008), «The Beagle has landed: how the fittest in Healthcare can survive these (r)evolutionary times, A Perspective from McKinsey & Company».
- BRUSONI M., MARSILIO M. (2007), «La Gestione Centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *Rapporto OASI 2007, L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*. Egea, Milano.
- BUCCOLIERO L. (2009), *Governo elettronico. Modelli, strategie e soluzioni innovative per una pubblica amministrazione digitale*, Tecniche Nuove, Milano.
- CIANI O., GUGIATTI A., VELLA V., TARRICONE R. (2010), «I Dispositivi Medici nel SSN. Volumi, Spesa e Processi di Acquisto», *AboutPharma*, [www.aboutpharma.com](http://www.aboutpharma.com).
- CUSTODERO A. (2010), «Sanità, così si sprecano due miliardi all'anno. Ospedali pagano i prodotti il 30% in più», *La Repubblica*, 21 Maggio 2010.
- DRUMMOND M.F., SANFORD SCHWARTZ J., JÖNSSON B., LUCE B.R., NEUMANN P.J., SIEBERT U., SULLIVAN S.D. (2008), «Key principles for the improved conduct of health technology assessment for resource allocation decisions», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, n. 24 (3), pp. 244-258.
- ECRI INSTITUTE (2009), «Top Ten Health Technology Hazards for 2010», *Health Devices*, Vol. 38(11).

- GALLO C. (2010), «Appropriatezza dell'allocazione delle grandi apparecchiature nell'ambito della rete ospedaliera regionale», Padova.
- GUGLIATTI A., LONGO F. (2010), «In sanità il prezzo non è tutto», *Lavoce.info*, 6 luglio 2010.
- MARIANI G. (2010), *Tavola rotonda eProcurement e Centrali di Committenza*, Pricewaterhousecoopers Advisory S.p.A., Roma.
- PAMMOLLI F., SALERNO N.C. (2010), «Commento a schema di decreto sugli standard in sanità», short note n. 9, CeRM - Competitività, Regole, Mercati.
- SACKETT D.L., ROSENBERG W.M.C., HAYNES R.B., RICHARDSON W.S., GRAY J.A.M. (1996), «Evidence based medicine: what it is and what it isn't», *British Journal of Medicine*, n. 312, pp. 71-72.
- SHAH S.G.S., ROBINSON I. (2007), «Benefits of and barriers to involving users in medical device technology development and evaluation», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(1), pp. 131-137.
- TARRICONE R. (2010), «Le tecnologie mediche nel SSN. Volumi, spesa e processi di acquisto», (atti del convegno) *Coniugare innovazione, sicurezza e sostenibilità - III Conferenza Nazionale sui Dispositivi Medici*, Roma.
- TURNO R. (2010a) «Tre regioni benchmark in sanità», *Il sole24ORE*, 3 settembre 2010.
- TURNO R. (2010b) «A sorpresa Umbria e Marche tra i benchmark sanitari», *Il sole24ORE*, 15 settembre 2010.
- Per ulteriori approfondimenti:**
- AA.VV. (2005) «Approvvigionamento di protesi ortopediche e cemento, la recente esperienza Ospedaliera di Desenzano del Garda (BS)», *TEME*, n. 7/8/05.
- AA.VV. (2007), «Tomografia a emissione di positroni: valutazione fabbisogno e piano di investimento per la Regione Veneto», *Quaderno n. 3*, ARSS Veneto.
- AA.VV. (1992), «Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine», *The Journal of the American Medical Association*, 268(17), pp. 2420-2425.
- AIOP LOMBARDIA, VELO D., VELO F. (2007), *Ospedali e sviluppo economico. La Sanità come motore dello sviluppo in una società solidale*, Franco Angeli, Milano.
- AMOROSO C. (2008), «La concentrazione della domanda di beni e servizi in Italia: esperienze in atto e riflessioni», XVI Congresso *Il cambiamento nel sistema sanitario: i provveditori e gli economisti tra Cittadino, Istituzioni e Mercato*, Bergamo.
- BORGONOV E. (2008), *Tutela della salute è il fine, il funzionamento delle aziende il mezzo*, Egea, Milano.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G. (2005), *E-he@lth. Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BURNS L.R., WHARTON SCHOOL COLLEGUES (2002), *The health care value chain: producers, purchasers, and providers*, Jossey-Bass Wiley Company, San Francisco.
- CAVALLO M.C. (2008), *Le tecnologie sanitarie e il loro ruolo nella tutela della salute. I dispositivi medici in una prospettiva europea*, Egea, Milano.
- DAY G.S. (1981), «The product life cycle: analysis and applications issues», *Journal of Marketing*, 45, pp. 60-67.
- PODESTÀ S. (1974), *Prodotto, consumatore e politica di mercato*, Etas Libri, Milano.
- RICCIARDI W., LA TORRE G. (2010), *Health Technology Assessment. Principi, dimensioni e strumenti*, SEEd.
- SORENSEN C., DRUMMOND M., KAVANOS P. (2008), «Ensuring Value for money in Health Care, the role of Health Technology Assessment in the European Union», European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, Copenhagen.
- VELASCO-GARRIDO M., BUSSE R. (2005), «Health Technology Assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe», European Observatory for Health System and Policies, World Health Organization, Copenhagen.
- WILLIAMS D., HOURD P. (2006), «Success in healthcare technology businesses: coordinating the value milestones of new product introduction, financial stakeholders and business growth», *Innovation: management, policy & practice*, 8, pp. 229-247.

**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**.

# La riforma dei servizi sanitari negli Stati Uniti.

## Alcune considerazioni alla luce dell'esperienza del Massachusetts

GIUSEPPE CAPIELLO, GIANLUCA MANCINI, FRANK G. FEELEY

*The reform pursued by President Obama has not revolutionized the American health care system because it has not introduced the single payer system in substitution for the free insurance market, but has created a more homogeneous and integrated organization, guarantying 95% of the population the health insurance coverage. The principles of solidarity that historically characterize the European approach to medicine, is now established the same as the individual right to chose. The main issue remains that of cost control, which is the other objective of the reform. It is possible to evaluate the potential effects of the national reform, analyzing the consequences of the Massachusetts reform that for the first time in 2006, extended insurance coverage in its own State.*

Keywords: Usa, healthcare reform, managed care

Parole chiave: Usa, riforma servizio sanitario, managed care

### Note sugli autori

Giuseppe Capiello, Università di Bologna; Gianluca Mancini, Università di Bologna; Frank G. Feeley, Boston University

### Attribuzione

Il testo è frutto di un lavoro congiunto degli autori, in particolare Capiello ha curato i §§ 1 e 2, Mancini il 3 e Feeley il § 4.

### 1. Introduzione

Al termine di una lunga e aspra battaglia politica, a fine marzo è stata approvata la riforma sanitaria negli Stati Uniti; il raggiungimento di questo ambizioso obiettivo è stato fortemente voluto dal Presidente Obama dopo che più volte suoi illustri predecessori (F.D. Roosevelt, H. Truman, R. Nixon, e più recentemente B. Clinton) non erano riusciti a ottenere lo stesso risultato.

La difficoltà a innovare un sistema generalmente considerato di buona qualità ma piuttosto costoso è dovuta ad almeno due fattori: innanzitutto una società che sopporta malvolentieri l'intervento dello Stato,<sup>1</sup> «dove è prevalente il tratto culturale dell'individualismo competitivo, per il quale gli individui sono liberi di perseguire i loro interessi e, al contempo, di correre i propri rischi... dove prevale l'uguaglianza delle opportunità, cioè a dire gli individui hanno il diritto di essere differenti sulla base dei propri meriti» (Fred- di, 2009).

A questo primo aspetto si aggiunge la pressione dei tanti soggetti interessati al mercato dei servizi per la salute, dai professionisti al corpo amministrativo, oltre naturalmente alle assicurazioni e le industrie farmaceutiche.

La riforma è intervenuta per ridurre sensibilmente il numero dei cittadini che non hanno accesso ai servizi sanitari.<sup>2</sup> Non si è inteso, pertanto, introdurre un unico sistema di finanziamento, così come avviene in molti sistemi sanitari europei, in sostituzione del composito mercato assicurativo, ma regolare più efficacemente la dinamica esistente basata sul libero mercato di servizi,

### SOMMARIO

1. Introduzione
2. I servizi sanitari negli Stati Uniti
3. La riforma sanitaria americana; controllo dei costi e accessibilità alle prestazioni
4. Il Massachusetts: un caso per analizzare i rischi potenziali della riforma sanitaria degli USA

rendendo più coordinato e coeso l'impianto nel suo complesso e attribuendo alle istituzioni pubbliche maggiori poteri di controllo. Il Presidente stesso, rivolgendosi ai membri del parlamento, ha detto: «Questa non è una riforma radicale, ma è una grande riforma. Questa legge non aggiusta tutto ciò che non funziona nel nostro sistema sanitario, ma si muove nella direzione giusta».

Il nuovo assetto normativo dovrebbe consentire a trentadue milioni di americani, tra i quarantasette milioni attualmente non assicurati, di ottenere una copertura per le spese sanitarie.

Al contempo, la riforma intende contenere l'incremento della spesa sanitaria, rapidamente aumentata dai primi anni Sessanta e che necessita di essere tenuta sotto controllo (Enthoven, 1986), soprattutto per quanto attiene alla spesa pubblica, arrivata a quasi il 50% dei costi sanitari totali.<sup>3</sup> Vari sono i motivi cui imputare un costo procapite così elevato: sicuramente gli Stati Uniti si sono contraddistinti per l'innovazione tecnologica e la capacità di dotarsi di strumentazioni all'avanguardia, ma i dati sui costi indicano anche una eccessiva frammentazione, un elevato peso amministrativo, e l'inefficacia della *managed care* nell'«incidere sulle dinamiche del sistema e sul comportamento dei professionisti» (Maciocco, Tediosi, 2003).

In prima analisi, comunque, lo studio conferma «l'eccezionalismo americano» (Fredri, 2009), ovvero una *governance* dei servizi sanitari del tutto particolare che lascia molto spazio all'iniziativa individuale e collettiva, a costo di sopportare lacune significative in termini di copertura universale o di uguaglianza di trattamento tra i cittadini.

Nei prossimi paragrafi verranno, dapprima, descritti i principali tratti del sistema sanitario americano, per poi confrontare la recente riforma con quella dello Stato del Massachusetts, approvata nel 2006, in modo da anticiparne alcuni possibili effetti.

## 2. I servizi sanitari negli Stati Uniti

Al fine di comprendere le novità introdotte dalla riforma sanitaria americana approvata il 23 marzo 2010, è utile descrivere per sommi capi l'assetto del sistema sanitario negli Stati Uniti, individuando gli attori principali e i criteri di funzionamento.

Innanzitutto quello americano, più che un sistema, è una «collection of systems» (Leibowitz, Peterson, 2009) in cui iniziative fortemente centralizzate, finanziate dal governo federale, convivono con programmi assicurativi privati e acquistati sul libero mercato e con un sistema di offerta altrettanto eterogeneo sia nelle modalità organizzative che nei livelli di qualità.

I primi ospedali furono realizzati da gruppi etnici e religiosi che davano vita a realtà di natura caritatevole, il più delle volte *non-profit* e a bassa retribuzione. Esistevano pochi ospedali pubblici concentrati nelle grandi città e il Governo federale svolgeva un ruolo minimo, occupandosi prevalentemente di fenomeni gravi e con implicazioni collettive come, ad esempio, il trattamento delle malattie mentali e croniche o la gestione delle epidemie.

Negli anni Cinquanta l'assicurazione sanitaria si diffuse rapidamente, collegata al rapporto di lavoro dipendente con una prospettiva di tipo mutualistico, per alcuni tratti simile a quella presente in Italia prima dell'introduzione del Servizio sanitario nazionale. In pratica, il datore di lavoro acquistava da una compagnia assicurativa la copertura del rischio di spese sanitarie impreviste a carico del dipendente; questi poteva liberamente scegliere il medico o la struttura sanitaria e pagare in prima persona per essere poi rimborsato, oppure l'assicurazione saldava le prestazioni direttamente al fornitore.

Per quanto attiene invece alla tipologia di cura, sono previste una *primary*, una *secondary* e una *tertiary care*. La tutela primaria riguarda problemi sanitari comuni e le misure preventive e corrisponde complessivamente circa all'80% delle prestazioni. La tutela secondaria implica il necessario intervento di esperti specialistici clinici, e infine la tutela terziaria coinvolge la gestione di rari e complessi episodi.

Nel 1965 vennero introdotti due nuovi programmi sanitari a livello federale: *Medicare* e *Medicaid*. *Medicare* è un programma amministrato dal Governo federale rivolto prevalentemente ad anziani al di sopra dei 65 anni e a persone disabili. Nello specifico, *Medicare* parte A è un piano assicurativo per i servizi ospedalieri finanziato attraverso le tasse per la sicurezza sociale da parte dei datori di lavoro e dei dipendenti, mentre *Medi-*

care parte B è un piano per i servizi medici, ed è finanziato attraverso le tasse federali e un premio mensile da parte dei beneficiari stessi. *Medicare* copre una popolazione con diversi bisogni e modesti introiti; il 43% dei beneficiari ha un'età tra i sessantacinque e i settantaquattro anni e il 12% ottantacinque anni o superiore. A causa dell'invecchiamento e della crescita della popolazione il numero dei beneficiari di *Medicare* è più che raddoppiato tra il 1966 e il 2000 ed è prevista un'ulteriore crescita dai quarantacinque milioni attuali ai 79 milioni nel 2030 (Kaiser Family Foundation, 2010).

*Medicaid* è invece l'assicurazione sociale sanitaria regolata dal Governo federale, e amministrata dai singoli Stati, che copre prevalentemente le fasce più povere della popolazione e le famiglie con bambini i cui introiti siano al di sotto del livello federale di povertà. Il programma assicurativo *Medicaid* serve attualmente 55 milioni di persone e, nonostante tre quarti degli iscritti siano adulti o bambini, il 70% della spesa totale è rivolto agli anziani e ai disabili. *Medicaid* rappresenta complessivamente circa un sesto della spesa sanitaria della nazione e circa la metà delle spese per prestazioni sanitarie di lungo termine (Kaiser Family Foundation, 2010).

Nel 1997 fu introdotto anche il *Children's Health Insurance Program*; si tratta di un'assicurazione sociale sanitaria creata dal Governo federale per la copertura sanitaria dei bambini non assicurati all'interno delle famiglie con introiti pari, o al di sotto, del 200% del livello federale di povertà, ma al di sopra del livello per l'ammissibilità al programma *Medicaid*. Tale programma viene regolato sia dal Governo federale che dagli Stati federati, ma amministrato autonomamente dagli Stati stessi, coprendo attualmente quattro milioni di bambini.

Il finanziamento delle prestazioni sanitarie, fondato prevalentemente sul criterio del «fee-for-service» (un pagamento separato per ogni visita o procedura), ha condotto, probabilmente, a un eccesso di servizi erogati, dovuto anche all'inevitabile influenza che l'offerta di prestazioni riversa sulla domanda per massimizzare i ricavi (e quindi i costi per le assicurazioni e i pazienti). Per il bilanciamento di tali dinamiche, si sono pertanto sviluppate diverse forme di «assistenza gestita» (Schweitzer, 2000): il modello HMO (*Health*

*maintenance Organization*) prevede l'assunzione diretta dei professionisti e la gestione delle strutture da parte del fondo assicurativo, con la possibilità per i pazienti di scegliere solo tra le offerte predisposte dalla propria assicurazione. Se il paziente-cliente vuole essere più libero nella scelta del medico o dell'ambulatorio, può acquistare un piano assicurativo che prevede il convenzionamento con degli IPA (*Independent Practice Association*); in questo caso, i medici convenzionati dovranno seguire le linee guida previste per il rimborso. Il POS (*Point of Services*) è un IPA con ancora maggiore libertà di scelta, mentre il PPO (*Preferred Provider Organization*) è più simile ai programmi tradizionali a rimborso diretto, ma prevede uno sconto per le categorie associate al programma. Il PPO è, infatti, più specificatamente un piano sanitario che utilizza un *network* di medici e di erogatori predefiniti pagati attraverso parcelle sulla base dei servizi erogati, con una riduzione dei prezzi per i membri del piano stesso. Gli iscritti a tali piani mantengono però la facoltà di richiedere prestazioni a erogatori esterni a tale *network*, con l'onere di una maggiore contribuzione diretta rispetto al costo totale della prestazione.

Sulla base di stime complessive, il 60% delle persone che ottengono l'assicurazione sanitaria attraverso il rapporto di lavoro è iscritto alle *Preferred Provider Organizations*, mentre il 20% è iscritto alle *Health maintenance Organizations* (Kaiser Family Foundation, 2010).

Si capisce, dalla sintetica descrizione, che le prestazioni sanitarie sono erogate sotto la pressione competitiva di domanda di salute, di offerta di prestazioni, di interazione di vari soggetti economici, tra cui terzi paganti, con una notevole difficoltà a programmare le dinamiche di spesa e sanzionare comportamenti opportunistici.

### 3. La riforma sanitaria americana; controllo dei costi e accessibilità alle prestazioni

La legge di riforma sanitaria americana introdotta attraverso il *Patient Protection and Affordable Care Act*, ha una forte valenza storica, in quanto attribuisce per la prima volta nella storia degli Stati Uniti un valore assoluto alla tutela della salute, considerata non più e

non solo un bene oggetto di scambio nell'ambito del libero mercato, ma un diritto da salvaguardare per ogni cittadino. Scopo prioritario della riforma è quindi garantire a tutti gli americani prestazioni sanitarie accessibili e di qualità, riducendo allo stesso tempo la crescita della spesa sanitaria.

Come si vedrà nel prossimo paragrafo, già nel 2006 lo Stato del Massachusetts aveva approvato una legge avente finalità analoghe. Di fatto, le varie misure introdotte dalla nuova legge di riforma federale entreranno in vigore nell'arco temporale compreso tra il 2010 e il 2018, trasformando così in maniera graduale il mercato sanitario.

Il *Patient Protection and Affordable Care Act* (P.L. 111-148) introduce elementi innovativi in diversi ambiti del sistema sanitario.

Per favorire l'espansione dell'accesso dei cittadini alla copertura assicurativa, gli individui, le famiglie e le piccole imprese sono posti nel pieno controllo della propria situazione assicurativa sanitaria. Sono, infatti, ridotti i costi dei premi assicurativi per milioni di utenti, anche attraverso l'erogazione di centinaia di miliardi di dollari di detrazioni fiscali e l'introduzione di regole per eseguire adeguati controlli e prevenire potenziali abusi di potere economico da parte delle assicurazioni.

Gli aventi diritto già coperti da un'assicurazione sanitaria possono mantenere la propria forma di copertura, perché la legge non impone alcuna variazione. Ancora, viene creato un nuovo mercato, l'*Insurance Exchange*, aperto e competitivo in modo che i cittadini privi di copertura abbiano la possibilità di scegliere il prodotto assicurativo. L'*Insurance Exchange* fornisce nuove e accessibili scelte tra i piani assicurativi privati, posti in competizione tra loro, sulla base della qualità e del prezzo dei servizi offerti, attuando in tal modo una forma di concorrenza amministrata. Gli *Exchange* non hanno competenze in merito alla definizione dei prezzi finali delle polizze, pur avendo la possibilità di valutare, attraverso un'analisi costi/benefici, i piani assicurativi, verificare e chiedere conto della legittimità dell'aumento dei premi ed escludere, conseguentemente, i piani giudicati inadeguati. Vengono bensì introdotte nuove forme di contrattazione collettiva assicurativa e creati degli agenti di acquisto collettivo per i gruppi di individui.

Per l'acquisto dell'assicurazione mediante la formula *Exchange* sono state introdotte

forme di credito correlate ai premi e ai sussidi pubblici per la condivisione dei costi, per favorire gli individui e le famiglie con introiti tra il 133% e il 400% del livello federale di povertà (FPL).<sup>4</sup> I crediti correlati ai premi vengono definiti sulla base di una scala mobile, affinché le contribuzioni siano limitate a talune percentuali specifiche, proporzionali ai livelli di reddito.<sup>5</sup> I sussidi per la ripartizione dei costi vengono anch'essi definiti attraverso una scala proporzionale, sulla base di percentuali suddivise per livello di reddito.<sup>6</sup> L'accesso alla divisione dei costi per l'acquisto della assicurazione sanitaria dovrebbe così ridurre complessivamente il carico della spesa e comportare, allo stesso tempo, l'effetto di accrescere il valore attuale del piano sanitario di base. Le regolamentazioni relative ai premi e ai sussidi per la condivisione dei costi sono effettive dall'1 gennaio 2010.

Il governo federale ha previsto separati *Exchange* con cui le piccole aziende possono acquistare la copertura assicurativa per i propri dipendenti. Per quanto concerne le piccole imprese, fino ai 25 dipendenti e con retribuzioni medie annuali inferiori ai 50.000 dollari, vengono inoltre erogati crediti d'imposta, per l'acquisto dell'assicurazione sanitaria per i propri dipendenti. Specificatamente, per gli anni di imposta dal 2010 al 2013, viene erogato un credito d'imposta fino al 35% della contribuzione del datore di lavoro, se il datore contribuisce almeno al 50% del costo totale del premio. Il credito totale è applicato ai datori di lavoro che gestiscono imprese in cui lavorano fino ai dieci dipendenti e con retribuzioni medie annuali inferiori ai 25.000 dollari.

Per gli anni di imposta a partire dal 2014, per le piccole imprese che acquistano la copertura assicurativa attraverso l'*Exchange* statale, è consentito un credito d'imposta fino al 50% della contribuzione del datore al premio assicurativo del dipendente, se il datore di lavoro contribuisce almeno al 50% del costo totale del premio. Il diritto sarà disponibile per due anni e il credito totale sarà sempre disponibile per i datori di lavoro fino a dieci dipendenti e con retribuzioni medie annuali fino ai 25.000 dollari.

Il vantaggio per le piccole imprese consiste quindi nella possibilità di integrare le proprie risorse finanziarie nell'ambito di un nuovo mercato assicurativo, incrementando il proprio potere di acquisto contemporaneamente



alla riduzione dei costi e a una maggiore possibilità di scelta.

Per perseguire infine una riduzione dei costi a carico della popolazione ed estendere la copertura sanitaria, viene richiesto obbligatoriamente a tutti i cittadini, che ne abbiano le possibilità economiche, di acquistare l'assicurazione sanitaria.<sup>7</sup> I soggetti privi di una copertura pagheranno una sanzione fiscale fino a 695 dollari per anno, con un ammontare massimo di tre volte tale quantitativo (2.085 dollari) per ogni nucleo familiare o pari al 2,5% del reddito familiare stesso.<sup>8</sup>

Gli individui e le famiglie possono tuttavia beneficiare di una deroga all'obbligo di acquistare una assicurazione sanitaria, qualora la copertura sia insostenibile e nel caso in cui l'opzione assicurativa meno costosa superi l'8% del reddito individuale. L'esenzione riguarda anche tutti coloro che hanno redditi inferiori alla soglia richiesta ai fini del deposito fiscale.<sup>9</sup>

La riforma impone anche ai datori di lavoro la propria responsabilità; in presenza di cinquanta o più dipendenti e con almeno un dipendente a tempo pieno che riceve un credito d'imposta per il pagamento del premio, gli imprenditori sono tenuti al pagamento di una tassa pari a 2.000 dollari per dipendente a tempo pieno, escludendo i primi trenta dipendenti dal calcolo del pagamento (effettivo a partire dall'1 gennaio 2014). Non viene quindi imposto ai datori di lavoro un vincolo complessivo a garantire una assicurazione sanitaria ai propri dipendenti, a essi è richiesto di contribuire al sostenimento del costo della sanità. È prevista un'esenzione totale dalle potenziali sanzioni nei confronti dei datori di lavoro con meno di cinquanta dipendenti. Viene infine richiesto ai datori di lavoro con più di 200 dipendenti l'iscrizione automatica di tutti i dipendenti ai piani assicurativi sanitari offerti dal datore di lavoro, con la facoltà per i dipendenti di scegliere di non essere coperti.

Il *Patient Protection and Affordable Care Act* (P.L. 111-148), sempre nell'intento di espandere la copertura assicurativa dei cittadini, ha ampliato anche i programmi assicurativi pubblici. Viene così espanso *Medicaid* nei confronti di tutti gli individui al di sotto dei sessantacinque anni di età, non aventi diritto all'ammissibilità a *Medicare*, con redditi fino al 133% del livello federale di povertà. Per finanziare la copertura dei nuovi soggetti

ammissibili, gli Stati riceveranno fondi federali pari alle seguenti percentuali: 100% della spesa dal 2014 al 2016, 95% nel 2017, 94% nel 2018, 93% nel 2019 e 90% nel 2020 e negli anni susseguenti.

La riforma richiede inoltre agli Stati di mantenere gli attuali livelli di ammissibilità per i bambini all'interno di *Medicaid* e del *Children's Health Insurance Program (CHIP)* fino al 2019 e di estendere i finanziamenti per il *CHIP* fino al 2015. Le regole concernenti il pacchetto di benefici del *CHIP* e la condivisione dei costi continueranno sulla base dell'attuale legge. I bambini aventi diritto all'ammissione nel *CHIP*, qualora non possano iscriversi per limiti legati a tassi di iscrizione, saranno idonei ai crediti d'imposta nell'ambito degli *Exchange* statali.

La riforma, sempre per implementare l'accessibilità dei consumatori al mercato assicurativo, impone regole rigide alle imprese assicuratrici per una tutela del consumatore nei confronti delle pratiche assicurative. Ad esempio, è proibito fin da subito ai piani sanitari di negare la copertura ai bambini in caso di malattie pre-esistenti, attraverso una disposizione che nel 2014 sarà estesa a tutti i consumatori e introdotto il diritto dei figli a permanere nelle polizze assicurative dei genitori fino ai ventisei anni di età. Ancora, è vietato alle compagnie assicurative di negare la copertura o definire i premi in base allo stato di salute dei consumatori, alla storia medica o alle informazioni genetiche dei medesimi. Sarà inoltre vietato di decidere il premio sulla base del sesso o dello stipendio percepito e annullare o rifiutare di rinnovare la copertura sanitaria in caso di malattia. Viene così introdotto un controllo completo sull'offerta delle società di assicurazione che permetta di ostacolare i potenziali abusi delle compagnie assicurative e di difendere il diritto dei consumatori di ricorrere nei confronti delle decisioni delle assicurazioni, in caso di diniego del rimborso per servizi medici erogati.

In materia di contenimento dei costi, vengono introdotte specifiche innovazioni per la semplificazione amministrativa e la riduzione degli sprechi, delle frodi e degli abusi in sanità.

Viene semplificata l'amministrazione delle assicurazioni sanitarie, richiedendo ai piani sanitari di conformarsi a un insieme di regole operative, per verificare l'idoneità e

lo stato di indennità dei soggetti, per effettuare i trasferimenti dei fondi e i pagamenti delle prestazioni sanitarie in via elettronica e per la gestione efficiente delle informazioni relative all'iscrizione e all'uscita degli utenti dai piani sanitari e al pagamento dei premi da parte degli iscritti.

La legge di riforma disciplina quindi la trasparenza del sistema sanitario e, per prevenire conflitti di interesse, dispone che le compagnie farmaceutiche e i produttori di dispositivi medici debbano sempre rivelare qualsiasi eventuale accordo finanziario con i medici professionisti. Ancora, per ridurre le frodi, gli sprechi e gli abusi in sanità nell'ambito dei programmi *Medicare*, *Medicaid* e *CHIP*, la legge sottopone gli erogatori e i fornitori iscritti a questi programmi a un nuovo piano di conformità, applicando norme più rigorose e controlli sui precedenti penali. Viene infine impedito agli individui e agli enti esclusi da *Medicare* o *Medicaid* in uno Stato di istituire la pratica in qualsiasi altro Stato.

In materia di implementazione della qualità e della performance del sistema sanitario, è supportata la ricerca attraverso l'analisi dell'efficacia comparativa, istituendo un «non-profit Patient-Centered Outcomes Research Institute» per individuare le priorità di ricerca scientifica e condurre degli studi analitici che possano comparare l'efficacia clinica dei trattamenti medici.

Rilevante è ancora il premio concesso agli Stati che introducono sistemi incentivanti per i medici e gli ospedali, per il miglioramento della qualità e del coordinamento delle prestazioni e la riduzione degli errori medici nocivi e delle infezioni sanitarie.

Nell'ambito di *Medicare*, viene introdotto un sistema di pagamento innovativo basato sul valore prodotto nelle prestazioni ospedaliere, che prevede il pagamento degli ospedali sulla base degli standard di performance qualitativi raggiunti (effettivo a partire dall'1 ottobre 2012). Vengono, inoltre, protetti gli anziani nelle aree rurali degli Stati Uniti rafforzando la copertura di *Medicare*, migliorando l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e incrementando infine il pagamento dei fornitori nelle aree con scarsa presenza di erogatori. In questo modo, i medici e gli ospedali nelle aree rurali hanno, di fatto, un incentivo a erogare le prestazioni proprio in

queste comunità, in genere ad alta domanda di servizi.

Con un approccio mirato all'implementazione delle opportunità di istruzione, la legge cerca anche di arginare una delle problematiche più urgenti nel sistema sanitario americano: la carenza di infermieri. In quest'ottica, sono adottate politiche di risoluzione delle barriere finanziarie tipiche dei dipartimenti di infermieristica e, attraverso meccanismi competitivi, sono destinati fondi agli specifici dipartimenti che implementano i programmi di formazione degli infermieri.

Viene inoltre previsto un investimento specifico in materia di tutela sanitaria primaria, attraverso fondi di supporto alla formazione degli erogatori di prestazioni primarie. Nello specifico sono incrementati i pagamenti di *Medicaid* per i servizi di tutela primaria, erogati dai medici di base (medicina di famiglia, medicina generale interna, pediatria), adeguandoli al 100% dei tassi adottati da *Medicare*. Gli Stati riceveranno un pieno finanziamento federale per l'incremento di tali tassi di pagamento (effettivo a partire dall'1 gennaio 2013). Viene, infine, erogato un pagamento *bonus* del 10% ai medici di base nell'ambito di *Medicare* dal 2011 fino al 2015.

Oltre a migliorare la qualità e l'efficacia delle cure sanitarie, la riforma investe anche in un'ottica preventiva. Per riformare realmente l'assistenza sanitaria a beneficio delle famiglie americane è, infatti, necessario trasformare un sistema che si occupa prevalentemente della cura delle malattie, in un sistema che sia invece mirato a prevenirle. In tale direzione, la legge promuove la prevenzione, la ricerca sulle malattie, il benessere e la salute pubblica come priorità assolute, e prevede un impegno finanziario senza precedenti in tali settori. Vengono strutturate inoltre strategie integrative tra piccole imprese, enti statali e locali, per implementare anche il benessere dei lavoratori, sul luogo di lavoro e nelle varie comunità. Ai centri per la prevenzione e il controllo delle malattie è attribuito l'incarico di fornire assistenza tecnica, per promuovere i benefici della tutela della salute sui luoghi di lavoro. La riforma incrementa, infine, i servizi preventivi nei confronti dei beneficiari di *Medicare*, esonerandoli dal co-pagamento per molti servizi di prevenzione e coprendo pienamente una vi-

sita annuale e piani preventivi personalizzati per gli anziani.

Tra le altre misure rileva l'accesso ai servizi di prevenzione dei beneficiari di *Medicaid*, in particolare negli Stati che rafforzano le proprie politiche preventive. Sono agevolate le famiglie attraverso la diffusione di informazioni nutrizionali di carattere scientifico e una maggiore capacità del governo di rispondere a emergenze sanitarie pubbliche. Più nello specifico viene istituito il *National Prevention, Health Promotion and Public Health Council* per il coordinamento a livello federale della prevenzione, del benessere e delle attività di salute pubblica. È stato inoltre introdotto un programma di sovvenzioni per l'erogazione dei servizi di prevenzione e benessere nelle varie comunità, al fine di rafforzare le attività preventive, ridurre i tassi delle malattie croniche e le disparità in materia di salute, specialmente nelle aree rurali (fondi erogati per cinque anni, a partire dal 2010).

Il *Patient Protection and Affordable Care Act* (P.L. 111-148) dispone, infine, nella materia centrale delle entrate pubbliche e introduce nuove forme di tassazione, affinché siano ridistribuite equamente le risorse a disposizione e bilanciate le prestazioni sanitarie erogate nei confronti delle diverse categorie di cittadini. La riforma incrementa di 0,9 punti percentuali (da 1,45% a 2,35%) la tassa per *Medicare* parte A, l'assicurazione ospedaliera di *Medicare*, come imposta sui salari, nei confronti dei contribuenti singoli, con introiti maggiori di 200 mila dollari l'anno e delle coppie sposate con dichiarazioni congiunte maggiori di 250 mila dollari l'anno. Impone, inoltre, una tassa del 3,8% sui redditi da capitale, per contribuenti con alti introiti, in merito a interessi maturati, dividendi, rendite, canoni e affitti.

La riforma introduce, dal 2018, una nuova tassa nei confronti delle assicurazioni, in merito ai piani sanitari sponsorizzati dai datori di lavoro, con i più alti costi dei premi. I cosiddetti piani sanitari di lusso, con un valore aggregato che supera i 10.200 dollari e familiari superiori a 27.500 dollari, saranno i principali oggetti del provvedimento. Vengono, infine, introdotte nuove tasse annuali nel settore della produzione farmaceutica,<sup>10</sup> nel settore assicurativo sanitario<sup>11</sup> e infine sul consumo, come

nel caso dell'aliquota del 2,3% per la vendita di qualsiasi dispositivo medico imponibile.

In un'ottica macro-economica, la riforma è quindi tesa a un equo bilanciamento contributivo dei cittadini, nel finanziamento del sistema sanitario, e alla creazione di condizioni di maggiore stabilità per il bilancio e l'economia americana, nel suo complesso. Sulla base delle stime del *Congressional Budget Office (CBO)* la riforma sanitaria fornirà una copertura assicurativa ad altri trentadue milioni di americani quando sarà pienamente implementata nel 2019, attraverso la combinazione dei nuovi *Exchange* e con l'espansione di *Medicaid*.

Il CBO ha inoltre stimato che la legge comporterà una spesa di 938 miliardi di dollari in dieci anni (relazione del congresso del 18 marzo 2010), ma che tali costi verranno finanziati attraverso un recupero di efficienza nei programmi *Medicaid* e *Medicare* e con una nuova tassazione, tra cui l'accisa sulle assicurazioni ad alto costo, che raccoglierà per il CBO 32 miliardi di dollari in dieci anni. Il CBO ha, in sintesi, stimato che la legge di riforma ridurrà il deficit americano di 124 miliardi di dollari in dieci anni.

In conclusione, alla riforma si può attribuire una valenza sia di carattere sociale, con l'estensione della copertura assicurativa, che di carattere economico, per il bilanciamento della spesa sanitaria americana. Tale prospettiva di sviluppo ed economicità nella gestione del settore sanitario non è da intendere come un provvedimento isolato, ma, seguendo la volontà dello stesso CBO, in un'ottica di medio/lungo termine con applicazione estesa nei decenni a seguire.

#### 4. Il Massachusetts: un caso per analizzare i rischi potenziali della riforma sanitaria degli USA

Quattro anni prima, nel mese di aprile del 2006 lo Stato del Massachusetts aveva promulgato una riforma in materia sanitaria attraverso la legge «Chapter 58 of the Acts of 2006».<sup>12</sup>

Per la prima volta nella storia americana, è stata decisa una copertura assicurativa sanitaria di carattere quasi universale. Tale riforma ha portato il Massachusetts a essere lo Stato più avanzato negli Stati Uniti sotto diversi aspetti: la percentuale della popolazione assicurata, l'accessibilità da parte di

tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni economiche e sociali, a prestazioni sanitarie di eguale qualità ed efficacia e, infine, l'attuazione di un modello teso alla costante e continua distribuzione bilanciata delle prestazioni nelle diverse aree del territorio, nelle varie comunità e tra le varie fasce della popolazione. Il Dipartimento di Finanza e politica sanitaria del Massachusetts ha stimato che nella primavera del 2009 solo il 2,7% dei residenti di tale Stato è rimasto privo di un programma assicurativo sanitario, la percentuale più bassa di tutti gli Stati Uniti.

Questo processo di riforma non è avvenuto incidentalmente, ma è il frutto di venticinque anni di lavoro, di collaborazioni e compromessi tra i protagonisti della sanità del Massachusetts, tra cui in primo luogo le fondazioni: enti di natura giuridica privata e di carattere familiare, comunitario o aziendale. Fondamentale è stato il ruolo di mediazione da esse svolto, teso al costante perseguimento di finalità integrative e aggregative degli interessi individuali dei vari attori del sistema sanitario, per il raggiungimento di soluzioni di interesse collettivo.

Nelle varie fasi di sviluppo della riforma, le fondazioni hanno svolto un ruolo costante di raccordo tra la società civile e le istituzioni. In oltre venticinque anni di attività in Massachusetts, tali istituzioni sono, infatti, intervenute a supporto di iniziative in materia sanitaria, fornendo un fondamentale sostegno nello studio, nell'analisi ed elaborazione di politiche sanitarie innovative. Le ricerche e le analisi commissionate dalle fondazioni, o realizzate con il loro supporto, hanno rappresentato in molti casi un elemento imprescindibile per lo sviluppo dei servizi sanitari. A titolo esemplificativo è possibile citare l'attività di *Community Catalyst*, organizzazione che ha svolto un ruolo fondamentale in tutti gli Stati Uniti nel fornire *leadership* e supporto alle varie organizzazioni dei consumatori e alle fondazioni che lavorano per garantire l'accesso a un sistema sanitario di alta qualità, sempre perseguendo l'obiettivo di una copertura assicurativa universale. Un altro esempio è rappresentato dalla *Boston Foundation* che, attraverso il Fondo permanente per Boston istituito da centinaia di donatori nel 1915, cerca di soddisfare le mutevoli esigenze della comunità di Boston, tra cui quelle in campo sanitario, attuando in-

vestimenti di natura preventiva, considerati i più efficaci nella duplice prospettiva degli esiti sanitari prodotti e della riduzione dei costi.

Il Massachusetts è sempre stato considerato un potenziale punto di riferimento negli USA per l'eccellenza delle strutture ospedaliere e accademiche, per la ricerca biomedica e per l'alta qualità delle prestazioni sanitarie erogate. La riforma sanitaria del 2006 ha valorizzato ulteriormente la prospettiva solidaristica e sociale che da sempre contraddistingue questo Stato.

Dal punto di vista operativo, l'obiettivo dell'estensione della copertura assicurativa sanitaria a una percentuale maggiore della popolazione è stato perseguito espandendo il programma *Medicaid* e le altre iniziative pubbliche di sovvenzionamento, riformando il mercato assicurativo e, infine, attribuendo una responsabilità diretta ai singoli individui, obbligati all'acquisto di una assicurazione sanitaria, e ai datori di lavoro, nei confronti dei quali viene applicato il principio del «congruo contributo condiviso».<sup>13</sup>

Secondo l'analisi realizzata da Robert Steinbrook nel 2008 (Steinbrook, 2008), i risultati positivi sono stati raggiunti dalla riforma più rapidamente rispetto a quanto prospettato; inoltre, il numero di persone prive di una assicurazione sanitaria si è ridotto drasticamente,<sup>14</sup> il consenso pubblico e politico verso tale riforma è rimasto ampio, specie in un'ottica di medio-lungo termine.

Sulla base dell'analisi effettuata da Jon Kingsdale, Direttore esecutivo del *Commonwealth Connector*, le criticità della riforma sanitaria, nei confronti delle quali è ancora necessario intervenire attraverso elementi correttivi, riguardano la difficoltà da parte del governo statale nel mantenere l'impegno finanziario per il finanziamento dei nuovi programmi introdotti, in quanto l'ammontare dei sussidi necessari a tale scopo è cresciuto notevolmente rispetto a quanto previsto dalle analisi e dalle proiezioni iniziali. Coerentemente alle stime del *Commonwealth Connector*, l'incremento dei premi per il programma non finanziato *Commonwealth Choice* è del 5% nell'anno fiscale del 2009.

I sovvenzionamenti governativi statali nei confronti dei premi assicurativi di *Commonwealth Care* sono stimati in crescita media del 9,4% annuo. Il rimborso federale, pari

a 268,3 milioni di dollari nell'anno fiscale 2008, è stimato 360,6 milioni di dollari nell'anno fiscale 2009.<sup>15</sup> Un ulteriore fattore di appesantimento degli oneri finanziari pubblici è dovuto anche alla impreveduta recessione economica globale, che ha reso ancora più difficile il reperimento e l'erogazione dei sussidi necessari, in un'ottica di lungo termine. Ancora, relativamente nella fase di concreta erogazione delle prestazioni, emerge la persistente difficoltà per le persone a basso reddito a individuare, nel momento di reale necessità, un medico o un altro erogatore disponibile. L'ottenimento, quindi, della formale copertura assicurativa non corrisponde ancora a una garanzia piena ed effettiva di una completa assistenza sanitaria.

Nonostante lo Stato del Massachusetts sia protagonista di fondamentali sviluppi sociali in materia di salute pubblica, avendo introdotto ancora prima della riforma nazionale i valori solidaristici di matrice europea nel proprio Stato e destinando notevoli risorse al settore sanitario, ulteriori iniziative risultano ancora necessarie. Il raggiungimento di una copertura di carattere quasi universale è stato il primo obiettivo perseguito, fornendo così a migliaia di residenti sia il diritto all'accesso alla copertura assicurativa sanitaria, sia una protezione nei confronti dell'incertezza finanziaria, per i detentori di una copertura assicurativa dai costi in continuo aumento. Rimane, allo stato dei fatti, ancora necessario identificare i soggetti attualmente non assicurati, al fine di supportarli nell'ottenimento di una copertura assicurativa e, secondariamente, introdurre nuove misure di controllo, riduzione e contenimento dei costi di gestione dei servizi e delle strutture, a supporto di un sistema sanitario sostenibile.

La grande priorità, sia per lo Stato del Massachusetts che per il governo nazionale, è rappresentata dalla necessità di bilanciare il bisogno degli individui a una adeguata tutela sanitaria, con un forte senso di responsabilità economica, politica e sociale. In questa fase storica, nella quale è stata approvata la legge a livello nazionale e la sanità impegna il 17% del prodotto interno lordo americano, pare utile osservare la riforma del Massachusetts per valutare i potenziali effetti che potrebbero essere prodotti anche dalla più estesa riforma nazionale.

Sotto il profilo finanziario nella legge del Massachusetts è possibile riscontrare che le risorse allocate per l'attuazione della stessa sono state esaurite in un arco temporale minore rispetto alla stima previsionale iniziale e che i costi complessivi per supportare i programmi assicurativi introdotti sono cresciuti più rapidamente rispetto alle prime proiezioni.<sup>16</sup> Tale impreveduto assorbimento delle risorse è dovuto anche a una sottostima del numero reale dei non assicurati nell'analisi complessiva iniziale. Inoltre, a differenza delle proiezioni, i centri di pronto soccorso degli ospedali, le comunità per la salute e gli ospedali pubblici hanno continuato a ricevere una domanda in eccesso rispetto alle potenzialità concrete di fornitura, in quanto, il numero di soggetti a basso reddito richiedenti cure ordinarie presso i *safety net hospital* non è diminuito come invece gli analisti avevano previsto, mentre al contempo vi è stata una riduzione delle risorse destinate a tal scopo.<sup>17</sup>

Il Massachusetts aveva prospettato di destinare ai nuovi programmi le risorse risparmiate attraverso il decremento nella utilizzazione del *safety net system* (ospedali *non profit*, ospedali pubblici e comunità per la salute), ma tali risorse sono state inferiori rispetto alle previsioni. L'allargamento della copertura assicurativa non ha garantito in termini assoluti l'accesso a prestazioni, quindi, al carattere universalistico della riforma non corrisponde un accesso universale ai servizi sanitari e la crescita della domanda non è stata seguita da un adeguato incremento nella fornitura dei servizi. Si è inoltre venuto a creare un meccanismo selettivo messo in atto da parte degli erogatori delle prestazioni sanitarie, con la tendenza a non applicare le prestazioni ai soggetti coperti dai programmi assicurativi pubblici *Medicaid* e *Commonwealth Care Program*. In tal caso, il rimborso effettuato dalle assicurazioni è considerato inadeguato, in quanto nettamente inferiore a quello delle assicurazioni private. Anche a livello nazionale la possibilità che non vengano erogate le prestazioni sanitarie nei confronti dei soggetti coperti da assicurazioni pubbliche deve quindi essere necessariamente considerata in fase di programmazione strategica e operativa.

In conclusione, l'esperienza del Massachusetts indica che la tensione a espandere la

copertura assicurativa si è rivelata concretamente più costosa rispetto a quanto previsto in fase di pianificazione, inoltre, l'accesso a un sistema di assicurazione non garantisce in termini assoluti adeguate prestazioni sanitarie.

Al fine di indirizzare e risolvere le problematiche inerenti ai costi e all'accesso al sistema sanitario, pare necessario rendere più efficaci, coese e integrate le modalità di finanziamento e di erogazione delle prestazioni sanitarie, ottimizzando al contempo sia la spesa clinica che quella amministrativa.

Riassumendo tutti gli elementi indicati, è possibile affermare che la mera estensione universale della copertura assicurativa, fulcro e obiettivo prioritario della riforma del Massachusetts, potrebbe essere la parte più semplice e di immediata nell'implementazione della riforma sanitaria nazionale. Tuttavia, tale processo potrebbe nascondere, oppure ulteriormente inasprire, molteplici e più complesse problematiche di ordine strutturale. Di fatto, i problemi conseguenti di contenimento dei costi e di garanzia della reale accessibilità al sistema delle prestazioni sanitarie evidenziano la necessità di ricalibrare la progettazione del sistema complessivo di erogazione dei servizi e di finanziamento della sanità, specialmente a monte della decisione di estendere la copertura ai non assicurati.

## Note

1. Il 13 dicembre 2010, il giudice federale della Virginia, Henry E. Hudson, ha dichiarato incostituzionale la parte della riforma relativa all'obbligo di acquistare una copertura assicurativa.
2. Non hanno accesso nel senso che non sono in grado di sostenere il costo per il pagamento delle prestazioni. In questi casi solitamente le prestazioni vengono erogate da strutture *non profit* o caritatevoli oppure rappresentano un credito insoluto per le compagnie assicurative. Inoltre, lo Stato eroga dei fondi a parziale copertura degli insoluti al fine di attenuare il danno per gli operatori.
3. Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (2010) la spesa sanitaria degli Stati Uniti ha raggiunto nel 2007 il 15,7% del prodotto interno lordo (Italia 8,7%, Regno Unito 8,4%, Francia 11%, Germania 10,4%) con una spesa procapite a carico del «Governo» di 3.317 dollari (Italia 2.056, Regno Unito 2.246, Francia 2.930, Germania 2.758) e con una percentuale delle spese governative sul totale delle spese sanitarie del 45,5% (Italia 76,5%, Regno Unito 81,7%, Francia 79,4%, Germania 79,7%).
4. Il livello di povertà è pari a 18.310 dollari per una famiglia di tre persone nel 2009.
5. Fino al 133% FPL: 2% del reddito; 133-150% FPL: 3-4% del reddito; 150-200% FPL: 4-6.3% del reddito; 200-250% FPL: 6.3-8.05% del reddito; 250-300% FPL: 8.05-9.5% del reddito; 300-400% FPL: 9.5% del reddito.
6. 100-150% FPL: 94%; 150-200% FPL: 87%; 200-250% FPL: 73%; 250-400% FPL: 70%.
7. Principio definito dell'*Individual Mandate*.
8. La sanzione viene definita sulla base della seguente scala: 95 dollari nel 2014, 325 dollari nel 2015 e 695 dollari nel 2016 o 1,0% del reddito tassabile nel 2014, 2,0% del reddito tassabile nel 2015, e 2,5% del reddito tassabile nel 2016. A partire dal 2016, la sanzione incrementerà annualmente sulla base dell'adeguamento al costo della vita.
9. Nel 2009 la soglia per i contribuenti al di sotto dei 65 anni era 9.350 dollari per i singoli individui e 18.700 dollari per le coppie.
10. 2,8 miliardi di dollari nel 2012-2013; 3 miliardi di dollari nel 2014-2016; 4 miliardi di dollari nel 2017; 4,1 miliardi di dollari nel 2018; e 2,8 miliardi di dollari nel 2019 e successivi.
11. 8 miliardi di dollari nel 2014; 11,3 miliardi di dollari nel 2015-2016; 13,9 miliardi di dollari nel 2017; e 14,3 miliardi di dollari nel 2018. Per i successivi anni l'ammontare sarà pari all'importo dell'anno precedente, incrementato sulla base del tasso di crescita dei premi.
12. Il Titolo della legge di riforma è il seguente: *An Act Providing Access To Affordable, Quality, Accountable Health Care*.
13. Principio del *Fair Share Contribution*, che obbliga i datori di lavoro con 11 o più dipendenti, che non erogano l'assicurazione sanitaria ai propri lavoratori, al pagamento di un equo e ragionevole contributo per i costi sanitari degli stessi. Viene stimato tale contributo approssimativamente 295 dollari annuali per dipendente a tempo pieno (*full time employee FTE*).
14. Nel maggio del 2008 tra i 6,4 milioni di cittadini residenti nello Stato del Massachusetts, 5,5% è stata la percentuale dei nuovi assicurati, mentre una stima di 550.000-715.000, pari al 8,6-11,2% erano i soggetti privi di una assicurazione sanitaria prima della riforma.
15. The Commonwealth of Massachusetts. Information statement. April 16, 2008.
16. *The Boston Globe*, 3 Febbraio, 2008, «Subsidized care plan's cost to double»: «State projections obtained by the Globe show the program reaching 342,000 people and \$1.35 billion in annual expenses by June 2011»; «Currently, 169,000 people have enrolled in the program, which is expected to cost \$618 million in the fiscal year ending June 30. When it authorized the program in 2006, the Legislature estimated that about 215,000 people would eventually be enrolled at a cost of \$725 million»; «The administration of Governor Deval Patrick produced the new estimates to launch negotiations for federal funding, and has shared them with some state health leaders at closed-door meetings. Patrick is seeking about \$1.5 billion over three years, half the cumulative cost for Commonwealth Care».

17. *The Boston Globe*, March 18th 2008, «Safety net hospitals strained by reform»: «Cambridge Health Alliance could lose as much as \$26 million in the fiscal year that ends June 30. The alliance - which includes Cambridge Hospital, Somerville Hospital, and Whidden Hospital in Everett - treats many low-income patients»; «The changes brought by the healthcare reform law have intensified budget pressures at Holyoke Medical Center, a 202-bed facility in Western Massachusetts. Paul Silva, vice president of finance at the hospital, said the state's free-care payments were cut in half, to \$1.5 million, while services provided to the uninsured fell only 12 per cent».

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

- BLOCHE M.G. (2003), *The Privatization of Health Care Reform, Legal and Regulatory Perspectives*, Oxford University Press, New York.
- BODENHEIMER T., GRUMBACH K. (2009), *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, Fifth Edition, McGraw-Hill.
- BOHMER R. (2009), *Designing Care Aligning the Nature and Management of Health Care*, Harvard Business Press, Boston.
- CALLAHAN D., WASUNNA A. (2006), *Medicine and the Market Equity v. Choice*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- CANNON M.F., TANNER M.D. (2005), *Healthy Competition, What's Holding Back Health Care and How to Free It*, Cato Institute, Washington, D.C.
- CONFERENCE COMMITTEE REPORT (2006), *Health Care Access and Affordability*, Massachusetts.
- ENTHOVEN A. (1986), «Dieci anni di sistema sanitario negli Stati Uniti: dal sistema corporativo a quello del libero mercato», in *Problemi di Amministrazione Pubblica*.
- FREDDI G. (2009), «La sanità statunitense: il problema centrale del sistema politico e della società civile», *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, n. 2.
- HALVORSON G.C. (2007), *Health Care Reform Now! A Prescription for Change*, Jossey-Bass, San Francisco.
- HERZLINGER R. (2007), *Who Killed Health Care? America's \$2 Trillion Medical Problem - And The Consumer-Driven Cure*, McGraw-Hill.
- KAIL B., QUADAGNO J., DIXON M. (2009), «Can States Lead the Way to Universal Coverage? The Effect of Health-Care Reform on the Uninsured», *Social Science Quarterly*, Volume 90, n. 5.
- KAISER FAMILY FOUNDATION (2010), «Key changes to medicare in 2010 Health Reform Law», [www.kff.org](http://www.kff.org).
- KOTLIKOFF L.J. (2007), *The Healthcare Fix Universal Insurance for All Americans*, The MIT Press, Cambridge.
- LEIBOWITZ A., PETERSON M. (2009), «Perspectives on the U.S. Health Care System», *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, n. 2.
- MACIOCCO G., TEDIOSI F. (2003), «Il sistema sanitario Americano. L'implosione dietro l'angolo», *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 19.
- OHSFELDT R.L., SCHNEIDER J.E. (2006), *The Business of Health The Role of Competition, Markets, and Regulation*, The AEI Press, Washington, D.C.
- PORTER M., TEISBERG E. (2006), *Redefining Health Care Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston.
- REICH M.R. (2002), *Public-Private Partnerships for Public Health*, Harvard University Press, Cambridge.
- RIVLIN A., ANTOS J. (2007), *Restoring Fiscal Sanity 2007, The Health spending Challenge*, Brookings Institution Press, Washington, D.C.
- SCHWEITZER S. (2000), «Politiche di riforma nel settore sanitario americano: la rivoluzione dell'assistenza gestita», *L'industria*, n. 3.
- STEINBROOK R. (2008), «Health Care Reform in Massachusetts - Expanding Coverage, Escalating Costs», *New England Journal of Medicine*, n. 358, June.

**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**.



# La riforma Obama: il rafforzamento della Primary Care per affrontare i principali «challenge» del sistema

ELEONORA CORSALINI

*This article describes, under a particular analytical lens, the most crucial changes brought on by the new law that changes the biggest Health Care System in the world; then, the study underlines the principle motives behind the Patient Protection and Affordable Care Act, signed on 23<sup>rd</sup> March 2010 by President Obama, through an overview of the main challenges the reform aims to address: the fragmentary nature of the system, the growth rate of health care costs, the universal coverage and the health status of the population together with the inequalities of the system. The article focuses on the possible cross effects of the reform, the strengthen and the improvement of the Primary Care network (Title IV, Title V and Title X of the Affordable Act) on the present challenges of the system.*

Keywords: Usa, healthcare reform, primary care

Parole chiave: Usa, riforma sistema sanitario, reti cure primarie

## Note sull'autore

Eleonora Corsalini è ricercatrice CERGAS - Bocconi

## 1. Il Patient Protection and Affordable Care Act: la riforma del sistema

*«Making sure that everybody has insurance is essential. If we don't reach that goal, it would be difficult to control costs and improve quality. If every American is covered, however, we can align our payments and policies to promote best practices and encourage efficiency»*

T. Daschle (2008, p. 141)

*«Health is a right, not a privilege»*

T. Kennedy, 2009

A diversi mesi dalla firma della nuova legge c'è ancora grande confusione intorno alla riforma che sta cambiando il volto del sistema sanitario più grande del mondo (Veazie, 2010). Un recente sondaggio della Kaiser Family Foundation (aprile 2010) rivela, infatti, che i cittadini americani sono molto confusi rispetto a ciò che succederà alla sanità negli Stati Uniti da qui ai prossimi dieci anni.

Con un testo che supera le mille pagine, il *Patient Protection and Affordable Care Act* (da qui *Affordable Care Act*), firmato dal Presidente Obama il 23 marzo 2010, tocca molteplici aspetti dell'attuale sistema e presenta degli elementi tecnici che rimangono ostici anche agli esperti del settore.

Cercando di sistematizzare e sintetizzarne le principali caratteristiche (CBO, 2010; healthcare.gov, 2010; Maciocco, 2010, Chandrasekhar *et al.*, 2010; HR Focus, 2010), la nuova legge può essere analizzata all'interno di una cornice concettuale che presenta tre dimensioni:

- 1) prescrizioni sull'obbligatorietà della copertura sanitaria;
- 2) i costi della riforma;

## SOMMARIO

1. Il *Patient Protection and Affordable Care Act*: la riforma del sistema
2. I «challenge» affrontati dalla riforma del sistema
3. Il rafforzamento della *Primary Care*: una risposta ai «challenge»
4. Analisi del caso
5. Conclusioni

3) gli effetti sulla frammentarietà del sistema.

1. Uno dei risultati più eccezionali della nuova legge sarà la copertura assicurativa di 32 milioni di persone in più entro il 2019, arrivando in questo modo a coprire circa il 95% dei cittadini, attraverso l'imposizione, alla quasi totalità della popolazione,<sup>1</sup> di sottoscrivere un'assicurazione sulla salute.

I complessi meccanismi del sistema assicurativo americano rendono necessaria la declinazione di questa dimensione di analisi in altre sotto-categorie. Infatti, l'*individual mandate* comporta necessariamente obblighi e divieti per altri due protagonisti del sistema: le imprese e le compagnie assicurative. Da questa prospettiva, si può osservare che:

– gli individui e le famiglie saranno obbligati ad assicurarsi a partire dal primo gennaio 2014, ma saranno aiutati a tutelarsi contro le malattie attraverso diversi sussidi: innanzitutto, circa la metà dei 32 milioni sarà assicurata tramite *Medicaid*, poiché l'eleggibilità al programma è stata estesa a chi ha un reddito inferiore ai 29.327 dollari; il governo federale si impegna, in aggiunta, a coprire i costi dell'espansione del *Medicaid* per tutti gli Stati, fino al 2016 (clausola inserita dal *Reconciliation Act*). Inoltre, il governo federale ha stanziato 500 miliardi di dollari per il sostenimento delle famiglie con reddito medio-basso (inferiore a 88.200 dollari annui per una famiglia di quattro persone) e sarà creata una «borsa» di polizze controllata, in cui le famiglie bisognose potranno acquistare un'assicurazione a condizioni particolarmente favorevoli (*Insurance Exchange*). A queste misure si aggiunge una novità che riguarda i giovanissimi: dal primo gennaio 2011, tutti i figli rientreranno nel piano assicurativo dei propri genitori fino al compimento del ventiseiesimo anno di età, a prescindere dal loro stato civile. Il governo, insomma, decide di investire sull'educazione alla tutela della salute dei suoi cittadini, oltre che imponendo obblighi e sanzioni in caso di non rispetto degli stessi,<sup>2</sup> anche e soprattutto offrendo diverse vie per la sottoscrizione di un'assicurazione;

– poiché la maggior parte delle assicurazioni private negli Stati Uniti viene stipulata tramite il datore di lavoro (*Employer-Based*

*Insurances, EBIs*), l'*individual mandate* investe direttamente anche le imprese, a cui la nuova legge impone di offrire copertura assicurativa a tutti i dipendenti. In realtà, l'obbligo riguarda le imprese con più di 50 dipendenti, prevedendo solo degli incentivi sui crediti di imposta per le piccole aziende. Anche in questo caso, il governo mantiene un approccio quasi pedagogico: accanto alle sanzioni (l'opzione «pay or play» o «free rider»), i datori di lavoro sono guidati verso l'adempimento delle prescrizioni, tramite, ad esempio, la possibilità di partecipare alla *Insurance Exchange* per acquistare polizze a prezzi competitivi o la diffusa opportunità di beneficiare di crediti di imposta nel caso in cui tutti i dipendenti vengano assicurati. La maggior parte delle grandi imprese sono favorevoli alla riforma del sistema sanitario, nonostante qualche preoccupazione rispetto all'obbligo di coprire i figli dei propri dipendenti fino al 26esimo anno di età e un diffuso scetticismo sulla reale possibilità di contenere i costi (Darling, 2010);

– le compagnie assicurative, invece, sembrano essere destinate di soli obblighi. La riforma tocca alcuni punti nevralgici dei meccanismi di funzionamento (e finanziamento) delle compagnie. In primo luogo, l'obbligo di assicurare anche in presenza delle cosiddette *pre-existing conditions*, esteso a tutti i clienti e in vigore dal momento della firma della legge, accanto al divieto di rescindere il contratto al sopravvenire di gravi malattie e di fissare un tetto massimo ai rimborsi, anche questo in vigore da marzo 2010. Inoltre, dal 2014 il costo della polizza non potrà superare dal 3% al 9,5% del reddito (rispettivamente, per i redditi più bassi e quelli più alti) e alle compagnie verrà richiesto di coprire anche i servizi relativi alla salute mentale, alla prevenzione e alla gravidanza. Alcune novità introdotte dalla riforma, poi, incidono direttamente sulle compagnie assicurative: la prescrizione sui contributi *out-of-pocket*, che dovranno essere contenuti entro i 5.950 dollari (per gli individui) e gli 11.900 dollari (per le coppie), implica una richiesta di estensione della copertura dei servizi dalle polizze, e la *Insurance Exchange* influirà pesantemente sui prezzi delle polizze offerte dal mercato privato, fuori dalla borsa. Se a ciò si aggiunge il fatto che il finanziamento della riforma si appoggia anche su un au-

mento delle tasse per le compagnie, non è difficile intuire perché Obama abbia trovato in loro dei forti oppositori.

2. I cambiamenti che il nuovo assetto comporterà saranno implementati nell'arco di dieci anni. Considerati i conti in rosso del bilancio federale, e la porzione di deficit che i costi per la sanità occupano, una delle preoccupazioni più sentite sono i costi che l'implementazione della riforma comporterà e, soprattutto, le fonti di finanziamento. Il *Congressional Budget Office* ha stimato che il programma di riforma dell'amministrazione Obama costerà 938 miliardi di dollari, ma migliorerà il deficit federale di 143 miliardi di dollari nel periodo 2010-2019 (CBO, 2010). Il finanziamento proverrà principalmente da:

- incrementi delle tasse per coppie con reddito superiore ai 250.000 dollari annui;
- una tassa del 3,8% sugli investimenti per individui che guadagnano più di 200.000 dollari l'anno;
- un'accisa del 40% a carico dei datori di lavoro sulle polizze assicurative che costano più di 23.000 dollari (dal primo gennaio 2018);
- aumento delle tasse per individui con delle polizze assicurative molto costose, le cosiddette polizze «Cadillac»;
- una nuova tassa *Medicare* da applicare ai guadagni da investimento (dal primo gennaio 2013);
- infine, miliardi di dollari verranno prelevati attraverso nuove tasse per l'industria farmaceutica, l'industria di prodotti biomedicali e le compagnie assicurative.

Le novità fiscali si sono guadagnate, in questo modo, l'appellativo di «Robin Hood» e la riprovazione di una sostanziosa parte della società civile (*lobby* farmaceutiche in testa). Gli esperti si dividono tra scettici ed entusiasti sulla reale capacità della riforma di contenere i costi sanitari nel lungo periodo: entrambi i gruppi individuano nella copertura allargata, nelle limitazioni ai pagamenti *out-of-pocket* e nella nuova filosofia «centrista» nell'amministrare il sistema i motivi della futura esplosione dei costi e, allo stesso tempo, della imminente possibilità di controllare le spese e rendere il sistema più efficiente. La

tendenza a leggere gli stessi provvedimenti in modo diametralmente opposto dà la misura di quanta incertezza permei le previsioni su costi e benefici di questa riforma.

3. La legge, per ammissione dello stesso Obama, non stravolge la struttura del sistema vigente: i pilastri della sanità americana rimangono la copertura assicurativa tramite il datore di lavoro (EBI) e le coperture garantite dai principali sistemi pubblici (*Medicare*, *Medicaid*, SCHIP, eccetera). Tuttavia, l'approccio centrista (Darling, 2010) della riforma, che prevede, ad esempio, la gestione di milioni di nuovi assicurati sotto l'ala del programma *Medicaid* e l'indicazione di standard federali sui servizi minimi da garantire tramite le polizze private, interviene da colante tra i vari pezzi del sistema statunitense.

## 2. I «challenge» affrontati dalla riforma del sistema

Sintetizzare i problemi alla base delle inefficienze e delle iniquità del sistema statunitense non è facile, innanzitutto a causa della sua estrema frammentarietà. Per avere una misura della complessità del sistema sanitario più grande del mondo, basta considerare le sfide che una riforma come l'*Affordable Care Act* affronta. Una legge che si propone, per stessa ammissione del Presidente Obama, non di stravolgere l'impianto della sanità americana, ma di migliorarne alcune delle inefficienze macroscopiche. Le principali criticità su cui l'implementazione della riforma dovrebbe far sentire i propri effetti, in un'ottica analitico-interpretativa e coerentemente alle dimensioni concettuali della riforma, sono:

- la frammentarietà stessa del sistema, talmente definita da renderlo quasi un «non system» (Brown, 2008);
- i costi del sistema;
- la copertura assicurativa della popolazione;
- lo stato di salute degli americani e le iniquità insite al sistema.

Di seguito, vengono spiegati i motivi per cui queste sarebbero le macro-criticità da affrontare.

### 2.1. La frammentarietà del sistema

Il sistema sanitario americano si compone, molto sinteticamente, di un mercato di assicurazioni private e di alcuni programmi pubblici che, insieme, coprono circa l'85% della popolazione (CMS, 2010; CDC/NCHS, 2007).

Il 78% dei cittadini assicurati rientra nel mercato privato, individualmente o tramite l'assicurazione EBI (*Employment Based Insurance*): la maggior parte dei lavoratori sceglie questa opzione, tanto che il 92% delle polizze private è stipulato tramite l'EBI (CMS, 2010). Individui e imprese si rivolgono principalmente alle *Managed Care Organizations* (MCOs) per stipulare le loro polizze: le MCOs offrono la copertura di un pacchetto di servizi sanitari offerti da professionisti e ospedali convenzionati o, in alcuni casi, dipendenti o di proprietà delle stesse MCOs. Le tipologie di MCOs più diffuse sono: le *Health Maintenance Organizations* (HMOs), le *Preferred Provider Organizations* (HMOs), le *Preferred Provider Organizations* (HMOs) e i *Point-of-Service-plans* (POS).

Dall'altro lato, ci sono programmi pubblici enormi, per copertura ed entità della spesa, tra cui i principali sono *Medicare*, *Medicaid*, lo *State Children's Health Insurance* (SCHIP) e lo *US Military Health Care* (CMS, 2010).

Inoltre, esistono diversi *State-specific plans* attraverso cui gli Stati offrono copertu-

ra sanitaria alle famiglie e agli individui con redditi bassi che non rientrano nel *Medicaid*.

Una riforma che intende espandere la copertura della popolazione e abbassare i costi di un sistema modellato in questo modo deve affrontare, senza dubbio, la struttura del mercato assicurativo. L'*Affordable Care Act* propone diverse modifiche che inducono a una armonizzazione e condivisione di vedute: gli standard di servizi «minimi» che ogni polizza deve assicurare; gli stimoli a sperimentare forme di *Accountable Care Organizations* (ACOs) nei programmi *Medicare* e *Medicaid*, sul modello del *Department of Veteran Affairs* e del *Kaiser Permanente*; la stessa creazione dell'*Insurance Exchange*; il tentativo di livellare e standardizzare i prezzi delle polizze private. Gli effetti totali della riforma nel suo complesso sulla struttura del sistema sono, tuttavia, ancora difficili da prevedere in modo preciso (Cutler, 2010; Thorpe *et al.*, 2010).

### 2.2. I costi del sistema

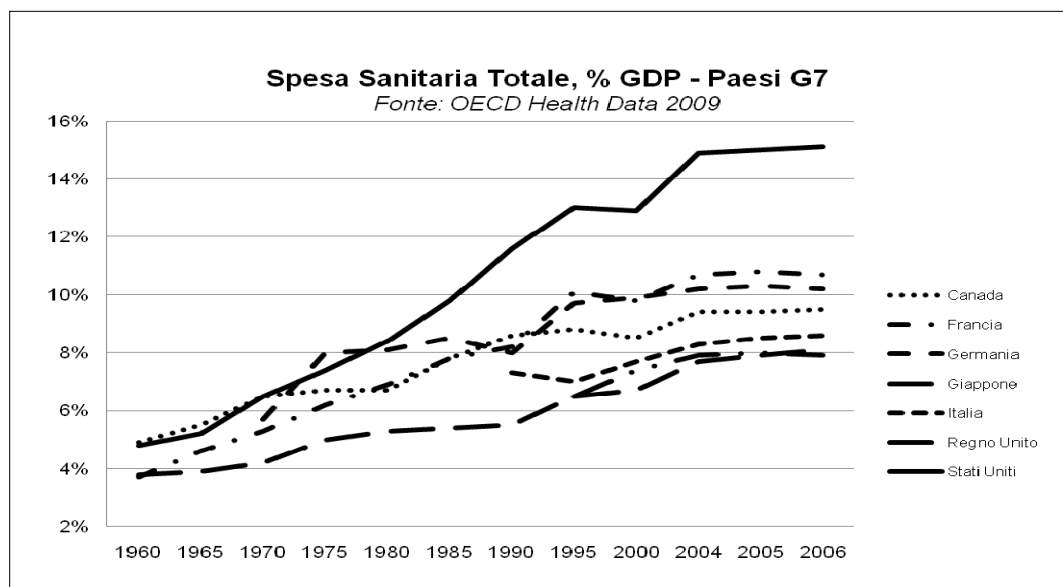
La spesa sanitaria totale degli Stati Uniti nel 2007 ammontava a oltre 2.200 miliardi di dollari, comprensivi degli investimenti in ricerca (CMS, 2010; OECD Health, 2009), cifra che si avvicina all'intero Pil del nostro Paese.

La **figura 1** mostra come, partendo da una situazione di sostanziale parità con Paesi co-

**Figura 1**

Spesa sanitaria totale, % Pil - Paesi G7, 1960-2006 (anni selezionati)

Fonte: OECD Health Data (2009)



me il Canada (negli anni Sessanta) e la Germania (negli anni Settanta), la spesa sanitaria statunitense ha assunto negli ultimi 30 anni dimensioni spaventose, fino a rappresentare oltre il 15% del Pil del Paese (nel 2006). Il grafico considera il valore della spesa sanitaria totale, pubblica e privata. Per gli Stati Uniti è stato utilizzato un macroaggregato che comprende le polizze assicurative private e i programmi pubblici di copertura per diverse categorie (*Medicare, Medicaid, SCHIP, US Military Health Care TRICARE* e altri programmi minori).

La **tabella 1**, inoltre, indica come l'anormalità della spesa sanitaria americana si mantenga anche in termini proporzionali: la spesa sanitaria pro-capite statunitense è doppia rispetto a quella degli altri Paesi del G7, così come l'entità della spesa totale rispetto al Pil.

Inoltre, la spesa pro-capite americana è in assoluto la più alta tra i Paesi dell'OECD (OECD Health Data, 2009; Carey, 2009).

Gli oltre 2.200 miliardi di dollari vengono assorbiti in modo abbastanza equilibrato dal sistema pubblico e dal sistema privato: il 44% della spesa (circa 980 miliardi di dollari) è rappresentato dai principali sistemi pubblici, mentre il 50% (circa 1.120 miliardi di dollari) riguarda le spese del mercato assicurativo privato.

I programmi *Medicare* e *Medicaid* sono le due principali fonti di spesa pubblica, consumando rispettivamente il 43% e il 35% della spesa, mentre il restante 22% riguarda le spese per tutti gli altri programmi pubblici.

La parte privata, invece, si compone per il 69% delle spese per il sistema di assicurazioni private, per il 24% di *out-of-pocket*, e per il restante 7% di spese generali sostenute privatamente.

Una delle più forti giustificazioni alla riforma è stata, fin dall'inizio, la necessità di fermare l'ascesa incontrollata dei costi del sistema e la nuova legge è stata sempre presentata come certamente risolutiva. In realtà, nonostante le stime confortanti del CBO,

l'ambiguità e l'incertezza che circondano i costi e i benefici dell'implementazione delle novità introdotte dall'*Affordable Care Act* sono ancora molto forti.

Il testo di riforma si basa su diverse leve di intervento le cui azioni sono indirizzate a più di una dimensione del sistema, con effetti molto spesso contrastanti o sovrapposti (Cutler, 2010; Fodeman *et al.*, 2010). L'espansione della copertura, ad esempio, porterà indubbi benefici dal punto di vista dell'accessibilità del sistema, ma comporterà anche un inevitabile aggiuntivo investimento di risorse nel breve periodo. Tuttavia, molto spesso gli individui non assicurati vanno incontro a veri e propri disastri finanziari. Il costo dell'essere malati negli Stati Uniti ha due principali componenti: il costo del reddito perso non lavorando (l'assenza per malattia non viene quasi mai remunerata) e i costi da sostenere per le cure, che, nel caso di assenza di assicurazione, raggiungono entità sostanziose (Starr, 1982). E, infatti, una ricerca ha dimostrato che circa la metà dei casi di bancarotta nel 2001 è stata causata da problemi di salute: negli Stati Uniti si parla addirittura di «*medical bankruptcy*» (Himmelstein *et al.*, 2002). Il ridimensionamento di questi fenomeni dovrebbe portare benefici economici al sistema, ma è molto complesso riuscire a stimarli. Ancora, le limitazioni dei pagamenti *out-of-pocket*, se da un lato imprimono una nuova equità al sistema e contengono le spese degli individui, implicano anche un maggiore impegno economico da parte delle compagnie assicurative, o dei datori di lavoro o dei programmi pubblici, con effetti incerti sulla spesa totale.

### 2.3. La copertura assicurativa della popolazione

Assicurazioni private, organizzazioni, programmi pubblici e oltre il 15% del Pil del Paese più ricco del mondo non bastano a garantire copertura sanitaria a 305 milioni

	Canada	Francia	Germania	Giappone	Italia	Regno Unito	Stati Uniti
<b>Dollari procapite, PPA</b>	3,512	3,323	3,340	2,532	2,559	2,755	6,614
<b>% Pil</b>	9.50%	10.70%	10.20%	7.90%	8.60%	8.10%	15.10%

**Tabella 1**  
Spesa sanitaria totale pro-capite, in dollari PPA, e come % del Pil, Paesi G7. Anno 2006  
Fonte: OECD Health Data (2009)

di cittadini (CDC/NCHS, 2007; CMS, 2010; healthcare.gov, 2010).

Nel 2007 risultavano assicurate circa 193 milioni di persone (0-65 anni) e altri 24 milioni (i cosiddetti *underinsured*) erano provvisti di un'assicurazione «parziale» (CDC/NCHS, 2007; CMS, 2010). Come richiamato sopra, il 78% sono assicurati tramite assicurazioni private, e principalmente attraverso il datore di lavoro. Gli individui coperti dal sistema pubblico, invece, rientrano per la maggior parte nel *Medicaid* (75%), mentre *Medicare* copre l'11% della popolazione, e il restante 14% ricorre agli altri programmi. È interessante notare che quasi la metà (48%) dei beneficiari di *Medicaid* sono bambini, mentre gli adulti indigenti rappresentano il 27% e alcune tipologie di disabili (soprattutto ciechi) il 16% (CMS, 2010). *Medicare* si occupa principalmente di anziani, che rappresentano l'83% dei coperti, e in via residuale di malati cronici (CDC/NCHS, 2007).

Accanto ai fortunati, ci sono circa 44 milioni di americani sprovvisti di un qualunque piano di assicurazione sulla salute: considerato che gli anziani rientrano nel piano *Medicare* e che i bambini rientrano nei piani assicurativi dei genitori o vengono coperti dallo SCHIP, si tratta di adulti tra i 20 e i 65 anni.

Se ci sono incertezze sugli effetti della riforma rispetto ai costi del sistema e alla sua frammentarietà, è invece sicuro che, entro il 2019, 32 milioni di persone finora non assicurate saranno coperte. Le sfide che questa novità presenta rivestono particolare importanza, tanto da rappresentare i nodi critici di successo della riforma stessa (Brook *et al.*, 2010). Fino a ora il bisogno sanitario di queste persone veniva espresso in modo non sistematico, gestito in base all'emergenza e pagato anche con il costo della rovina finanziaria di intere famiglie: dal 2014, più di 30 milioni di individui allargheranno la domanda «ufficiale» del sistema sanitario, sia pubblico che privato: sarà interessante osservare

come il sistema farà fronte a una domanda così allargata in breve tempo. La risposta principale della legge Obama è il rafforzamento della rete di *Primary Care*, insieme a una generale ricerca di maggiori livelli di integrazione e coordinamento, attraverso il supporto a diverse iniziative, che vengono approfondite più avanti.

#### 2.4. Lo stato di salute degli americani e le iniquità del sistema

All'ingente investimento di risorse nel sistema sanitario non corrisponde né una copertura universale della popolazione, né indicatori di salute ed equità eccellenti.

Innanzitutto, è utile considerare almeno un indicatore generale della qualità della salute degli americani: l'aspettativa di vita.

La **tabella 2** mostra come gli americani abbiano una aspettativa di vita peggiore di quella degli altri Paesi del G7. Questo dato assume maggiore significatività se si considera la sua varianza in base alla razza: infatti, una donna bianca americana vive in media 81 anni, mentre una afro-americana solo 76; allo stesso modo, se per un americano bianco l'aspettativa di vita arriva a quasi 76 anni, per un uomo afro-americano essa non raggiunge i 70 (US Public Health Service, 2007).

Inoltre, il Paese presenta *trend* demografici ed epidemiologici preoccupanti, insieme alla diffusione di alcuni comportamenti «inappropriati» da parte dei cittadini (CDC, 2010):

1) a causa dell'alto numero di persone non assicurate e dello scarso sviluppo della rete di cure primarie, gli americani ricorrono sempre più spesso al Pronto soccorso in modo improprio. Questa tendenza, oltre a impedire un corretto e appropriato trattamento dell'evento clinico, fa lievitare pesantemente i costi del sistema;

2) anche gli americani, come tutte le popolazioni dei Paesi occidentali avanzati, stan-

**Tabella 2**

Aspettativa di vita alla nascita. Anno 2006  
Fonte: OECD Health Data (2009)

	Canada	Francia	Germania	Giappone	Italia	Regno Unito	Stati Uniti
<b>Donne</b>	83.0	84.1	82.4	85.8	84.2	81.7	<b>80.7</b>
<b>Uomini</b>	78.4	77.2	77.2	79.0	78.5	77.3	<b>75.4</b>

no invecchiando progressivamente e costantemente: oltre il 20% dei residenti negli Stati Uniti è ultra-65enne. Questi *trend* demografici incidono pesantemente sul quadro epidemiologico della popolazione americana, che vede il prevalere di malattie quali quelle cronico-degenerative, cardiovascolari, tumori, e altre malattie tipiche della vecchiaia;

3) stando ai dati più aggiornati (2007) negli Stati Uniti:

- 7 morti su 10 ogni anno sono dovute a malattie croniche. In particolare, cardiopatia, neoplasia e infarto sono le cause di oltre il 50% dei decessi annui;

- nel 2005 quasi 133 milioni (1 su 2) di americani erano affetti da almeno una malattia cronica;

- circa un quarto dei malati cronici riportano anche una o più limitazioni nelle attività giornaliere;

- la causa più comune di disabilità è l'artrite;

- il diabete continua a essere la causa primaria di disfunzioni renali, amputazioni minori e cecità tra gli adulti e gli anziani (20-74 anni);

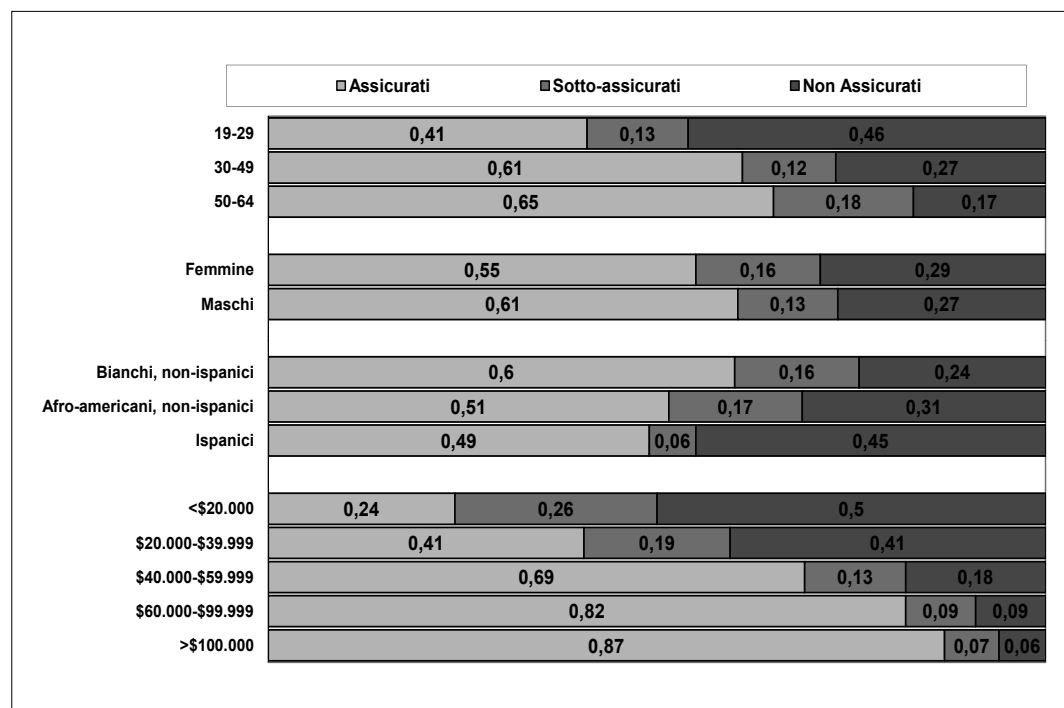
- la lotta all'obesità è diventata una priorità, con un adulto su tre obeso e quasi uno su cinque tra la popolazione di 6-19 anni;

– sono stati individuati quattro principali comportamenti rischiosi per la salute, altamente modificabili tramite «educazione sanitaria»: fumo, assunzione di alcool, assenza di attività fisica e scorretta alimentazione. Gli americani risultano poco «educati» rispetto a tutti e 4 i comportamenti dannosi citati.

È stato dimostrato (Thorpe *et al.*, 2009) che le 15 malattie più costose hanno causato dal 43 al 61% della crescita della spesa tra il 1987 e il 2000. In particolare, le cinque malattie più care – scompenso cardiaco, malattie mentali, malattie polmonari, neoplasie e traumi – giustificavano gran parte della crescita, dovuta sia alla crescita della prevalenza delle malattie stesse che all'aumento dei costi di trattamento.

Questi dati acquistano ancora maggiore peso se si considera la grande fetta di popolazione non assicurata. Se, in aggiunta, si vanno ad analizzare le caratteristiche demografiche e socio-economiche dei non assicurati, risulta chiaro che, accanto a un progressivo peggioramento dello stato di salute, i cittadini americani subiscono diverse iniquità.

La **figura 2** illustra i risultati di un recente sondaggio del Commonwealth Fund (2007), secondo il quale sono per lo più i giovani



**Figura 2**  
Caratteristiche demografiche e socio-economiche degli assicurati e non assicurati, popolazione adulta, USA. Anno 2007

(19-29 anni) a rischiare una vita senza assicurazione sanitaria, insieme a persone con reddito basso e di origine ispanica. Questi dati rivelano che oltre a non essere universale e molto costoso, il sistema sanitario americano oggi è un sistema che esclude la forza motrice del Paese (i giovani) e in cui i più deboli (poveri e non bianchi) vivono meno a lungo e sono meno tutelati.

Sarebbe impensabile riformare un sistema senza tener conto di queste problematiche. La riforma Obama tenta di farlo, innanzitutto garantendo copertura assicurativa alla quasi totalità della popolazione, e cercando di rinforzare la rete di *Primary Care* in modo da assicurare a un numero più alto di persone l'importante contatto di «ingresso» al sistema e da valutare in modo più appropriato i bisogni di cura dei pazienti. La nuova legge, poi, risolve in parte la questione della copertura dei giovanissimi, attraverso l'obbligo di assicurare tutti i figli fino al ventiseiesimo anno di età, ma restano incerti i suoi effetti positivi sulle macro-ingiustizie basate su razza e reddito. Le iniquità, infatti, sono difficili da sradicare, originando da diversi fattori socio-economici; il fatto che un numero più alto di indigenti entrerà nel programma *Medicaid* e che molte famiglie bisognose verranno supportate nell'acquisto di una polizza non comporta necessariamente equità di trattamento rispetto ai più benestanti. Insomma, i concetti di «equità» e «iniquità» sono talmente complessi da definire che la misurazione degli stessi fenomeni che li rappresentano si presta a innumerevoli interpretazioni, che possono essere anche di segno opposto.

### 3. Il rafforzamento della *Primary Care*: una risposta ai «challenge»

*«The better the primary care, the greater the cost savings, the better the health outcomes, and the greater the reduction in health and health care disparities»*

(Epstein, 2001)

Come già anticipato, la riforma contiene diverse leve di intervento, che insistono su più di una dimensione del sistema: a volte gli effetti di queste leve sono contrastanti, tanto da rendere molto complessa la previsione delle conseguenze sul sistema nella sua totalità; altre volte, invece, la validità di un

insieme di iniziative fa sentire la sua forza su tutto il sistema. E questo sembra essere il caso delle azioni previste dalla riforma sotto la targa «Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health» (Affordable Care Act, Titolo V), che consiste, in pratica, nel rafforzamento dei servizi di *Primary Care* su tutto il territorio nazionale.

A parere di molti (Epstein, 2001; Sepulveda *et al.*, 2008; Brook *et al.*, 2010; Cutler, 2010; Phillips *et al.*, 2010) investire sulla rete di servizi territoriali – come li chiameremo in Italia – è diventato essenziale per la tenuta organizzativa e finanziaria del sistema sanitario di ogni Paese, a causa del progressivo e velocissimo invecchiamento della popolazione e della sempre maggiore prevalenza di malattie croniche; per gli Stati Uniti, che erogano servizi sanitari all'interno di una cornice così disintegrata e scollegata, questa operazione risulta anche più fondamentale.

Espandere la copertura sanitaria comporterà anche problemi nel contenimento dei costi del sistema; espandere la copertura sanitaria significa un aumento della domanda di medici di cure primarie: virtualmente, tutti avranno bisogno di un medico di fiducia (Brook *et al.*, 2010). Organizzare l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari centrandola sui servizi di *Primary Care* consentirebbe di ridurre i costi e, allo stesso tempo, aumentare la qualità dei servizi offerti, servendo una fetta maggiore di popolazione (Grumbach *et al.*, 2002; Phillips *et al.*, 2010; Sepulveda *et al.*, 2008).

Per questi motivi, il rafforzamento della rete di *Primary Care* su tutto il territorio supportato dalla riforma, in una logica *community-based* e riportando l'attenzione sulle attività di prevenzione e di «primo contatto», sembra essere una risposta ai «challenge» del sistema.

Prima di proseguire con l'analisi delle azioni programmate dal governo americano, occorre fare una precisazione sui termini usati e i loro significati. Utilizzando una definizione «americana», *Primary Care* è «*care provided by personal physicians – family physicians, general internists, and general pediatricians – who are responsible for the entire health of an individual or family. Working closely with these generalist physicians are nurse practitioners and physician assistants. Primary care is the patient's en-*



*try into the health care system and the medical "home" for ongoing, personalized care» (Sepulveda et al., 2008, 1). Invece, ciò che il testo di riforma intende per «Primary Care» ha un significato più esteso, comprendendo, oltre al medico di famiglia e ai servizi di «primo contatto», le attività di prevenzione, di salute mentale e, a volte, estendendosi fino ai professionisti socio-sanitari e prettamente sociali. La «Primary Care» obamiana richiama, insomma, una versione sofisticata dei servizi di assistenza territoriale erogati in Italia, in cui l'integrazione professionale si accompagna all'integrazione della sede fisica dei diversi professionisti coinvolti e al coordinamento tra differenti ambiti istituzionali (tipicamente, la Asl e gli enti locali).*

*L'Affordable Care Act considera due figure professionali principali: l'Health Extension Agent, che è «any local, community-based health worker who facilitates and provides assistance to primary care practices by implementing quality improvement or system redesign, incorporating the principles of the patient-centered medical home to provide high-quality, effective, efficient, and safe primary care and to provide guidance to patients in culturally and linguistically appropriate ways, and linking practices to diverse health system resources» (Affordable Care Act, Title V, Sec 5405, 2010); invece, il Primary Care Provider è inteso come «a clinician who provides integrated, accessible health care services and who is accountable for addressing a large majority of personal health care needs, including providing preventive and health promotion services for men, women, and children of all ages, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community, as recognized by a State licensing or regulatory authority» (Affordable Care Act, Title V, Sec 5405, 2010).*

Nonostante l'accesso universale a servizi di qualità sia più che urgente, il raggiungimento di questo obiettivo da solo non ridurrà l'incidenza di malattie croniche e non migliorerà lo stato di salute degli americani (Goodman, 2009). Come accennato sopra, la copertura assicurativa di 32 milioni di persone in più affronta il tema dell'universalità dell'assicurazione ma lascia scoperta e ambigua la gestione delle criticità che derivano

dal preoccupante quadro epidemiologico degli ultimi anni.

A questo proposito, l'*Affordable Care Act* prevede l'istituzione di un nuovo fondo, il *Prevention and Public Health Fund* (Affordable Care Act, Title V), per il quale sono stati stanziati 7 miliardi di dollari nel solo periodo 2010-2015.<sup>3</sup> Lo scopo principale del fondo è espressamente quello di sostenere l'espansione degli investimenti nazionali in Prevenzione e Programmi di salute pubblica al fine di migliorare la salute degli americani, l'accesso dei pazienti al sistema e di contenere il tasso di crescita dei costi sanitari, sia pubblici che privati. Insomma, almeno nelle intenzioni, il nuovo Fondo sembra affrontare gran parte delle complessità del sistema.

Si tratta di un'ampia strategia politica volta a incoraggiare i medici americani, gli infermieri e gli altri professionisti clinici verso un concetto allargato di *Primary Care*, a migliorare le strutture già presenti sul territorio e a crearne di nuove. Il documento che introduce la riforma, include, infatti, diverse azioni dirette verso questa direzione.

Tra le più interessanti, anche dal nostro punto di vista, troviamo:

– *Aumento del numero di personale medico di Primary Care in aree scarsamente servite.*

L'*Affordable Care Act* mette a disposizione circa 2 miliardi di dollari per aumentare il numero di medici, assistenti medici e *nurse practitioner* di 12.000 entro il 2016, soprattutto nelle aree con più bassa presenza di servizi primari. In particolare, il piano prevede forti investimenti per espandere il *National Health Service Corps* (NHSC), i cui membri sono professionisti della *Primary Care* che operano in aree non servite dal 1972. Il NHSC, principalmente, paga debiti scolastici e finanzia borse di studio per quei professionisti che decidono di lavorare in queste aree del Paese.

– *Investimenti nella formazione di lavoratori a basso profilo.*

Il *Department of Labor* organizza *training* e formazione per lavoratori del settore sanità a basso profilo. Si tratta di programmi di studio rivolti a *community college*, istituzioni che si occupano della popolazione ispanica e *college* storicamente «black», che offrirebbero a nuovi lavoratori una carriera nella sanità.

L'*Affordable Care Act* mette a disposizione 14,7 milioni di dollari per supportare questi progetti, che daranno opportunità di carriera a persone che andrebbero a ingrossare le fila dei professionisti della *Primary Care*.

– *Espansione dei benefici fiscali ai professionisti che lavorano in aree non servite.*

Il governo aveva già previsto una serie di misure fiscali in supporto alle *Primary Care*: incentivi per chi sceglie *Primary Care* come specializzazione e benefici fiscali per gli studenti impegnati nel percorso. Inoltre, l'*Affordable Care Act* esclude dalle tasse il valore dei debiti scolastici per chi esercita alcune professioni sanitarie, incluso il medico di *Primary Care* (retroattivamente, sin dal 2009) e, per il 2009, mette a disposizione circa 10 milioni di dollari di rimborsi per tasse pagate da medici professionisti che lavorano in aree poco o non servite.

– *Espansione della Primary Care anche attraverso Medicare e Medicaid.*

Attualmente, *Medicare* ha a disposizione risorse finanziarie non utilizzate che l'*Affordable Care Act* sta riallocando in programmi di espansione della rete di *Primary Care* in aree poco servite. I *teaching hospital* che beneficiano delle risorse aggiuntive devono assicurare che il numero dei loro medici generici interni non diminuisca e che il 75% dei fondi ricevuti siano allocati nella *Primary Care* o nella medicina generale almeno per cinque anni. Inoltre, *Medicaid* aumenterà le tariffe dei *General Practitioner* nel 2013 e nel 2014.

– *Rendere più accessibile il percorso di studi.*

Diversi professionisti del settore sanità possono beneficiare di generosi programmi di «cancellazione dei debiti scolastici» (*student loan forgiveness programs*): l'*Affordable Care Act* estende questi benefici (a partire dal 1° luglio 2014) e li migliora.

– *Aumentare il numero dei community health center e migliorare l'organizzazione della Primary Care sul territorio.*

Sono previste una serie di attività, approfondite più avanti, volte al rafforzamento delle strutture di *Primary Care* già esistenti, alla costruzione di nuovi centri e alla creazione di organizzazioni con responsabilità di programmazione e gestione, a livello statale e locale.

Convinta che migliorare l'accesso ai servizi che rispondono a bisogni sanitari primari sia critico per una radicale riforma del sistema, l'amministrazione Obama ha deciso di usare metà del fondo stanziato per l'anno 2010 (250 milioni di dollari) per aumentare il numero di professionisti coinvolti nei servizi primari e per cambiare l'organizzazione dell'offerta dei servizi stessi. L'*Association of American Medical Colleges* ha stimato che nel 2015, per effetto dell'allargamento della copertura sanitaria, ci saranno circa 21.000 medici di base in meno di quelli necessari per fronteggiare la domanda, prevedendo cali costanti senza nessuna azione da parte del governo. L'obiettivo principale di Washington è, infatti, quello di formare 16.000 nuovi professionisti delle cure primarie nei prossimi 5 anni.

Entrando nei particolari delle iniziative supportate, il governo userà parte delle risorse stanziato per supportare e formare diverse figure professionali e nuove forme organizzative. Precisamente, il *budget* 2010 destinato all'aumento del personale di *Primary Care* (250 milioni di dollari) è organizzato come segue (*Affordable Care Act*, Title IV):

– formazione di 500 nuovi medici (168 milioni di dollari);

– formazione di più di 600 nuovi assistenti medici. Queste figure professionali lavorano come membri di una squadra, il cui supervisore è un medico, e possono essere formate in tempi più veloci rispetto a quelli dei medici (32 milioni di dollari);

– aumento del numero di infermieri di 600 unità, con contestuale offerta di incentivi per studenti *part-time* per diventare *full-time* e terminare in tempi più rapidi il loro percorso di studi (30 milioni di dollari). I *nurse practitioner* sono figure professionali che offrono servizi di *Primary Care* «comprehensive», sono cioè in grado di gestire i bisogni di salute primari in modo completo;

– costruzione di nuove cliniche gestite da infermieri: sono stati stanziati 15 milioni di dollari per la creazione di 10 nuove cliniche completamente gestite da infermieri, che assistano la formazione degli aspiranti *nurse practitioner*. Queste cliniche, inoltre, sorgeranno nelle aree meno servite, offrendo alla popolazione un pacchetto di servizi di cure primarie completo;

– inoltre, il governo ha stanziato 5 milioni di dollari in incentivi per gli Stati che pianificano e implementano strategie innovative di aumento del personale coinvolto nei servizi di *Primary Care* dal 10 al 25% nei prossimi dieci anni, al fine di incontrare la domanda crescente di «primo contatto» da parte della popolazione.

Supportare scelte professionali in favore della *Primary Care* non è sufficiente, così come non basta disporre di un maggior numero di professionisti per essere in grado di prendersi cura in modo appropriato di una popolazione di paziente «ufficialmente» aumentata in volume. Infatti, la riforma impegna diversi sforzi finanziari e organizzativi anche nel miglioramento di quelli che negli US si chiamano *community health center* e nella creazione di nuove strutture di questo genere. I *community health center* sono da più di 40 anni le organizzazioni cardine del sistema di *Primary Care* americano, offrendo servizi di prevenzione e di primo contatto altamente qualitativi a tutta la popolazione, a prescindere dalla capacità di pagamento degli individui. Sono delle organizzazioni basate sulla multidisciplinarietà professionale, che fondano la loro attività sulla presa in carico integrata del paziente e sono molto radicate sul territorio: stando allo *US Department of Health and Human Services*, attualmente i *community health center* sono circa 1.100, e nel 2009 hanno curato quasi 19 milioni di persone, impiegando 9.100 medici e più di 5.700 professionisti delle cure primarie, tra *nurse practitioner*, assistenti medici e ostetriche. L'*Affordable Care Act* intende rafforzare i *center* già esistenti, e crearne di nuovi, soprattutto nelle aree meno servite, in coerenza con le azioni per agevolare l'aumento di professionisti nelle stesse aree. A tale scopo, il disegno di riforma mette a disposizione 11 miliardi di dollari (*Affordable Care Act*, Title X), da utilizzare nei prossimi cinque anni. Per il 2011 sono stati stanziati \$250 milioni solo per la creazione di 350 nuovi *community health center*: il governo americano è convinto che queste unità organizzative giocheranno un ruolo fondamentale nell'implementazione della riforma, in quanto «enfaticizzano il coordinamento tra servizi di prevenzione e cure primarie e promuovono l'approccio *medical home*, suppor-

tando la riduzione di disparità basate sul reddito o sulla razza», e favorendo la riduzione dei costi poiché «l'approccio integrato alla cura consente di prendere in carico in modo appropriato pazienti con diversi bisogni di salute» ([healthgov.com](http://healthgov.com), 2010).

I programmi di cura e prevenzione *community-based* perseguono diverse strategie: organizzazione di interventi che affrontano specifici fattori sociali ed economici del territorio di riferimento; definizione di politiche pubbliche che promuovano stili di vita sani; realizzazione di interventi diretti ad aree di popolazione bisognosa o a parti di territorio non servite (Goodman, 2009). Le attività finanziate dalla riforma Obama comprendono tutte queste finalità, insistendo sulla formazione di personale dedicato, che copra aree poco servite del Paese e che svolga il ruolo di *gatekeeper* del sistema. Il ripristino della funzione di *gatekeeping* è cruciale per affrontare in modo appropriato l'espansione della domanda che si avrà a partire dal 2014.

Inoltre, la creazione di nuovi *community health center*, insieme al rafforzamento di quelli già esistenti, è funzionale all'offerta di una cura «continua» e «comprensiva», poiché i *center* agevolano il lavoro di squadra tra professionisti diversi. L'integrazione (professionale e fisica) è fondamentale per la presa in carico di pazienti cronici, da diversi punti di vista: innanzitutto, essa consente di disegnare un percorso di cura appropriato e «continuo»; l'appropriatezza, oltre a migliorare gli *outcome* clinici, consente di evitare l'ospedalizzazione e il ricorso esagerato a esami specialistici o interventi (Brook, 2010; Epstein, 2001).

Merita attenzione il continuo richiamo, nel testo di riforma, a logiche di cura *patient-centered* e che enfatizzino il ruolo della *medical home*. La *medical home* è definita come «a health care setting that provides patients with timely, well-organized care, and enhanced access to provider» (Beal *et al.*, 2007). Si tratta di una modalità di cura centrata sul paziente, che viene preso in carico in modo «personalizzato»: si basa, infatti, su una relazione personale tra medico e paziente, funzionale a migliorare la salute del paziente stesso attraverso un *continuum* di servizi (Rosenthal, 2008). In questo modello ognuno può fare affidamento su un unico medico personale, il quale conosce la

vita clinica dei propri pazienti e si preoccupa di prescrivere esami, terapie, o di inviare i propri assistiti da altri medici. La riforma intende orientare i *community health center* e i medici di *Primary Care* verso questo tipo di approccio, che, quando adottato capillarmente su tutto il territorio, consentirà di agevolare l'accesso ai servizi, rendere il sistema più efficiente, servire in modo appropriato un maggior numero di persone e diminuire le disparità etniche e razziali (Beal *et al.*, 2007; Epstein, 2001; Rosenthal, 2008).

Parte delle risorse saranno inoltre destinate agli Stati che favoriranno la creazione di enti o agenzie che agevolino, coordinino e supportino le attività dei professionisti sul territorio e dei *community center*: il Titolo V dell'*Affordable Care Act* individua due principali tipologie di organizzazioni, le *Primary Care Extension Program State Hubs*, o *Hubs* e le *Local Primary Care Extension Agencies*, o *Local Agencies*.

Particolare interesse riveste la natura pubblica di questi nuovi enti. Infatti, stando al documento di riforma, le *Hubs* costituiscono le «braccia» a livello statale del *Department of Health*, e dovrebbero comprendere:

- rappresentanti dello *State Health Department*;
- rappresentanti del programma *Medicaid*;
- rappresentanti a livello statale del programma *Medicare*;
- rappresentanti di almeno una delle scuole professionali che si occupano della formazione dei futuri medici e professionisti di *Primary Care*.

Le *Hubs* si occuperanno principalmente di riportare al livello federale un piano di organizzazione e coordinamento degli health centers presenti sul territorio, di fissare standard di servizi di minimi da erogare a livello locale, contrattando con le *Agencies* e, più in generale, di gestire le risorse finanziarie, allocandole alle organizzazioni locali, coordinando le loro attività in un'ottica di *network*, in cui vengono condivise informazioni e *best practice*.

Le *Local Agencies* vengono costituite dalla *Hub*, hanno anch'esse natura pubblica, e rappresentano il «braccio operativo» del livello statale sul territorio di competenza. Il lavoro

delle *Agencies* è cruciale per il rafforzamento del sistema di *Primary Care*, poiché esse sono gli enti fisicamente vicini ai professionisti e alle strutture che offrono servizi. Le loro principali attività comprendono:

- assistere i vari *provider* nell'implementazione di efficienti servizi di *medical home* centrati sul paziente, e nel miglioramento complessivo dell'accesso e della qualità dei servizi, inclusi quelli domiciliari;
- sviluppare e supportare *primary care learning communities* per migliorare la diffusione di *evidence-based practice*, condividere *best practice*, e coinvolgere i medici nella generazione di nuova conoscenza e di importanti questioni per la ricerca scientifica;
- partecipare al *network* statale gestito dalla *Hub* di riferimento;
- sviluppare un piano di sostenibilità finanziaria che tenga conto delle risorse statali, locali e delle contribuzioni private che concorrerà alla riduzione dei costi generali a livello federale prevista a partire dal 2016.

Oltre all'obiettivo, dichiarato, di integrare le attività di *Primary Care* all'interno di ogni Stato, questa iniziativa potrebbe avere notevoli effetti positivi sulla frammentarietà del sistema: essendo indirizzati agli Stati, ai programmi *Medicare* e *Medicaid*, ed essendo guidati dal livello federale, gli stimoli all'integrazione nella programmazione delle attività di *Primary Care* costringe enti diversi alla comunicazione e alla condivisione di informazioni, in un'ottica virtuosa di coordinamento e univocità di intenti.

#### 4. Considerazioni finali

Il rafforzamento della *Primary Care*, insieme agli investimenti sull'erogazione di servizi di prevenzione ed educazione «sanitaria» dei professionisti e della popolazione, sembra rappresentare una risposta trasversale ai «challenge» del sistema: la copertura della quasi totalità della popolazione è facilitata e, anzi, a parere di molti, impossibile da raggiungere senza l'aumento dei professionisti della *Primary Care*; lo stato di salute dei cittadini e le iniquità insite al sistema vengono affrontati dai programmi di prevenzione e dalle nuove modalità di erogazione dei ser-

vizi, più spostate al di fuori degli ospedali e centrati sulle reali necessità del paziente; la frammentarietà del sistema potrebbe essere migliorata da iniziative che coinvolgono, allo stesso tempo, enti pubblici diversi, per natura e livello geografico; infine, pur rimanendo un'area ambigua, i costi del sistema dovrebbero subire una diminuzione nella loro crescita, grazie a un minor ricorso ai servizi ospedalieri e specialistici e alla presa in carico dei pazienti in ottica longitudinale.

Tuttavia, affinché vi siano risposte virtuose alle criticità attuali, le diverse iniziative supportate dalla riforma devono essere implementate efficacemente. Anche l'implementazione del cambiamento della rete di *Primary Care* presenta alcuni «challenge».

Innanzitutto, le iniziative volte a raggiungere maggiori livelli di coordinamento nell'erogazione dei servizi sono molteplici e indirizzate a enti, sia pure tutti pubblici, diversi tra loro: *Medicare*, *Medicaid*, SCHIP, *Department of Health and Human Services* e CDC. Gli sforzi di comunicazione e integrazione potrebbero sovrapporsi o creare duplicazioni, creando così inefficienze e ritardi (Thorpe *et al.*, 2010). Invece, l'efficacia di tali iniziative richiede rapidità di cambiamento (Cutler, 2010): un cambiamento che investe specialmente la cultura delle istituzioni coinvolte, con in testa il *Department of Health and Human Services*.

Anche i diversi *provider* coinvolti nella *Primary Care* dovranno rispondere celermente alle nuove modalità di erogazione dei servizi (*medical home*, approccio *patient-centered*), e occorrerà, a tal proposito, un'appropriata formazione. In particolare, il medico di *Primary Care*, il *General Practitioner* (GP), acquisterà nuove responsabilità e sarà chiamato alla copertura di funzioni aggiuntive, la più importante delle quali riguarda il coordinamento di veri e propri team multidisciplinari e multi-professionali. Il sistema gli richiede, insomma, di passare da *gatekeeper* a *systemkeeper* (Bodheneimer, 1999), intendendo con questo termine i nuovi oneri di «tenuta» organizzativa del sistema stesso. Affinché i professionisti scelgano di intraprendere questa carriera, essi devono sentirsi fieri di questo nuovo ruolo, e, soprattutto, devono essere incentivati a farlo: oggi lo stipendio di un medico di *Primary Care* e quello di uno specialista differiscono an-

cora troppo, a svantaggio dei medici generici. Le compagnie assicurative, *Medicare* e *Medicaid* dovranno, allora, appianare queste differenze, se davvero auspicano che i GPs si assumano nuove responsabilità e oneri aggiuntivi (Brook *et al.*, 2010).

*Last, but not least*, le iniziative programmate per il miglioramento della rete di *Primary Care* non sono obbligatorie, ma sono nella forma di incentivi al cambiamento e supporti ai vari protagonisti del sistema (dai medici, agli *health center*, agli Stati): una grande parte dell'implementazione del rafforzamento dipende, dunque, dalla volontà degli attori e dalle capacità di persuasione degli agenti politici.

In particolare, gli Stati giocheranno un ruolo decisivo nel successo di tali iniziative. L'equo accesso ai servizi primari garantito a tutti i cittadini dipende anche dall'attuazione sincronica, o quanto meno omogenea, delle novità organizzative che investono la *Primary Care* da parte di tutti gli Stati. Infatti, le caratteristiche del sistema comportano che l'universalità di accesso e la diminuzione delle iniquità insite nell'attuale modalità di erogazione dei servizi, causate principalmente dalla estrema frammentarietà del sistema stesso, siano raggiungibili attraverso l'azione univoca e condivisa di tutti gli Stati della federazione. Il *commitment* delle istituzioni pubbliche, insomma, rappresenta la *conditio sine qua non* della fattibilità della riforma della rete di *Primary Care*, con tutti i benefici che essa comporterebbe, così come il forte *commitment* del Presidente è stato decisivo per l'approvazione della nuova legge. Questo per una ragione fondamentale: i cambiamenti riguardano il «territorio» e la *governance* clinica dei servizi erogati fuori dagli ospedali.

La riforma, di fatto, insiste sullo sviluppo e rafforzamento di:

- programmi di prevenzione e *Public Health*;
- rete dei professionisti della *Primary Care*.

Nonostante le istituzioni della *World Health Organization* continuino a puntare molto sulla *Public Health*, tendendo a sovrapporla con la *Primary Care*, le recenti riforme dei Paesi con lunga tradizione di *welfare state*, soprattutto europei, e la lette-

ratura internazionale si dirigono sempre di più verso una netta separazione tra i due ambiti, lasciando il primo alla programmazione politico-manageriale e la seconda all'azione coordinata dei professionisti. Però, nei sistemi a copertura universale e accesso equamente garantito anche il coordinamento dei professionisti clinici nell'ambito dell'assistenza territoriale è guidato da una «mano pubblica». L'azione integrata delle molte figure professionali coinvolte nella *Primary Care* è, infatti, cruciale per un esito efficace e appropriato dei servizi, e cioè per il raggiungimento di elevati livelli di continuità della cura e di *responsiveness* e *comprehensiveness*. In questo senso, la *governance* dei servizi erogati assume particolare importanza, riguardando gli strumenti di coordinamento tra aree di cura e professionisti diversi. E questo a prescindere dalle specifiche cornici normative e filosofiche e dai contenuti organizzativi.

Affidare le politiche di salute pubblica e l'organizzazione della *Primary Care* alle istituzioni pubbliche negli Stati Uniti potrebbe rappresentare un importante passo avanti verso la creazione di un *welfare state* sul modello europeo. Inoltre, la creazione delle *Hubs* statali e delle *Local Agencies* all'interno di ogni Stato sembra essere una novità che, se davvero accolta, porterebbe diversi vantaggi:

- stimolo all'omogeneizzazione del sistema. Poiché le *Hubs*, quando costituite, comprenderanno rappresentanti del livello federale, di *Medicaid*, di *Medicare* e delle scuole di formazione, esse saranno il luogo in cui le politiche generali di *Public Health* (ad esempio, sviluppo di programmi di screening, vaccini, campagne anti-fumo o contro l'obesità) potranno trovare una voce condivisa e definita. La costituzione delle *Hubs* agevolerà l'omogeneizzazione delle politiche su tutto il territorio nazionale e, inoltre, anche all'interno di ogni singolo Stato, grazie alla loro attività di coordinamento delle *Local Agencies*, in termini di servizi erogati e risorse allocate;

- maggior controllo, pianificazione e una gestione più corretta: attraverso le *Hubs* sarà possibile pianificare realmente le attività in modo coordinato, e le *Agencies*, a «ombrello», garantiranno l'integrazione nelle porzio-

ni di territorio di competenza. Ne scaturirebbe una gestione condivisa e razionale degli *health centers*, che consentirebbe, inoltre, una riduzione dei costi (anche in termini di diminuzione degli accessi ospedalieri impropri);

- effettiva acquisizione di logiche *patient-centered* e *medical home* nell'organizzazione ed erogazione dei servizi: le *Local Agencies* supporteranno i professionisti nell'acquisizione di questa logica, attraverso la diffusione di best practice e formazione mirata; inoltre, le *Agencies* giocheranno un ruolo cruciale nell'utilizzo e allocazione delle risorse finanziarie, dovendo sviluppare un piano di sostenibilità finanziaria che tenga conto di tutte le risorse disponibili, potendo fin arrivare a essere i «tesorieri» del sistema locale.

Tra qualche anno, la struttura della *governance* della *Primary Care* americana potrebbe richiamare, *mutatis mutandis*, quella italiana, con le *Hubs* che replicano alcune funzioni delle nostre Regioni, e le *Local Agencies* che fungono da Asl/distretti, solo nelle loro funzioni di indirizzo e coordinamento.

Di base, rimane che questo grande cambiamento culturale richiede una forte convinzione, prima di tutto politica.

La riforma Obama ha incontrato molti pareri contrari, sia durante l'*iter* di disegno, sia dopo la sua approvazione. Tuttavia, sembra ci sia unanimità nel riconoscere la bontà di una iniziativa: gli investimenti nel rafforzamento della *Primary Care* su tutto il territorio e il graduale passaggio a una logica di presa in carico totale del paziente da parte di un medico di fiducia (Friedberg *et al.*, 2010). Sono tutti d'accordo che l'implementazione dei programmi proposti dalla riforma migliorerà il sistema, affrontando in modo trasversale le principali criticità dello stato attuale. L'attuazione dei cambiamenti previsti è, dunque, non solo auspicabile, ma fortemente necessaria.

## Note

1. Sono esentati gli individui il cui reddito sia inferiore ai 9.350 dollari annui o le coppie che guadagnano meno di 18.700 dollari, oltre agli indiani americani (Titolo X, Affordable Care Act).
2. Chi non dovesse attenersi all'obbligo di copertura incorrerà in sanzioni, che sono fissate a 95 dollari o l'1% del reddito per il 2014, 325 dollari o il 2% del

reddito nel 2015 e 695 dollari o il 2,5% del reddito nel 2016.

3. Precisamente, le risorse sono state stanziare nel seguente modo: 500 milioni di dollari nel 2010, 750

milioni di dollari nel 2011, 1 miliardo di dollari nel 2012, 1 miliardo di dollari e 250 milioni nel 2013, 1 miliardo di dollari e 500 milioni nel 2014 e 2 miliardi di dollari nel 2015 e anni seguenti.

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

- BEAL A.C., DOTY M.M., HERNANDEZ S.E., SHEA K.K., DAVIS K. (2007), «Closing the divide: how Medical Homes promote equity», in *Health Care: Results From The Commonwealth Fund 2006 Health Care Quality Survey*, The Commonwealth Fund.
- BODHENEIMER M.D. (1999), «Primary Care physicians should be coordinators, not gatekeepers», *Journal of American Medical Association*, vol. 281(21), pp. 2045-2049.
- BROOK R.H., YOUNG R.T. (2010), «The Primary Care Physicians and Health Care Reform», *Journal of American Medical Association*, vol. 303(15), pp. 1535-1536.
- BROWN L.D. (2008), «The amazing noncollapsing U.S. Health Care System. Is Reform finally at hand?», *The New England Journal of Medicine*, vol. 358(4), pp. 325-327.
- CAREY D., HERRING B., LENAIN P. (2009), «Health Care Reform in the United States», Working paper, OECD Economics Department, febbraio.
- CDC/NCHS (2007), *National Health Interview Survey*.
- CHANDRASEKAR S., ASMAR T. (2010), «US: Health Care Reform arrives in the US», *The Latham & Watkins Working World*, 8, June, p. 17.
- COMMONWEALTH FUND (2007), *Biennial Health Insurance Survey*.
- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (CBO) (2010), Cost estimate for the amendment in the nature of a substitute for H.R. 4872, incorporating a proposed manager's amendment, 20 marzo.
- CUTLER D. (2010), «How Health Care Reform must bend the cost curve», *Health Affairs*, vol. 29(6), 1131-1135.
- DARLING H. (2010), «Health Care Reform: perspectives from large employers», *Health Affairs*, vol. 29(6), pp. 1220-1224.
- DASCHLE T., GREENBERGER S.S., LAMBREW J.M. (2008), *Critical: what we can do about the health-care crisis*, St. Martin's Press, New York.
- DORR D., BONNER L.M., COHEN A.N., SHOAI R.S., PERIN R., CHANEY E., YOUNG A.S. (2007), «Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review», *Journal of American Medical Informatics Association*, vol. 14(2), pp. 156-163.
- EPSTEIN A.J. (2001), «The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations», *Health Serv Res*, vol. 36, pp. 405-420.
- FODEMAN J.D., BOOK R.A. (2010), «"Bending the Curve": what really drives Health Care spending», Heritage Foundation Background on Health Care Reform and Obamacare, n. 2369, February 17.
- FRIEDBERG M.W., HUSSEY P.S., SCHNEIDER E.C. (2010), «Primary Care: a critical review of the evidence on quality and costs of Health Care», *Health Affairs*, vol. 29(5), pp. 766-772.
- GOODMAN A. (2009), «President Obama's Health Plan and Community-Based Prevention», *American Journal of Public Health*, vol. 99 (10), pp. 1736-1738.
- GRUMBACH K., BODENHEIMER T. (2002), «A Primary Care Home for Americans: putting the house in order», *Journal of the American Medical Association*, vol. 288(7), pp. 889-893.
- HR FOCUS EDITORIAL (2010), «Obama signs Health Care Reform Bill, reconciliation measure», *HR Focus*, maggio, n. 87, p. 5.
- LUDWICK D.A., DOUCETTE J. (2009), «Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries», *International Journal of Medical Informatics*, vol. 78(1), pp. 22-31.
- MACIOCCO G. (2010), «La storica vittoria di Obama», *R&P*, vol. 26, pp. 91-94.
- MARTIN J.C. (2004), «The future of Family Medicine: a collaborative project of the Family Medicine Community», *Annals of Family Medicine*, vol. 2(1), pp. 3-32.
- OECD (2009), *Health Data 2009: organization for economic cooperation and development*.
- PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (2010), *Title IV - Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health*, Obama Administration, [http://www.healthcare.gov/center/authorities/title\\_iv\\_prevention\\_of\\_chronic\\_disease.pdf](http://www.healthcare.gov/center/authorities/title_iv_prevention_of_chronic_disease.pdf).
- PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (2010), *Title V - Health Care Workforce*, Obama Administration, [http://www.healthcare.gov/center/authorities/title\\_v\\_healthcare\\_workforce.pdf](http://www.healthcare.gov/center/authorities/title_v_healthcare_workforce.pdf).
- PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (2010), *Title X - Strengthening Quality, Affordable Health Care for All Americans*, Obama Administration, [http://www.healthcare.gov/center/authorities/title\\_x\\_strengthening\\_quality\\_affordable\\_health\\_care\\_for\\_all\\_americans.pdf](http://www.healthcare.gov/center/authorities/title_x_strengthening_quality_affordable_health_care_for_all_americans.pdf).
- PHILLIPS R.L., BAZEMORE A.W. (2010), «Primary Care and why it matters for U.S. Health System Reform», *Health Affairs*, vol. 29(5), pp. 806-810.
- ROCCA C. (2010), «Venti stati contro la sanità di Obama», *Il Sole 24Ore*, 6 agosto, <http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2010-08-06/venti-stati-contro-sanita-080133.shtml?uuid=AYMWOTEC>.

- SEPULVEDA M.J., BODENHEIMER T., GRUNDY P. (2008), «Primary Care: can it solve employers' Health Care dilemma?», *Health Affairs*, vol. 27(1), pp. 151-158.
- STARR P. (1982), «Transformation of defeat: the changing objectives of National Health Insurance, 1915-1980», *American Journal of Public Health*, vol. 72, pp. 78-88.
- THORPE K.E., OGDEN L.L. (2010), «The foundation that Health Reform lays for improved payment, care coordination and prevention», *Health Affairs*, vol. 29(6), pp. 1183-1187.
- TUMULTY K., PICKERT K., PARKER A. (2010), «The five keys to Health Reform's Success or Failure», *Time*, 25 Marzo, [http://www.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,1975068\\_1975012,00.html](http://www.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,1975068_1975012,00.html).

**Siti web**

- CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID CENTERS, [www.cms.gov](http://www.cms.gov), consultato luglio 2010.
- CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), consultato luglio 2010.
- HEALTHCARE.GOV, [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov), consultato luglio-agosto 2010.
- NEW YORK TIMES, [www.nytimes.com](http://www.nytimes.com), consultato luglio 2010.
- TIME, [www.time.com](http://www.time.com), consultato luglio 2010.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov), consultato luglio 2010.
- US PUBLIC HEALTH SERVICE COMMISSIONED CORPS, [www.usphs.gov](http://www.usphs.gov), consultato luglio 2010.
- WHITE HOUSE, [www.whitehouse.gov](http://www.whitehouse.gov), consultato luglio 2010.



# Risk management, strumenti e cultura organizzativa per il governo della patient safety: dalla teoria alla pratica

S. CANITANO, A. GHIRARDINI, M. MIGLIAZZA, E. TRINCHERO

*Patient Identification errors has been set as the issue to tackle. The impact of «mistakes» in the Radiology Department could lead to investigate or administrate a procedure with exposure to irradiation, and the reporting of a pathology affects severely the following treatment to wrong patients. This work identified different criticalities and defined solutions, monitoring with set indicators the improvements, for example, the 50% error reduction reached in the RIS system. Overall, the project increased patient safety, supported workflow simplification and efficiency and the whole organization took benefit from it. Sharing results with the staff of the Department at each project step, it has been fundamental to have them involved and proactive.*

Keywords: patient safety, patient identification, risk management tools, radiology department

Parole chiave: sicurezza del paziente, identificazione del paziente, strumenti di gestione del rischio clinico, di radiologia e diagnostica per immagini

## Note sugli autori

Stefano Canitano è medico radiologo, IFO  
Alessandro Ghirardini è direttore Ufficio III della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ministero della Salute  
Mara Migliazza è fisico, esperto di Clinical Risk Management, Medipass SPA  
Elisabetta Trinchero, SDABocconi, AMaRIS, PaSCAI

## 1. Patient safety e clinical risk management nelle aziende sanitarie: note introduttive

Da un iniziale interesse alla gestione del rischio clinico<sup>1</sup> come strumento di contenimento della litigiosità dei pazienti, le aziende sanitarie, sia a livello nazionale sia a livello internazionale, hanno spostato il focus sulla ricerca di logiche e strumenti finalizzati alla riduzione dell'impatto sulla salute dei pazienti degli errori nei processi diagnostici e assistenziali, a prescindere dalle conseguenze risarcitorie. Questa nuova visione della gestione del rischio pone al centro il paziente, il quale assume anche un ruolo attivo nella definizione dei problemi e nella conseguente ricerca di adeguate soluzioni. L'attenzione è rivolta ai processi e alle attività intrinsecamente rischiose delle strutture sanitarie e l'obiettivo è la valutazione e il governo dei rischi connessi con queste attività, migliorando, in tale modo, anche la gestione complessiva delle aziende sanitarie stesse. Ciò è in linea con quanto definito dallo stesso Ministero della salute (2003), che ha posto l'accento sul *risk management* per le aziende sanitarie quale insieme di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente. Anche la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* asserisce che il *risk management* consiste nell'insieme di attività cliniche e gestionali tese a identificare, valutare e ridurre i rischi di danni ai pazienti, allo staff, ai visitatori e i rischi di perdita economica e di immagine per l'organizzazione stessa (JCAHO, 2001).

## SOMMARIO

1. *Patient safety e clinical risk management* nelle aziende sanitarie: note introduttive
2. Dalla teoria alla pratica: un'esperienza di cambiamento organizzativo per il miglioramento del processo di identificazione del paziente in Radiologia
3. *Lesson learnt*

Affinché sia efficace, il *risk management* deve dunque interessare tutte le aree in cui l'errore può manifestarsi durante il processo diagnostico e assistenziale del paziente. Pertanto, il sistema di *risk management* in sanità deve essere un sistema dinamico e integrato, ossia, pur mantenendo divise le responsabilità, deve condividere gli strumenti con le altre aree problematiche dell'azienda (Del Vecchio, Cosmi, 2003). Le politiche di *risk management* a livello aziendale non possono fermarsi alla semplice fase di analisi dei rischi, ma devono necessariamente approdare a una gestione del rischio sia a livello strategico, sia a livello operativo. In particolare, gli obiettivi principali della funzione di *clinical risk management* nell'azienda sanitaria possono così essere riassunti: (i) promozione di una cultura positiva della sicurezza; (ii) condivisione con gli operatori sanitari degli strumenti per il governo dei rischi nel contesto clinico; riduzione del verificarsi di eventi avversi prevenibili; (iii) minimizzazione dei danni causati dagli eventi avversi e, quindi, aumento della sicurezza per i pazienti; (iv) diminuzione della probabilità che vengano intraprese azioni legali da parte dei pazienti; (v) riduzione indiretta delle conseguenze economiche delle richieste di risarcimento; (vi) miglioramento potenziale dell'*outcome* (Vincent, 1995). Di conseguenza, per un «effetto a catena», il *risk management* può assicurare anche benefici al sistema sanitario nel suo complesso tra cui il contenimento dei rischi per il personale sanitario, la diminuzione dei contenziosi per i danni ai pazienti, la riduzione degli oneri assicurativi (Ministero della Salute, 2007).

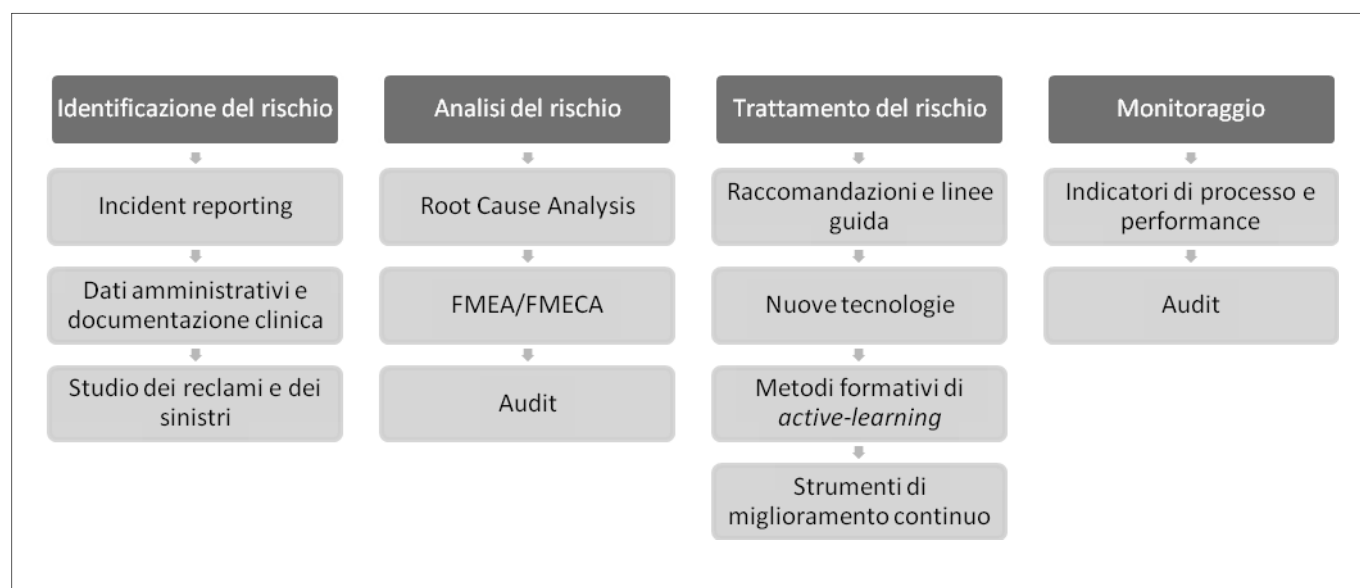
### 1.1. Fasi e strumenti per la gestione del rischio clinico a livello di azienda sanitaria

L'attività di *clinical risk management* può essere suddivisa in quattro fasi principali: (i) *la fase di identificazione del rischio*; (ii) *la fase di analisi del rischio*, che include la ricerca delle cause e la stima delle conseguenze (gravità e probabilità) che porta alla valutazione e alla quantificazione del rischio; (iii) *la fase di trattamento del rischio*, che comprende *policy*, strategie e il sistema delle regole di riduzione e prevenzione dei rischi; (iv) *la fase di vigilanza e di monitoraggio* dell'attuazione delle azioni di ridu-

zione e prevenzione dei rischi individuate. A ogni fase sono riconducibili strumenti *ad hoc*: in particolare, nella *fase di identificazione*, gli strumenti principali sono l'*incident reporting*, la revisione delle cartelle cliniche, l'analisi dei dati amministrativi, la *review* e lo studio di reclami e dei sinistri. Per la *fase di analisi del rischio*, gli strumenti più diffusi sono la *Root Cause Analysis (RCA)*, gli *audit* e la *Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)* o la *Failure Mode and Critical Effect Analysis (FMECA)*. Un'applicazione della FMECA è presentata nella tabella 6. Gli strumenti ad oggi utilizzati per il *trattamento del rischio* sono l'applicazione delle raccomandazioni, linee-guida, e *best practice* che possono riguardare anche l'introduzione di *Information e Communication Technology (ICT)* per la prevenzione di errori di processo, nonché l'utilizzo di strumenti e tecniche di miglioramento continuo e di *active-learning*. Infine, per la *vigilanza e il monitoraggio dell'attuazione delle azioni di riduzione e prevenzione dei rischi individuate* si impiegano indicatori di processo e di performance, con valutazioni periodiche e *audit* sia interni sia esterni. Una rappresentazione grafica delle diverse fasi di *clinical risk management* è presentata nella **figura 1**. Nel prosieguo del paragrafo sono sinteticamente analizzati esclusivamente i principali strumenti utilizzabili nelle fasi di identificazione del rischio e di analisi del rischio, in quanto specifici e peculiari della funzione di *risk management*. Gli strumenti utilizzabili nelle successive fasi di trattamento del rischio e di vigilanza e monitoraggio dell'attuazione delle azioni di riduzione e prevenzione dei rischi individuate sono, infatti, più in generale riconducibili alle teorie e logiche di miglioramento della qualità, di riprogettazione dei processi e di *project management*.

#### *Fase di identificazione del rischio: gli strumenti utilizzabili*

*L'incident reporting*. Costituisce una modalità strutturata di raccolta di segnalazioni di eventi indesiderati da parte degli operatori al fine di fornire una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento atte a prevenire l'accadimento futuro di eventi analoghi. I sistemi di segnalazione possono essere concepiti a di-



versi livelli quale di singola unità operativa, di dipartimento, aziendale, regionale, nazionale, internazionale. In particolare, possono essere oggetto di segnalazione: (i) *eventi avversi*, cioè eventi inattesi correlati al processo assistenziale, che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile (Kohn *et al.*, 1999); (ii) *near miss* o «quasi eventi», cioè errori che hanno la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente (Nashef, 2003); (iii) *eventi sentinella*, cioè eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno fisico o psichico al paziente. A causa della loro gravità, è sufficiente che il fenomeno si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata volta ad accettare quali fattori eliminabili o riducibili, attraverso opportune misure correttive, abbiano causato l'evento (JCAHO, 2001).

*L'analisi dei dati amministrativi e della documentazione clinica.* L'identificazione delle aree di rischio può essere realizzata anche partendo dall'analisi dei dati amministrativi della struttura sanitaria (tipicamente le Schede di dimissione ospedaliera - Sdo) nonché dall'analisi della documentazione

clinica e dalla comparazione dei dati aziendali con le rilevazioni Istat (quali ad esempio dati di mortalità, natalità e abortività). In particolare, per quanto attiene la *review* della documentazione sanitaria, la tecnica utilizzata per individuare i possibili errori in ambito sanitario consiste nel revisionare le cartelle e la documentazione clinica alla ricerca di *triggers* (letteralmente «indizi»), che mettano in evidenza dove si è eventualmente verificato l'evento avverso (Resar, 2006). Il numero degli indicatori usati varia a seconda delle diverse tecniche utilizzate, passando da un massimo di 23 (Walshe, 2000), a quello «classico», più utilizzato, basato su 18 indicatori (Vincent *et al.*, 2001), fino ad arrivare a un minimo di 8 (Wolff *et al.*, 2001).

*Lo studio dei reclami e dei sinistri.* Ulteriori fonti informative per l'individuazione delle aree di rischio e per la definizione della probabilità e gravità degli eventi avversi possono essere l'analisi dei reclami dei pazienti, gestita istituzionalmente dall'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp), e l'analisi delle cause di responsabilità civile, gestita a livello aziendale. L'effettiva efficacia di queste fonti informative dipende dalla reale capacità delle funzioni preposte di fornire flussi informativi leggibili, in grado cioè di sottolineare ed evidenziare solo le informazioni pertinenti con il *focus* dell'analisi in oggetto.

**Figura 1**  
Fasi e strumenti di *Clinical Risk Management*

### *Fase di analisi del rischio: gli strumenti utilizzabili*

*Root Cause Analysis (RCA)*. La RCA è un processo per identificare le basi o i fattori causali responsabili di una variazione della performance, inclusa l'occorrenza o la possibile occorrenza di un evento sentinella (JCAHO, 1995). La *root cause*, o «causa radice», è la causa di un incidente che può essere ragionevolmente identificata e che il management può controllare (US Department of Energy, 1992). L'obiettivo ultimo di questa analisi consiste nell'individuare e rimuovere le cause all'origine di un evento per evitare che si ripeta. Le tecniche di *brain storming* più utilizzate a supporto di questo processo sono: (i) il diagramma a spina di pesce (Ishikawa, 1990), che permette di mettere in relazione e pesare le cause primarie, secondarie e i fattori contribuenti a un determinato effetto (un'applicazione del diagramma di Ishikawa è presentata nella figura 6); (ii) la tecnica dei 5 perché, che favorisce un approfondimento delle cause che hanno favorito l'evento (Ohno, 1988); (iii) il diagramma ad albero, che permette di mettere in relazione le cause primarie, secondarie e i fattori contribuenti a un determinato effetto (Yang, 2006); e la griglia proposta da JCAHO (JCAHO, 2004), come rappresentato nella figura 2.

L'*audit*. Possiamo far ricadere le esperienze di audit per l'analisi dei rischi ad oggi diffuse nelle aziende sanitarie italiane nell'ambito dell'*operational audit* in generale, e del *Significant Event Analysis (SEA)* in particolare. Una definizione di tale *audit* può essere «Any event thought by anyone in the team to be significant in the care of patients or the conduct of practice» (Pringle *et al.*, 1994). Citiamo ad esempio il modello di *audit* clinico utilizzato in modo diffuso e strutturato nelle aziende sanitarie della Regione Toscana. Il Centro gestione rischio clinico (GRC) della Regione Toscana definisce un *audit* clinico GRC come un «processo strutturato che richiede un impiego consistente di risorse in termini di tempo (preparazione, realizzazione e elaborazione dei risultati) e di persone da coinvolgere (operatori di diverse unità). Per questo si tratta di un metodo che si utilizza in maniera mirata nelle occasioni di eventi avversi valutati come frequenti, rilevanti e

particolarmente insidiosi.» (Tartaglia, Albolino, Bellandi, 2005, p. 5). Il modello di gestione del rischio clinico regionale affianca a questo strumento anche la rassegna di mortalità e morbidità (*M & M review*), che ha l'obiettivo di mantenere alta l'attenzione da parte del personale sui livelli di rischio insiti nel sistema attraverso la condivisione delle esperienze individuali. Si tratta di un'iniziativa periodica di formazione continua orizzontale, che coinvolge gli operatori di un singolo reparto o dipartimento, in cui il personale si confronta sugli aspetti clinici e gestionali dei casi in esame e da cui non scaturisce un *report* formale relativo a criticità e soluzioni individuate (Tartaglia, Albolino, Bellandi, 2005).

*FMEA e FMECA*. A partire dagli anni Novanta, la FMEA ha cominciato a essere impiegata nel settore sanitario, in particolare nei processi di gestione e somministrazione dei farmaci, nei processi peri-operatori ad alto rischio e nella gestione degli emoderivati (Spath, 2003). Nel «Manuale di Accreditemento» del 2001, la JCAHO ha richiesto alle organizzazioni sanitarie statunitensi di effettuare annualmente una valutazione proattiva dei rischi relativi ai processi, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza dei pazienti. Pur non avendo specificato quale metodo dovesse essere usato per la valutazione, i requisiti richiesti non sono altro che gli *step* della FMEA applicati alle organizzazioni sanitarie (JCAHO, 2001), e cioè: (i) la scelta del processo critico; (ii) la formazione del *team* di lavoro, composto da tutti gli operatori che sono quotidianamente impegnati nel processo di analisi; (iii) l'identificazione dei potenziali rischi (*failure mode*); (iv) la descrizione delle conseguenze (*effect*) connesse a ogni errore; (v) il calcolo dell'Indice di Priorità di rischio (IPR);<sup>2</sup> (vi) l'analisi delle cause, attraverso strumenti come i diagrammi causa-effetto o le tecniche di *brainstorming* già analizzate nel paragrafo precedente; (vii) l'attuazione delle azioni di miglioramento, intervenendo prima sui *failure mode* «prioritari», ovvero con un IPR più elevato, per ridurre l'impatto e la probabilità di accadimento di eventi indesiderati; (viii) la valutazione delle azioni intraprese.

Che cosa è successo	
Evento sentinella	Quali sono i dettagli dell'evento (descrizione)?
	Quando è avvenuto (data, giorno, ora)?
	Dove è avvenuto? Struttura
Perché è successo?	
Processo o attività in cui si è verificato	Quali sono le varie fasi del processo? Diagramma di flusso
	Quali fasi del processo sono coinvolte o hanno contribuito all'evento?
Fattori umani	Quali sono stati i fattori umani rilevanti nella determinazione dell'esito?
Fattori legati alla strumentazione	Come il funzionamento della strumentazione ha influenzato l'esito?
Fattori ambientali controllabili	Quali sono stati i fattori che hanno influenzato direttamente l'esito?
Fattori esterni non controllabili	Ci sono realmente fattori al di fuori del controllo dell'organizzazione?
Altro	Ci sono altri fattori che hanno direttamente influenzato l'esito (o l'evento)? Quali altre strutture sono coinvolte?
Quali sistemi e processi sono alla base dei fattori più direttamente collegati all'evento?	
Risorse umane	Il personale sanitario e/o tecnico è qualificato e competente per le funzioni che svolge?
	L'attuale dotazione di personale quanto si avvicina allo standard ideale?
	Quali sono i piani per affrontare situazioni in cui si potrebbe verificare una riduzione di personale?
	Quanto è considerata le performance del personale nei processi operativi?
	Come si può migliorare l'orientamento e l'addestramento del personale interno?
Gestione dell'informazione	Qual è il grado di disponibilità, accuratezza di tutte le informazioni quando si rendono necessarie?
	Quanto è adeguata la comunicazione tra il personale delle aree/servizi coinvolte
Gestione delle condizioni ambientali	Quanto sono appropriate le condizioni ambientali, fisiche per i processi assistenziali che si svolgono?
	Quali sistemi di identificazione del rischio ambientale sono attivati?
	Quali modalità di risposta a emergenze o varie sono state pianificate e testate?
Dirigenza, leadership, cultura	Esiste un orientamento positivo alla identificazione e riduzione dei rischi?
Promozione della comunicazione	Quali sono le barriere che si oppongono alla comunicazione dei potenziali fattori di rischio?
Comunicazione chiara delle priorità	Con quale enfasi viene comunicata la priorità della prevenzione degli eventi avversi?
Fattori non controllabili	Cosa può essere fatto per proteggersi dagli effetti di fattori non controllabili

**Figura 2**  
*Root Cause Analysis*  
Fonte: JCHAO (Tradotto e adattato da M. Migliazza)

## 2. Dalla teoria alla pratica: un'esperienza di cambiamento organizzativo per il miglioramento del processo di identificazione del paziente in Radiologia

La peculiarità dell'esperienza che viene

presentata è legata alla gestione del cambiamento conseguente la riprogettazione del processo di identificazione del paziente in radiologia, attraverso l'uso efficace di tecniche di *risk management*. Rappresenta un'esperienza di successo, sviluppatasi nel

corso di due anni, che ha saputo valorizzare l'approccio metodologico e tecnico rigoroso degli strumenti facendo leva sulla cultura organizzativa della sicurezza dominante in azienda e alla capacità di gestione del processo di cambiamento (Brusoni, Trincherro, 2009). Gli elementi distintivi non fanno dunque esclusivamente riferimento all'uso di strumenti e tecniche innovative di *risk management*, bensì alla forte volontà aziendale di intervenire a migliorare un processo ritenuto strategico e critico. Ciò è stato inoltre supportato e valorizzato dall'attenzione posta al progetto da parte del Ministero della salute, attraverso l'intervento dell'Ufficio qualità delle attività e dei servizi, che ha seguito il progetto dalla fase di avvio alla fase di attuazione e misurazione degli impatti degli interventi di miglioramento nel corso dell'intero biennio. Non ci si è, infatti, limitati a una prima fase di valutazione dei rischi per il paziente e per l'azienda, ma si è voluto procedere a gestire la riprogettazione necessaria a ridurre tali rischi, con la conseguente decisione da parte dell'organizzazione di destinare risorse sia economico-finanziarie sia umane al cambiamento. Tale risultato è stato possibile grazie al sostegno della direzione strategica e della direzione di dipartimento, che ha supportato il cambiamento e che ha saputo, nell'organizzazione, dare al progetto la visibilità e la rilevanza idonee a creare le condizioni favorevoli. In questo clima positivo, un altro elemento vincente è stato il ruolo assunto dal responsabile aziendale del progetto, che ha costantemente e tenacemente condotto un'attività di coordinamento delle azioni di miglioramento e di presidio dei comportamenti dei professionisti coinvolti. La Direzione ha inoltre deciso di chiedere il supporto di un esperto esterno che ha avuto il compito di garantire l'uso adeguato degli strumenti e delle tecniche più idonee e di tenere alta l'attenzione sul raggiungimento del risultato atteso. Ciò a conferma della volontà di garantire un approccio metodologicamente rigoroso e della rilevanza data dalla direzione al progetto (impegno di risorse). Tali considerazioni sembrano dunque allinearsi con quanto già messo in evidenza dalla letteratura e cioè che per aumentare l'efficacia della funzione di *risk management* nelle aziende sanitarie, sia necessario un pesante supporto della direzione aziendale e un suo

coinvolgimento fin dalla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica (Kuhn, Youngberg, 2002).

### 2.1. Introduzione: gli Istituti fisioterapici ospitalieri

Il progetto di miglioramento della sicurezza del paziente e nello specifico la messa in sicurezza del processo di identificazione del paziente in radiologia, oggetto dell'articolo, è stato condotto tra il 2008 e il 2010 presso gli Istituti fisioterapici ospitalieri (Ifo). L'Ifo è un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), al cui interno operano due istituti: l'Istituto Regina Elena (IRE) orientato verso lo studio, la diagnosi e il trattamento di patologie oncologiche, e l'Istituto San Gallicano (ISG), monospecialistico dermatologico. Una sintetica presentazione degli Istituti è riportata nella **tabella 1**.

Sullo scenario nazionale, tale istituto rappresenta un'eccellenza di gestione interdisciplinare e interdipartimentale della patologia oncologica attraverso una particolare attenzione al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza dei servizi offerta ai pazienti. Proprio in quest'ambito, si è sviluppata l'idea nelle Direzioni aziendali (generale, scientifica e sanitaria) di intraprendere un percorso di innalzamento della *safety*, partendo da quei servizi ritenuti «centrali» per gli istituti, in cui la necessità di qualità risultava maggiormente evidente al fine di rispettare l'aspettativa del servizio attesa. Dopo un'attenta valutazione, è stato deciso di muovere i primi passi di questo percorso partendo dal Dipartimento di radiologia e diagnostica per immagini, servizio trasversale alle diverse specialità dell'Istituto e che impatta fortemente sull'*outcome* clinico dei pazienti, rappresentando un nodo cruciale per l'attività diagnostica e clinica. Il progetto di miglioramento continuo della qualità è stato centrato sulla sicurezza all'interno del percorso di identificazione del paziente, tema di grande interesse e dovutamente sentito. La rilevanza della corretta identificazione del paziente in radiologia assume una elevata significatività se si riflette sulle ripercussioni che uno scambio di pazienti e della relativa documentazione può avere sul loro percorso di cura e che se non fortunatamente intercettato può condurre a conseguenze anche

**Tabella 1**  
Informazioni relative  
alla struttura Ifo

Ifo in cifre (dati 2009)	
<b>Numero di posti-letto disponibili</b>	
Ordinari:	242
<i>Day hospital:</i>	33
<i>Day surgery:</i>	14
<b>Servizi specialistici e reparti di garanzia</b>	
Radioterapia	
Medicina nucleare	
Laboratorio patologia clinica	
Anatomia e istopatologia	
Citopatologia e citodiagnostica	
Anestesia e terapia intensiva	
Radiologia e diagnostica per immagini	
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	
Servizio trasfusionale	
Terapia intensiva (8 posti-letto)	
<b>Attività</b>	
<b>Ricoveri totali:</b>	11.727
Ricoveri medici ordinari:	4.329
Ricoveri chirurgici ordinari:	3.869
Ricoveri in <i>day hospital</i> :	2.391
Giornate di ricovero in <i>day hospital</i> :	14.178
Ricoveri in <i>day surgery</i> :	1.138
Giornate di ricovero in <i>day surgery</i> :	3.765
<b>Prestazioni ambulatoriali</b> (visite e attività diagnostico strumentali):	894.705
<b>Provenienza dei pazienti</b>	
Il 16% dei pazienti ricoverati e il 9% degli ambulatoriali provengono da fuori regione/estero.	
<b>Personale (IRE)</b>	
<b>Personale infermieristico e tecnico:</b>	<b>426</b>
Infermieri:	296
Ausiliari socio-sanitari:	45
Tecnici di laboratorio:	36
Tecnici sanitari radiologia medica:	49
<b>Medici e specialisti strutturati:</b>	<b>212</b>
<b>Finanziamenti 2009 erogati dal Ministero della salute per la ricerca</b>	
6.186.377,96 euro	

estreme. Infatti, le ripercussioni di un errore d'identificazione del paziente oncologico si riflettono su diagnosi, trattamento e cura, che possono implicare incongrue esposizioni a radiazioni ionizzanti e trattamenti terapeutici chemioterapici e/o interventi chirurgici errati o non necessari.

## 2.2. I primi passi verso la realizzazione

L'esperienza focalizzata sull'aumento della sicurezza e sulla riduzione degli errori d'identificazione è stata realizzata seguendo un percorso strutturato e delineato dalle linee guida del Ministero della salute, utilizzando tecniche e strumenti secondo quanto la lette-

ratura suggerisce in merito alla gestione del rischio clinico, senza dimenticare il ruolo del personale, la cui partecipazione e coinvolgimento attivo sono risultati fondamentali per lo sviluppo del progetto.

Dal punto di vista progettuale, la realizzazione di questa esperienza è nata come «esigenza» compartecipata tra tre attori differenti, uniti dalla volontà di applicarla e di coglierne sia gli aspetti positivi e sia eventualmente quelli negativi. Il versante dell'Istituto, costituito dalla direzione strategica dell'Ifo (di cui fanno parte la Direzione scientifica, che ha fortemente impresso carattere sperimentale all'esperienza, la Direzione generale e la Direzione sanitaria), la

direzione del Dipartimento di radiologia e diagnostica per immagini e il responsabile interno del progetto; l'Ufficio qualità delle attività e dei servizi (Ufficio III) della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei Principi etici di sistema del Ministero della salute; e infine gli esperti esterni, che hanno supportato il progetto in ogni sua fase. L'attuazione del progetto ha rappresentato per ciascuna delle parti una sfida, che ha messo alla prova la propria capacità di governo di un progetto specifico di *patient safety*, non solo da un punto di vista teorico ma anche pratico-applicativo. Il ruolo del Ministero è stato quello di motore motivazionale di questa iniziativa, garantendo visibilità e supporto teorico al progetto. In particolare, l'interesse del Ministero era quello di socializzare strumenti già testati e utilizzati in altre realtà sanitarie, al fine di creare una cultura della sicurezza.

Per incrementare la sicurezza dei processi interni, sia la direzione aziendale che il Ministero, si sono confrontati con la realtà interna all'Istituto, seguendo un *iter* strutturato.

Come primo passaggio sono stati identificati i seguenti organi e ruoli per la conduzione del progetto: (i) un Gruppo esecutivo che ha rappresentato lo *steering committee* e la cabina di regia, detentrica del potere decisionale e di definizione del *modus operandi* del progetto, composto dalla Direzione scientifica, Direzione sanitaria, dal gruppo ministeriale, dal direttore del Dipartimento di radiologia e diagnostica per immagini, il responsabile del progetto per l'Istituto e dall'esperto esterno; (ii) un Gruppo operativo multidisciplinare, composto da alcuni *stakeholder* del progetto appartenenti al gruppo esecutivo e dai professionisti che, per ruolo, competenze e responsabilità, potessero apportare un contributo critico costruttivo al progetto, quali i responsabili delle Radiologie e i coordinatori delle professioni sanitarie presenti nel servizio di entrambi gli istituti (IRE e ISG), i Tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM), gli infermieri professionali e gli impiegati amministrativi.

L'apporto e la funzione del gruppo operativo sono risultati essere a valenza multipla: costituire il legame tra la cabina di regia e lo staff del servizio, contribuire allo sviluppo e adattamento degli strumenti che sono stati poi utilizzati, suggerire la realizzazione del-

le soluzioni maggiormente appropriate per il contesto specifico, seguire «sul campo» l'applicazione delle stesse e, parte più importante, essere parte integrante del progetto stesso come portatori «attivi» dell'esigenza e della volontà del cambiamento tra i colleghi del Dipartimento di radiologia e diagnostica per immagini. I partecipanti al Gruppo operativo sono stati coinvolti in differenti modi, soprattutto nelle fasi del progetto in cui si volevano condividere i risultati ottenuti e selezionare e affinare le soluzioni operative più idonee, ritenendone prezioso il contributo, basato sull'esperienza e la conoscenza dei processi in atto.

In questo modo, tutto lo staff si è trovato inaspettatamente trasformato da «spettatore» ad «attore protagonista» del processo di cambiamento e miglioramento, diventandone promotore in prima persona.

### 2.3. Le fasi operative

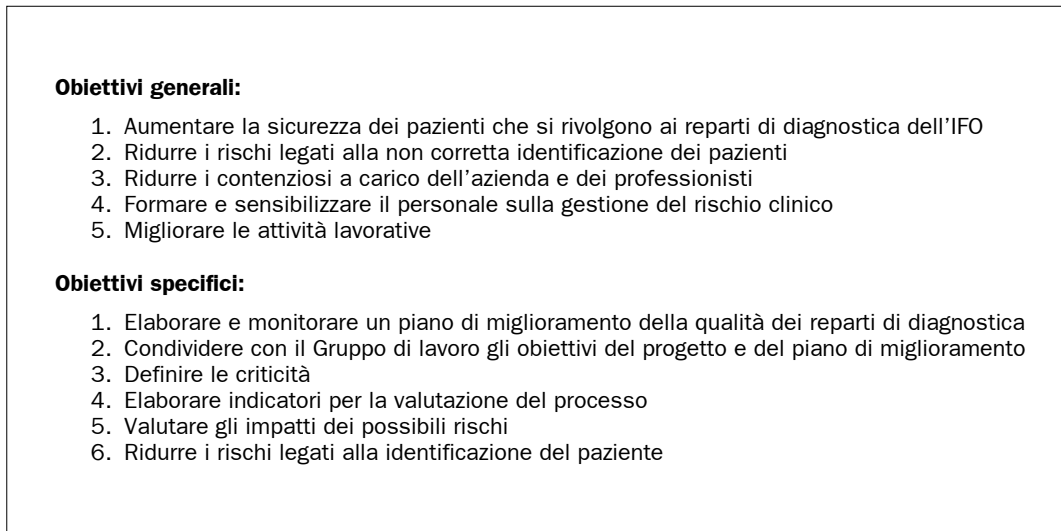
#### Overview del progetto

Il progetto di miglioramento continuo di qualità, ideato e centrato sull'identificazione del paziente in radiologia, si è sviluppato seguendo gli obiettivi generali e specifici, definiti e condivisi sia con il gruppo esecutivo sia con quello operativo (**figura 3**). La sua realizzazione è stata possibile procedendo per «passaggi obbligati» sequenziali, che hanno avuto lo scopo di definire il processo e le criticità rilevate. Con il gruppo operativo, è stata effettuata l'analisi del processo in atto e sono state stabilite le cause delle criticità e le conseguenze a cui queste avrebbero portato. In base alle criticità riscontrate, sono state individuate le soluzioni più idonee e attuabili e si è giunti alla definizione di un piano di miglioramento, in funzione della priorità di intervento, dell'impiego di risorse necessarie e degli impatti. Al fine di monitorare lo stato del processo, sia nella prima fase di valutazione, sia in fasi successive, sono stati definiti alcuni indicatori in modo da avere una rilevazione oggettiva dello stato dell'arte.

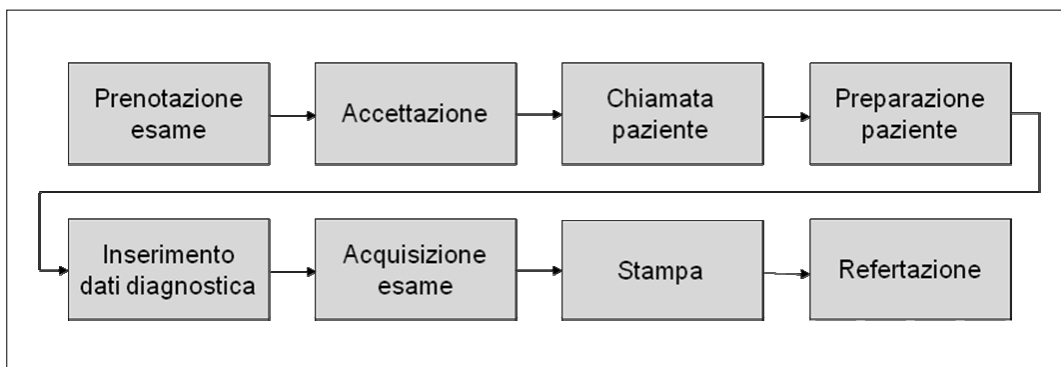
#### Lo studio del processo: la metodologia e gli strumenti

Ciò è appunto iniziato dallo studio dei processi e dei sottoprocessi in atto nei due





**Figura 3**  
Obiettivi generali e specifici del progetto



**Figura 4**  
Le fasi del processo

istituti, partendo dalla prenotazione della prestazione fino alla consegna del referto (**figura 4** per la rappresentazione grafica delle macrofasi del processo).

Di conseguenza, si è resa opportuna l'osservazione di tali processi da parte degli esperti esterni, che essendo «estranei» alle dinamiche interne della struttura, hanno garantito l'oggettività di quanto rilevato. Con l'ausilio di brevi interviste condotte allo staff coinvolto, è stata delineata dapprima la mappa di processo di alto livello e, successivamente, è stato possibile entrare nei particolari, con la descrizione delle attività di ciascuna fase, i dettagli di tali attività, il personale interessato e gli incarichi a esso assegnati (**tabella 2**) con una prima valutazione delle criticità, delle cause a esse afferibili e degli impatti connessi. Tale rappresentazione è stata sottoposta al gruppo operativo

multidisciplinare per averne la validazione e verificarne la correttezza. In tale ambito, è emersa quindi la necessità di procedere verso l'analisi delle criticità, utilizzando strumenti idonei e appositamente impostati per rispondere alle necessità del contesto specifico.

Al fine di ottenere indicazioni sulle relazioni causa-effetto riguardo la non corretta identificazione del paziente, agli «esperti» del processo sono stati consegnati i diagrammi di Ishikawa, in cui sono stati inseriti alcuni elementi rilevati come critici durante l'osservazione. L'indagine è stata condotta garantendo rigorosamente l'anonimato, indicando però la figura professionale (TSRM, medici, infermieri professionali e amministrativi), in modo tale da potere relazionare per i diversi ruoli le condizioni più critiche inerenti all'ambiente, all'organizzazione, al paziente o al processo (**figura 5**).

IFO Istituti Fisioterapici Ospedalieri					
Attività	Dettagli attività	Figure professionali coinvolte	Criticità	Causa	Impatto/conseguenze
<b>3. Chiamata paziente</b>					
Presa in carico del paziente	Paziente chiamato per cognome in sala d'attesa per entrare in sala diagnostica	TSRM infermieri medici	Presenza in sala d'attesa di pazienti omonimi o con nomi simili	Mancanza di procedure chiare o la loro applicazione	Indagine diagnostica al paziente sbagliato
			Mancata verifica dell'identità del paziente		Paziente che effettua reclamo o denuncia
			Violazione della privacy		
<b>4. Preparazione paziente</b>					
Preparazione del paziente per esame diagnostico	Preparazione e posizionamento del paziente per effettuazione esame diagnostico	TSRM infermieri	Pazienti allergici a MDC	Scambio cartelle pazienti	Reazione allergica a MDC
				Non segnalazione allergia MDC	
<b>5. Inserimento dati Diagnostica</b>					
Inserimento del paziente nel Pacs in diagnostica	Inserimento anagrafica paziente nel Pacs per l'acquisizione dell'esame (escluse ecografie e RX su pellicola)	TSRM	Leggibilità calligrafica richiedente se interno	Calligrafia non leggibile del richiedente	Inserimento nel Ris-Pacs dati non corrispondenti al paziente
			Trascrizione dati dal Ris	Mancata verifica identità del paziente	Refertazione e diagnosi non corrispondente al paziente esaminato
<b>6. Acquisizione esame</b>					
Acquisizione esame diagnostico	Inizio esame e acquisizione immagini - indagine diagnostica	TSRM infermieri medici	Indagine diagnostica non corrispondente al paziente	Mancata verifica identità del paziente	Refertazione e diagnosi per indagine inappropriata
					Ripetizione esame diagnostico
<b>7. Stampa</b>					
Stampa immagini dell'esame	Stampa immagini dell'esame e inserimento nella busta del paziente	TSRM	Stampe mancanti nella busta del paziente	Stampante non funzionante	Stampe non corrispondenti alla busta del paziente
			Corrispondenza film-paziente	Distrazione del TSMR	Scambio parziale di film per pazienti diversi

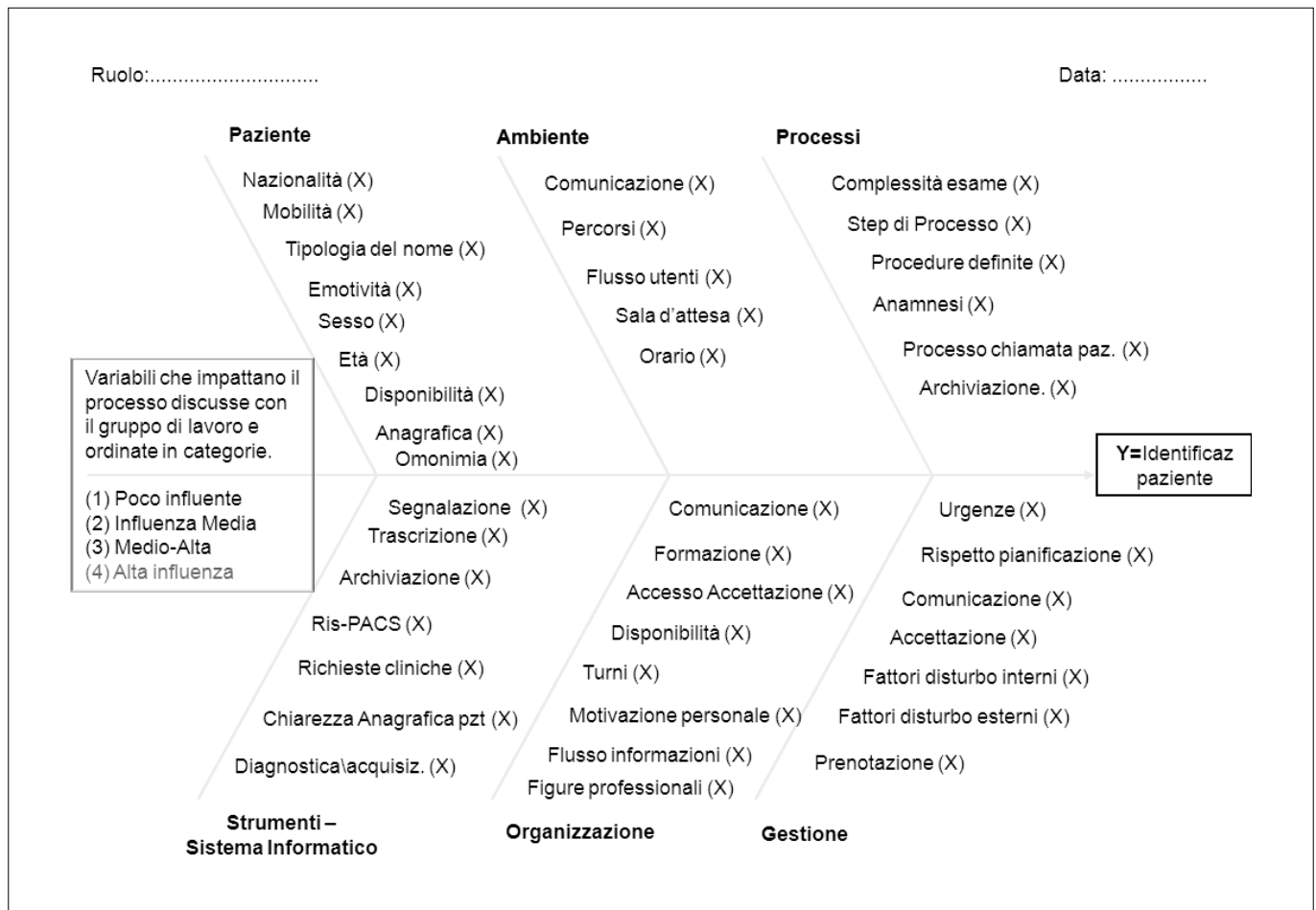
**Tabella 2**

Descrizione delle fasi, attività e dettagli del processo

I risultati hanno messo in evidenza come alcune voci apparissero critiche per tutte le figure professionali, quali la tipologia del nome, la chiarezza dell'anagrafica sulle richieste interne, l'anagrafica del paziente sul Ris e Pacs e, per quanto riguarda le fasi del processo, la chiamata del paziente in sala d'attesa e l'accettazione (**tabella 3**).

Inoltre, per rilevare la percezione della sicurezza, sono stati somministrati sia ai pazienti sia agli operatori alcuni questionari,

già utilizzati presso altri centri da parte del Ministero. I risultati hanno messo in evidenza una forte discrepanza sulla sicurezza percepita dalle due categorie: da una parte, i pazienti che si sono ritenuti «sicuri» e soddisfatti nella globalità del servizio (68%) dell'Ifo, e dall'altra, i professionisti sanitari e gli operatori, che hanno fatto emergere le criticità della propria organizzazione manifestando la carenza di risorse, di tecnologia, di formazione specifica sulla sicurezza e sul



rischio clinico, carichi di lavoro eccessivi, una documentazione sanitaria incompleta e non chiara e, infine, la mancanza di comunicazione e di coordinazione tra gli operatori. Tali risultati sono stati discussi con il gruppo di lavoro esecutivo e con quello operativo multidisciplinare, e con entrambi si è giunti alla conclusione di dover coinvolgere lo staff nel progetto e dell'urgenza di mostrare, da parte della direzione, sia aziendale sia del dipartimento, la volontà di investire in un miglioramento reale ed efficace. In seguito all'evidenza di questi risultati, si è organizzata una riunione con tutto lo staff della Radiologia, al fine di mostrare il progetto con gli obiettivi, le modalità di sviluppo, i gruppi formati e la necessità della partecipazione di tutti, in modo che ciascuno potesse contribuire, con la propria esperienza e per la propria professionalità, al miglioramento di sicurezza atteso.

In realtà, da questo primo incontro è emerso un clima non facile, in particolare per il personale operante all'IRE, demotivato circa la possibilità di un miglioramento e un cambiamento reale, in ragione della difficoltà operativa quotidiana, compensato, nel sopperire alle lacune organizzative esistenti, solo dall'attitudine e dalla volontà degli operatori di rendere un servizio rispondente alle esigenze del paziente. Il gruppo di lavoro multidisciplinare ha proseguito con l'utilizzo degli strumenti propri del *Risk Management*, guidati dall'esperto di *Clinical Risk Management*.

In effetti, quanto emerso dai risultati dei diagrammi causa-effetto è stato confermato anche dalla FMECA (cfr. § 1.1.2) effettuata proprio da tale gruppo. La finalità dell'utilizzo di questo strumento è di rilevare le modalità del fallimento di un'attività, studiarne le cause e gli effetti imputabili a tale falli-

**Figura 5**  
Diagramma di Ishikawa

Paziente	Amministr.			Ambiente	Amministr.			Processi	TSRM			Sistema informat.	Amministr.			Organizzazione	TSRM			Gestione	Amministr.						
	1	2	Medico		1	2	Medico		1	2	Medico		1	2	Medico		1	2	Medico		1	2	Medico				
Nazionalità	2	4	2	4	Comunicazione	3	2	3	2	Complessità esame	1	1	1	Segnalazione	4	1	1	Comunicazione	4	4	4	Urgenze	4	1	3	1	
Mobilità	1	1	1	1	Percorsi	3	1	4	3	Step di processo	2	2	2	Trascrizione	4	2	3	2	Formazione	4	4	4	Rispetto pianificazione	2	2	3	3
Tipologia del nome	3	4	3	4	Flusso utenti	4	2	2	2	Procedure definite	2	4	2	Archiviazione	4	2	3	2	Accesso Accettazione	4	4	4	Comunicazione	2	3	3	4
Emotività	4	1	1	1	Sala d'attesa	2	1	2	1	Anamnesi	3	4	3	RIS-PACS	4	3	3	3	Disponibilità	2	4		Accettazione	4	4	4	4
Sesso	1	1	1	1	Orario	3	1	3	1	Processo chiamata paziente	4	4	4	Richieste cliniche	4	4	4	4	Turni	1	2	1	Fattori disturbo interni	4	3	4	3
Età	2	1	2	1					Archiviazione	2	4	2	Chiarezza anagrafica paziente	4	1	4	1	Motivazione personale	3	3	4	Fattori disturbo esterni	4	3	4	3	
Disponibilità	3	1	1	1									Diagnostica acquisizione	1	1	2	1	Flusso informazioni	2	3	2	Prenotazione	4	3	2	3	
Anagrafica	2	1	4	1														Figure professionali	4	1	4						
Omonimia	3	4	4	4																							

**Tabella 3**  
Risultati diagramma di Ishikawa

mento. Tale analisi ha permesso di esaminare nel dettaglio, per ogni singola attività, la possibilità di fallimento nel raggiungimento del buon fine atteso, la causa ipotizzabile e l'effetto previsto. È stata valutata la probabilità, la severità e la rilevabilità di ciascun potenziale «fallimento» per calcolare l'indice di rischio, IPR (Indice di probabilità di rischio) o RPN (*Risk Priority Number*), ottenuto moltiplicando rispettivamente i tre parametri indicati (**tabella 4**).

Il coefficiente di questo indice rappresenta il rischio che uno *step* di processo possa sviluppare un «errore». Sia per l'IRE che per l'ISG, i valori più alti riscontrati riguardavano le stesse fasi di processo e attività. In particolare, è risultata critica la corretta identificazione del paziente nella fase di prenotazione dell'esame, sia per i pazienti interni sia per gli esterni, rispettivamente, per le richieste provenienti dai reparti, scritte a mano non chiaramente e incomplete nei campi dell'anagrafica, e per le richieste provenienti dal Cup. Si specifica che le prenotazioni al Cup possono essere effettuate sia telefonicamente (in tal caso, manca in effetti la possibilità di verificare il nominativo del paziente), sia di persona, ma in entrambi i casi i dati forniti sono risultati incompleti e non corretti.

Ne consegue che, allo sportello della Radiologia, alla lista dei pazienti non corrisponde un'anagrafica corretta e completa dei dati che dovrebbero essere immessi nel Ris dagli operatori del *front desk*. Inoltre, i campi previsti dal sistema Ris che non sono «obbligatori», se fossero completati al momento della prenotazione e/o accettazione, potrebbero costituire un valido supporto per identificare il paziente univocamente (nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, luogo di domicilio/residenza, recapito telefonico), sia nelle prime fasi del processo che in quelle successive.

Altrettanto problematici l'accettazione del paziente e l'inserimento dei dati anagrafici nel sistema Ris, allo sportello. Anche in questo caso, le richieste interne risultano non complete e non chiare, con la necessità di verifica quando il paziente viene accompagnato in Radiologia. Nel caso in cui non sia possibile avere un riscontro dell'anagrafica, le cause e le conseguenze degli errori di identificazione dei pazienti interno ed esterni risultano coincidere. Relativamente alle cause di una non corretta identificazione, per il paziente esterno si possono verificare diversi scenari e l'effetto principale consiste nella generazione in archivio di diverse anagrafiche non corrette, fittizie

Ifo - Istituti fisioterapici ospedalieri - Roma							
Attività	Criticità	Causa	Impatto/conseguenze	Proba- bilità	Severità gravità	Rileva- bilità	RPN
<b>3. Chiamata paziente</b>							
Presenza in sala d'attesa di pazienti omonimi o con cognomi simili	Presenza in sala d'attesa di pazienti omonimi o con cognomi simili	Mancanza di procedure chiare o la loro applicazione	Indagine diagnostica al paziente sbagliato	2	3	2	12
	Mancata verifica dell'identità del paziente		Paziente che effettua reclamo o denuncia				
	Violazione della privacy						
<b>4. Preparazione paziente</b>							
Preparazione del paziente per esame diagnostico	Pazienti allergici a MDC	Scambio cartelle pazienti	Reazione allergica a MDC	1	4	1	4
		Non segnalazione allergia MDC					
<b>5. Inserimento dati diagnostica</b>							
Inserimento dati paziente nel Pacs in diagnostica	Leggibilità calligrafia richiedente se interno	Calligrafia non leggibile del richiedente	Inserimento nel Ris-Pacs dati non corrispondenti al paziente	4	3	2	24
	Trascrizione dati dal Ris	Mancata verifica identità del paziente	Refertazione e diagnosi non corrispondente al paziente esaminato				
<b>6. Acquisizione esame</b>							
Acquisizione esame diagnostico	Indagine diagnostica non corrispondente al paziente	Mancata verifica identità del paziente	Refertazione e diagnosi per indagine inappropriata	2	4	1	6
			Ripetizione esame diagnostico				
<b>7. Stampa</b>							
Stampa immagini dell'esame	Stampe mancanti nella busta del paziente	Stampante non funzionante correttamente	Difficoltà per medici in refertazione Rischio di scambio immagini e referti	3	3	2	12
		Distrazione del TSRM	Stampe non corrispondenti alla busta del paziente				
	Corrispondenza film-paziente		Scambio parziale di film per pazienti diversi				
<b>8. Refertazione</b>							
Refertazione	Corrispondenza film-paziente e referto paziente	Mancato controllo da parte del medico tra il fototimbro e identificativo Pacs e Ris	Scambio referti di pazienti diversi	4	4	1	16

e/o multiple, per lo stesso paziente, con la conseguente difficoltà per i medici nell'associare, in fase di refertazione, pazienti in anagrafica Ris con le rispettive immagini sul Pacs (**tabella 5**).

Altri aspetti critici rispetto all'identificazione del paziente, che lo studio della FMECA ha messo in evidenza con un RPN elevato, sono la chiamata del paziente in sala d'attesa, l'inserimento dei dati anagrafici in

diagnostica, la stampa dell'esame e la refertazione.

Per quanto riguarda la chiamata del paziente in sala d'attesa, la rilevazione l'analisi ha segnalato come il modo di effettuare la presa in carico per cognome fosse problematica nei casi di omonimie o di cognomi simili, rendendo necessarie verifiche di identità per evitare di sottoporre i pazienti a indagini sbagliate, oltre a non tutelarne la privacy.

**Tabella 4**  
FMECA

Criticità	Causa	Impatto/conseguenze	
Anagrafica paziente non corretta e/o completa	Dati non completi o non leggibili nella richiesta interna	Creazione nel Ris di anagrafiche pazienti non corrette	Problema per richiamare le immagini e confronto in <i>follow-up</i>
	Pazienti extracomunitari		
	Mancato controllo identità del paziente	Creazione di 2, o più, numeri di archivio corrispondenti allo stesso paziente	
	Errori di trascrizione nell'anagrafica del paziente	Archiviazione non corrispondente paziente - immagini - referto	
Creazione diverse anagrafiche per lo stesso paziente	Paziente con doppio nome, doppio cognome o nomi e cognomi composti - Sistema Ris che non prevede campi per doppi nomi o doppi cognomi	Identificazione non corretta del paziente nei passaggi successivi del processo	
	Nomi e/o cognomi troppo lunghi - Sistema Ris che possiede un numero limitato di caratteri: 30 spazi per il cognome e 15 per il nome		
	Pazienti con cognomi identici a nomi	Identificazione non corretta del paziente nei passaggi successivi del processo	
	Inserimento non corretto della data di nascita	Difficoltà per medici in refertazione per identificare il paziente e corrispondente esame da refertare. Rischio di scambio immagini e referti	

**Tabella 5**

Criticità, cause e conseguenze

L'inserimento dell'anagrafica in diagnostica rappresenta un altro passaggio critico per la trascrizione dei dati dal Ris o dalla lista stampata. Le informazioni così inserite giungono al Pacs, con gli eventuali errori, incompletezze e/o errori di corrispondenza con il paziente «giusto» dell'anagrafica. Tali errori si ripercuotono direttamente sulla fase di refertazione delle immagini in carico al clinico che, nella difficoltà di trovare corrispondenza tra l'anagrafica nel Ris e nel Pacs, è costretto a cercare le immagini «giuste» del paziente da valutare, basandosi sulla sua storia clinica e, in caso, sui precedenti.

Un'altra fase particolarmente delicata riguarda le stampe delle immagini, in quanto accade che, per disattenzione, possano essere inserite nella busta appartenente ad altro paziente.

Se il medico referta su immagini stampate il rischio si riduce, altrimenti, purtroppo, la consegna delle immagini sbagliate al paziente sarà inevitabile, a meno di una verifica in fase di ritiro dall'operatore o dal paziente stesso.

#### Valutazione dei risultati

L'analisi della FMECA ha posto in evidenza la necessità di definire un indicatore che sia in grado di «misurare» gli errori di identificazione del paziente allo stato attuale

e dopo l'implementazione di azioni mirate al miglioramento della sicurezza. Sia con il gruppo esecutivo sia con quello operativo, si è giunti quindi alla stessa conclusione circa necessità di un monitoraggio su un numero statisticamente significativo di nominativi per effettuare una analisi quantitativa e qualitativa rispetto al numero e alla tipologia di errori e arrivare a identificare oggettivamente le criticità e gli *step* di processo coinvolti.

Prima di questa rilevazione, l'intero staff della Radiologia è stato invitato a partecipare a una riunione di presentazione dei risultati delle valutazioni raccolte, anticipando quali fossero le azioni che ne sarebbero seguite (monitoraggio) e quali figure professionali sarebbero state coinvolte (es. amministrativi al *front desk*, TSRM in diagnostica, medici al Pacs per la refertazione). La risposta al coinvolgimento da parte dello staff è stata del tutto positiva, in quanto la riunione «plenaria» ha visto i partecipanti, interessati all'oggettivazione di una situazione «sentita» e percepita nel proprio vissuto come problematica, «attivi» e proiettati alla collaborazione. L'atteggiamento degli operatori in questa seconda fase è notevolmente cambiato rispetto alla prima riunione in cui il clima era decisamente «negativo», mostrandosi ora positivi e fiduciosi di arrivare a cambiamenti che avrebbero favorito sia il miglioramento degli aspetti della sicurezza che il loro lavoro.

Anagrafica del paziente												
Ris: campi identificativi												
Cognome e nome		Data di nascita			Altri cognomi e nomi				Riferimenti			
Cognome	Nome	Giorno	Mese	Anno	Cognome 1	Cognome 2	Nome 1	Nome 2	Telefono	Codice fiscale	Luogo di nascita	N/A
Tipologia di errori nel Ris												
Inserimenti in archivio				Digitazione					Data di nascita			
Doppio	Triplo	Quadruplo	> 4	Cognome	Nome	Doppio cognome	Doppio nome	Pazienti extracomunitari	Errata	Fittizia	Manca	N/A
Tipologia di errori nel Pacs												
Inserimenti				Digitazione					Data di nascita			Genere
Doppio	Triplo	Quadruplo	> 4	Cognome	Nome	Doppio cognome	Doppio nome	Pazienti extracomunitari	Errata	Fittizia	Manca	Sesso
Corrispondenza con campi identificativi del Ris: SI/NO												

### La rilevazione dei dati e il piano di miglioramento

In entrambi gli istituti, all'IRE e all'ISG, è stata avviata una rilevazione delle anagrafiche di oltre 600 pazienti, per un periodo di circa una settimana, al fine di evidenziare la sistematicità degli errori legati ai dettagli dei dati e alla relativa modalità di inserimento in archivio e diagnostica, separando i campi provenienti dal Ris da quelli del Pacs. Sono state, inoltre, indagate le tipologie di errori: per esempio, nel caso di nomi e cognomi non corretti, se gli errori fossero riconducibili a digitazione o trascrizione, soprattutto per nomi e cognomi non comuni o di pazienti extracomunitari; oppure, nel caso della data di nascita, se fosse presente non completa, non corretta o fittizia (es. 01/01/2000). Si è quindi riportato il numero di errori sull'identificativo dei pazienti, considerando come errore ogni sezione non corretta o incompleta rispetto a quanto previsto nei campi Ris e Pacs (nello specifico, i dati considerati come errore sono riportati nella **tabella 6**).

I dati raccolti sugli identificativi dei pazienti hanno indicato all'IRE errori del 15% sul Ris e 34% sul Pacs mentre all'ISG del 7% sul Ris e 17% sul Pacs. Ciò ha portato a costruire un piano di miglioramento in cui sono state identificate e condivise le soluzioni da adottare assieme al gruppo operativo

multidisciplinare e a quello esecutivo (**tabella 7**). Per ciascuna criticità e soluzione, descritta nella colonna «azioni», sono state determinate le priorità di realizzazione (indicate nella prima colonna della tabella), basandosi sull'impiego di risorse necessarie, sia umane che economiche. Per ogni singola azione, sono state descritte sia l'area di intervento (riportate nella seconda colonna) sia la dimensione su cui è ricaduto l'impatto (riportata nella quarta colonna) dettato dal miglioramento di sicurezza atteso.

Inoltre, è stato definito il tempo utile per l'effettuazione di ogni azione come breve, medio e lungo periodo, dove per breve si è inteso un arco temporale compreso tra la realizzazione immediata e i sei mesi successivi, per medio, tra i sei mesi e i due anni, e il lungo termine oltre i due anni. Il gruppo operativo multidisciplinare ha, poi, individuato per ogni azione un responsabile incaricato di seguire nello specifico gli sviluppi delle attività necessarie per portare a termine quanto concordato. L'esperto esterno e il responsabile aziendale del progetto, grazie al supporto del responsabile dell'implementazione delle azioni (indicato nella colonna «Responsabilità») sono stati in grado di verificare i termini temporali di realizzazione di ciascuna soluzione, distinguendo la fase di attivazione e l'entrata a regime operativo della stessa, come riportato nella colonna «Tempistiche».

**Tabella 6**  
Tipologia di errori per i campi identificativi del paziente

Tabella 7

Piano di miglioramento

Elenco azioni migliorative individuate								
Priorità	Aree coinvolte	Azioni	Impatti	Responsabilità	Tempistiche			Risorse aggiuntive
1	Accettazione	Modifica insegne in accettazione	Organizzazione	Esperti esterni	Breve	Attivata dal 16/06/08	A regime dal 16/06/08	No
2	Accettazione	Inserimento nel Ris - luogo di nascita, C.F., telefono	Errori identificazione	Operatori di accettazione	Breve	Attivata dal 16/06/08	A regime dal 16/06/08	No
3	Diagnostiche	Verifica richiesta identità del paziente - Procedure di certificazione	Errori identificazione	Tecnici, infermieri, medici	Medio	Attivata dal 10/06/09	A regime dal 10/06/09	No
4	Operatori e pazienti	Questionari operatori e pazienti sulla percezione del rischio	Errori identificazione	Esperti esterni	Breve	Somministrazione 05/08		No
5	Direzione sanitaria	Atto aziendale per ufficializzare la richiesta del documento d'identità e/o tessera sanitaria ai pazienti da parte degli operatori di accettazione	Errori identificazione	Direzione sanitaria	Breve	Attivata dal 27/05/08	A regime dal 27/05/08	No
6	Accettazione	Individuazione del responsabile degli operatori in accettazione	Organizzazione	Responsabile radiologia	Breve	Attivata dal 01/07/08	Attualmente è il responsabile CUP	Si
7	Accettazione	Individuazione ordine di esame e separazione per diagnostica (tutela privacy/ordine esami/pazienti omonimi) - Procedura scritta per la certificazione	Errori identificazione	Esperti esterni - Accettazione	Breve	Attivata dal 25/07/08	A regime dal 25/07/08	No
8	Chiamata pazienti	Display luminosi - eliminazione delle code in sala d'attesa	Organizzazione	Responsabile radiologia	Medio	Attivata dal 05/09	A regime dal 07/09	Si
9	Informazioni	Posizionamento punto informazioni all'ingresso della Radiologia	Organizzazione	Responsabile radiologia - AMSO	Medio	Attivata dal 03/09	A regime dal 05/09	No
10	Accettazione	Modifica della modulistica per richieste interne per la completezza e chiarezza dell'anagrafica e anamnesi/diagnosi	Errori identificazione	Coord. TRSM - Coord. prof. sanitarie	Medio	Attivata dal 06/08	A regime dal 07/09 (verifica eseguita in ambito di certificazione)	No
11	Accettazione	Separazione interna per gli operatori in accettazione	Organizzazione	Ufficio tecnico/proveditorato	Medio	Non eseguita	-	-
12	Percorso pazienti	Modifica segnaletica orizzontale e vele	Organizzazione	Responsabile radiologia	Medio	Attivata dal 03/09	A regime dal 07/09	Si
13	Accettazione IRE e ISG	Unificazione procedure e parametri di riferimento per accettazione	Organizzazione	Responsabile radiologia - Dir. aziendale	Medio	Attivata dal 03/09	A regime dal 07/09	No
14	Sistema informatico	Collegamento sistema Cup - Ris e Pacs	Errori identificazione/organizzazione	Responsabile radiologia - Dir. aziendale	Medio	Attivata dal 03/09	A regime dal 06/09	Si
15	Consegna referti	Servizio esterno per consegna referti già presente. Separazione dall'accettazione, consegna al piano superiore	Organizzazione	Responsabile radiologia	Lungo	Attivata dal 03/10	A regime 10/10	No



Si è valutato l'apporto di risorse aggiuntive (ultima colonna), sia economiche sia di personale, da cui è emerso che per gran parte delle soluzioni implementate non sono stati necessari investimenti.

Prima di attivare operativamente le soluzioni individuate nel breve e medio termine, si è convocata una riunione plenaria con tutti gli operatori e professionisti sanitari della Radiologia, per condividere il piano di miglioramento e trovare insieme proposte dettate dalla loro esperienza quotidiana rispetto alle soluzioni ideate dal gruppo multidisciplinare e la cabina di regia. E così, sono nate e si sono sviluppate insieme con lo staff alcune alternative, poi validate e, in seguito, effettivamente realizzate con il consenso e il coinvolgimento dei presenti, divenuti protagonisti del «cambiamento» e fortemente motivati a portarne a termine la realizzazione, con la guida del responsabile della specifica azione.

Al primo monitoraggio e alla realizzazione delle soluzioni nel breve termine, è seguito un secondo monitoraggio con le stesse modalità di raccolta dati, analisi e su un campione di dati sovrapponibile a quelli raccolti in precedenza in entrambi gli istituti. I risultati hanno rilevato errori dell'8% all'IRE sul Ris e del 47% sul Pacs, mentre all'ISG errori del 3% sul Ris e del 6% sul Pacs, come riportato nella **tabella 8**.

Tali esiti sono stati presentati prima ai gruppi esecutivo e operativo e, successivamente, in una riunione plenaria, all'intero staff del servizio per condividere i commenti e concordare sulle azioni e aree di intervento future.

### 3. Lessons learnt

Come detto in precedenza, gli alti volumi di attività (circa 200 pazienti al giorno) e l'impatto del servizio sull'intero istituto hanno orientato la scelta di focalizzare questo importante progetto di innalzamento della *patient safety* sul Dipartimento di radiologia e diagnostica per immagini dell'Ifo. Il processo che è stato individuato come maggiormente critico nella sua interezza è stato quello di identificazione del paziente, a partire quindi dalla prenotazione dell'esame diagnostico fino alla consegna del referto.

	IRE		ISG	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo
% completezza dati	16	33	28	47
Totale pazienti sul <b>Ris</b>	420	419	195	257
% di errori <b>Ris</b>	15	8	7	3
Totale pazienti <b>Pacs</b>	291	300	66	102
% di errori <b>Pacs</b>	34	47	17	6

Dall'analisi dell'esperienza condotta, si possono evidenziare quattro dimensioni chiave per il successo del progetto di cambiamento e, in particolare, la funzione del gruppo del Ministero, il ruolo di supporto svolto dalla Direzione strategica, l'attenzione posta alle tecniche necessarie alle diverse fasi di attuazione del progetto e, infine, l'importanza della cultura organizzativa dominante.

Il coinvolgimento in quest'esperienza del gruppo ministeriale ha costituito un *plus* sotto diversi punti di vista ed è stato determinante. In primo luogo, il fatto di avere il gruppo del Ministero a bordo è stato letto dall'organizzazione come un forte segnale della volontà della Direzione aziendale di gestire il progetto di miglioramento della qualità fino alla fase di realizzazione del cambiamento. Al tempo stesso, ha creato le condizioni per garantire un maggiore impegno al raggiungimento degli obiettivi prefissati da parte di tutto il Dipartimento di radiologia e diagnostica per immagini, che ha percepito la visibilità sia interna e sia esterna che questo progetto avrebbe avuto. Inoltre, fondamentale è stata la condivisione dell'esperienza e delle *best practice* del gruppo ministeriale, frutto della loro visione di tutto il territorio nazionale, oltre al contributo in termini di strumenti appropriati e già testati in altre realtà, come ad esempio il questionario sulla percezione della sicurezza.

È stata la Direzione strategica (Direzione scientifica, Direzione sanitaria) a identificare il processo su cui intervenire, e a garantire le risorse, la visibilità e il supporto necessari al raggiungimento dei risultati secondo gli obiettivi prefissati, superando gli snodi critici che via via si sono presentati. Per quanto riguarda l'impegno di risorse, determinante è stata la decisione di investire per la connessione delle reti infor-

**Tabella 8**  
Risultati dell'analisi

matiche e i sistemi informativi (Cup, Ris e Pacs) al fine di permettere il trasferimento diretto delle anagrafiche dei pazienti da una postazione informatica a un'altra negli *step* di processo sequenziali (tabella 6, punto 14). Ciò ha permesso di superare una delle principali criticità emerse dal progetto, riducendo sostanzialmente la possibilità di inserire nelle diverse sale diagnostiche i campi identificativi del paziente in modo errato, con il conseguente rischio di trovarsi a refertare un'immagine presente sul Pacs a un paziente con campi identificativi non corrispondenti a quelli presenti nel Ris. La connessione tra le reti IT ha quindi di fatto portato alla riduzione degli errori delle anagrafiche dei pazienti, la semplificazione del processo (il tecnico nelle diagnostiche deve solo richiamare il paziente accettato) e la riduzione dei tempi di refertazione (il medico ha già le immagini del paziente sul Pacs connesse all'anagrafica corretta e la storia clinica del Ris), con un conseguente recupero di tempo da parte dei professionisti. Per quanto riguarda il sostegno fornito all'esperienza, la tempestività con cui la Direzione sanitaria ha ufficializzato la nuova procedura per la richiesta del documento di identità e della tessera sanitaria al momento della accettazione amministrativa (tabella 6, punto 5) è stata fondamentale per la gestione efficace del cambiamento dei comportamenti degli operatori coinvolti nel processo di verifica dell'identità del paziente.

Per quanto attiene all'importanza dell'attenzione posta alle technicalità necessarie alle diverse fasi di attuazione del progetto, si richiama quanto diffusamente presentato nella descrizione delle fasi operative del progetto. In particolare, i principi metodologici su cui si è basata la gestione del progetto trovano fondamento negli elementi e i concetti peculiari di *risk management*, di *project management*, di gestione del cambiamento e di analisi di processo, che sono stati fondamentali per il buon esito dell'esperienza e che hanno permesso di impostarla seguendo una sequenzialità di fasi scandite e di selezionare di volta in volta gli strumenti adeguati alle diverse situazioni.

Infine, per quanto riguarda la cultura organizzativa, si ricorda il forte contributo dato dal coinvolgimento dell'intero staff del dipartimento, che ha permesso il raggiungi-

mento degli obiettivi fissati. Senza la partecipazione e l'accettazione di chi si è trovato a dover modificare i propri comportamenti nell'operatività quotidiana, non sarebbe stato possibile realizzare le soluzioni tecniche identificate grazie agli strumenti di analisi utilizzati. Si segnala che alcune soluzioni operative sono nate proprio dall'esperienza degli operatori e dal loro riscontro testato immediatamente. Fondamentale è stato l'invito esteso a tutto lo staff del dipartimento alla presentazione dei risultati ottenuti a ogni fase dell'esperienza. Queste «riunioni plenarie» hanno rappresentato un momento di interazione, di confronto e di condivisione importantissimo. Ciò ha permesso al personale di tutti i livelli di assumere un ruolo attivo, partecipe e responsabile nella definizione delle soluzioni necessarie al cambiamento, o meglio, al miglioramento sia del servizio, sia della qualità professionale, intraprendendo l'inizio di un percorso «culturale» verso un atteggiamento proattivo.

#### Attribuzione

Pur essendo frutto del lavoro comune, la stesura dei paragrafi può essere attribuita nel seguente modo: a S. Canitano, il § 2.1, ad A. Ghirardini, il § 2.2, a M. Migliazza, i §§ 2.3 e 3, a E. Trincherò i §§ 1, 1.1 e 2.

#### Ringraziamenti

Si ringrazia per il contributo apportato all'esperienza lo staff della struttura complessa di radiodiagnostica per immagini dell'IFO, e in particolare la dr.ssa A. Alloca, la dr.ssa G. Angeloni, l'ing. A. Bianchi, il sig. M. Celaia, la dr.ssa S. Ciampalini, il dr. M. Crecco, il dr. L. D'Auria, la dr.ssa F. Fodde, la dr.ssa L. Acorossi, la prof.ssa P. Muti, la dr.ssa M.C. Patisso, la dr.ssa E. Saracca, dr. F. Solivetti, la dr.ssa L. Strigari.

#### Note

1. Nel rapporto «To err is human» pubblicato nel 1999 dall'*Institute Of Medicine* (IOM), si definisce il rischio clinico come la possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure sanitarie durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento di un periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
2. L'indice IPR si ottiene moltiplicando (i) la Gravità (G) degli effetti, ovvero dei danni che il paziente può subire; (ii) per la Probabilità (P) o frequenza di accadimento dell'errore; (iii) per la rilevabilità (R) del *failure mode*, ossia la possibilità di individuare, controllare e correggere l'errore ( $IPR = G \times P \times R$ ). Solitamente si fa riferimento a scale di valutazione con valori compresi tra 1 e 10 o tra 1 e 5.

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

- BRUSONI M., DERIU P.L., PANZERI C., TRINCHERO E. (2009), «Un metodo di indagine sulla safety culture per la sicurezza dei servizi sanitari in Italia», *Mecosan*, 69, pp. 63-85.
- DEL VECCHIO M., COSMI L. (a cura di) (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- ISHIKAWA K. (1990), *Introduction to Quality Control*, 3A Corporation, Tokyo.
- JCAHO (2001), *Revision to Joint Commission standards in support of patient safety and medical health care error reduction*, Joint Commission Resources, OakBrook Terrace, IL.
- JCAHO (2004), *Accreditation Issues for Risk Managers*, Joint Commission Resources, OakBrook Terrace, IL.
- JCAHO (1995), *How to Meet the Most Challenging Joint Commission Requirements for Home Care*, Joint Commission Resources, OakBrook Terrace, IL.
- JCAHO (2001), *Sentinel Event Glossary of Terms*, Joint Commission Resources, OakBrook Terrace, IL.
- KOHN L., CORRIGAN J., DONALDSON M. (2000), *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine (IOM), National Academy Press, Washington D.C.
- KUHN A.M., YOUNGBERG B.J. (2002), «The need for risk management to evolve to assure a culture of safety», *Qual Saf Health Care*, 11, pp. 158-162.
- MINISTERO DELLA SALUTE DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA (2007), *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella: 1° Rapporto (Settembre 2005-Febbraio 2007)*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE, DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DEI LEA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA, UFFICIO III (2003), *Risk Management in Sanità: il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003)*, Roma.
- NASHEF S. (2003), «What is a near miss?», *The Lancet*, 361, pp. 180-181.
- OHNO T. (1988), *Toyota production system: beyond large-scale production*, Portland, Oregon, Productivity Press.
- PRINGLE M., BRADLEY M. (1994), «Significant event auditing: a users' guide», *Audit Trends*, 2, pp. 70-73.
- RESAR R. (2006), *Outpatient Adverse Event Trigger Tool*, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA.
- SPATH P.L. (2003), «Using Failure Mode and Effects Analysis to Improve Patient Safety», *AORN J*, 78, pp. 16-37.
- TARTAGLIA R., ALBOLINO S., BELLANDI T. (2005), «Il modello toscano per la Gestione del Rischio Clinico», *Clinical Governance*, novembre, [http://www.salute.toscana.it/sst/grc/pubblicazioni/rischio\\_clinico\\_per\\_clinical\\_governance.pdf](http://www.salute.toscana.it/sst/grc/pubblicazioni/rischio_clinico_per_clinical_governance.pdf)
- US DEPARTMENT OF ENERGY (1992), *Root Cause Analysis Guidance Document*, DOE-NE-STD-1004-92.
- VINCENT C. (1995), «Clinical risk management: one piece of the quality jigsaw», *Qual Health Care*, 4(2), pp. 73-74, London.
- VINCENT C., NEALE G., WOLOSZYNOWYCH M. (2001), Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review», *BMJ*, 322, pp. 517-519.
- WALSHE K. (2000), «Adverse events in health care: issues in measurement», *Qual Health Care*, 9, pp. 47-52, London.
- WOLFF A.M., BOURKE J., CAMPBELL I.A., LEEMBRUGGEN D.W. (2001), «Detecting and reducing hospital adverse events: outcomes of the Wimmera clinical risk management program», *Med J Aust*, 174, pp. 621-625.
- YANG T. (2006), «Computational Verb Decision Trees», *International Journal of Computational Cognition*, Yang's Scientific Press, 4(4), pp. 34-46.

**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**.

# La mappatura delle competenze nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso della Asl di Pescara

A. D'ANDREAMATTEO, L. IANNI, F. ROTONDO, M. SARGIACOMO

*Despite of the fact that in these last years a relevant international debate on the competencies mapping in healthcare management has arisen, in Italy, this subject has been almost totally neglected by the Italian Literature with few notable and dated exceptions. Accordingly, after a literature review, this paper aims to portray the experimentation recently run in the Local Health Authority of Pescara, where semi-structured interviews have been administered to a sample made up both by Top-managers, and by Chief-Physicians as well as by their respective Chief-Nurses. In so doing this study will highlight both the significance of the portrayal of competencies patrimony of a LHA and the existing mismatch between the main desiderata and the status quo for the deployment of coherent training and organizational actions.*

Keywords: competences mapping, healthcare management, Pescara

Parole chiave: mappatura delle competenze, management della sanità, Pescara

## Note sugli autori

Antonio D'Andreamatteo è ricercatore di Organizzazione aziendale, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (CH); Luca Ianni è ricercatore di Economia Aziendale, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (CH); Francesca Rotondo è dottoranda di ricerca, I Dipartimento Studi Aziendali, Università G. d'Annunzio di Chieti - Pescara; Massimo Sargiacomo è Professore Associato confermato di Economia Aziendale, Dipartimento Studi Aziendali Università «G. d'Annunzio» di Chieti-Pescara, e Presidente del corso di laurea (integrato) in Economia e management dei servizi sanitari, Ud'A-Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (CH).

## 1. Introduzione

Le competenze distintive, oltre a rappresentare la chiave attraverso la quale un'organizzazione assume le proprie decisioni, costituiscono un patrimonio difficilmente replicabile e un fattore di innegabile successo.

Conoscere bene e saper valorizzare le proprie competenze distintive è un principio fondamentale per tutte le organizzazioni ma diviene, nell'attuale periodo storico, un elemento imprescindibile soprattutto per quelle che operano in settori fortemente complessi e innovativi.

Tale si presenta, oggi il settore della sanità, nel quale le dinamiche evolutive sono influenzate da numerosi aspetti di ordine economico, socio-demografico e normativo.

Il settore delle aziende sanitarie riveste un notevole peso nel sistema economico, ma opera per buona parte in regime di non mercato, rendendo meno chiare le convenienze economiche e di conseguenza rendendo più difficile la gestione del personale (De Pietro, 2006). Inoltre, nel settore operano persone caratterizzate da autonomia professionale e con elevati livelli di istruzione chiamate a svolgere il proprio compito impiegando una conoscenza tacita difficile da trasferire e standardizzare, a fronte di bisogni della popolazione che divengono sempre più articolati e che includono componenti intangibili che vanno oltre la «cura della malattia».

Le riforme degli anni '90 del secolo scorso hanno modificato il contesto di riferimento delle aziende sanitarie italiane introducendo elementi pro-concorrenziali e sviluppando l'idea che il vantaggio competitivo sia ottenibile mediante la focalizzazione sulle *core competencies* (Belcari, Mele, 2003).

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Prospettiva teorica
3. Il metodo di ricerca
4. I risultati empirici
5. Conclusioni

Diversi sono gli *asset* intangibili rilevanti per un buon governo delle aziende che operano nel settore della salute, tra i quali le competenze delle persone sono uno degli elementi portanti per la qualità dei servizi resi e più in generale per il perseguimento delle precipue finalità istituzionali.

Il documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano sanitario nazionale 2010-2012 (29 aprile 2010) conferma tale lettura mettendo in luce, tra i punti di criticità da affrontare nel nuovo Piano sanitario, una forte disomogeneità nella gestione del personale delle aziende sanitarie e la scarsa qualità percepita dai cittadini nei servizi di risposta ai propri bisogni sanitari.

Alla luce delle sopraindicate considerazioni si rende necessario sviluppare un modello che funga da supporto all'incremento della qualità dei servizi sanitari, strettamente incentrato sulla professionalità delle risorse umane operanti nell'azienda e che tenga conto delle caratteristiche del ruolo ricoperto dalle differenti famiglie professionali.

L'obiettivo del presente studio è quello di testare la validità di un possibile modello di ricognizione delle competenze individuali che consenta all'azienda sanitaria di acquisire la consapevolezza del patrimonio di competenze *core* possedute ed evidenziare l'eventuale *gap* tra competenze desiderate e agite al fine di implementare successivamente *action plan* finalizzati allo sviluppo del capitale umano. Tale scelta di ricerca è motivata dal fatto che mentre negli ultimi anni si è acceso un ampio dibattito nella letteratura italiana e internazionale sulla mappatura delle competenze in generale (vedasi al riguardo la successiva sezione dedicata alla prospettiva teorica), tale tema è stato per anni parzialmente trascurato dalla letteratura economico-aziendale italiana focalizzata sulle aziende sanitarie. È sembrato, perciò, oltremodo opportuno offrire una nuova analisi empirica sviluppata al contesto specifico italiano, in cui nelle riviste accademiche di amministrazione pubblico-sanitaria negli ultimi anni sono apparsi limitati ma preziosi contributi che hanno considerato le Asl come oggetto diretto di studio (i.e., Lega, 1997).

La consapevolezza sulle competenze consente al singolo professionista di ottenere maggiori garanzie sul riconoscimento della propria professionalità, di autovalutare le

proprie competenze e introdursi, qualora lo ritenesse, in percorsi formativi individualizzati.

I vantaggi acquisibili riguardano inoltre la possibilità per il lavoratore in mobilità intra o interaziendale di veder riconosciuta l'esperienza maturata e la possibilità per l'azienda di introdurre sistemi di incentivazione meritocratici oggettivi e imparziali.

Sintetizzando, la mappatura delle competenze può portare, anche nelle aziende sanitarie, a una riconfigurazione del modo di pensare e di agire. In particolare la valutazione, la formazione, e l'apprendimento assumono carattere di continuità: le competenze vengono diffuse e sviluppate rendendole accessibili a tutti i componenti dell'organizzazione, grazie alla socializzazione sia nei momenti istituzionali sia in quelli quotidiani.

Date queste finalità, l'introduzione di ogni modello di competenza non deve essere fine a se stessa, ma deve aggiungere valore all'intera organizzazione (Civelli, Manara, 1997; Le Boterf, 2000). Per questo alcuni studiosi, come Camuffo (2000), sottolineano come sia errato considerare l'approccio alle competenze come la panacea in grado di risolvere ogni tipo di problema o, ancora, considerare il modello delle competenze una metodologia semplice che non necessita di essere testata su robusti programmi di ricerca.

Occorre individuare, inoltre, un vettore in grado di legare le persone all'organizzazione per superare eventuali ritrosie nella condivisione delle competenze, vettore per molti autori rappresentato dai processi aziendali (Belcari, Mele, 2003), intesi come luogo di definizione e contestualizzazione dei ruoli ricoperti. In letteratura si sottolinea come la focalizzazione sulle competenze porta a una costruzione dell'organizzazione mai definitiva: «esiste la possibilità di aggiungere, giorno dopo giorno, attraverso l'operato effettivo delle persone uno spaccato nuovo che non era prevedibile ieri, forse solo intuibile» (Varchetta, 1993).

Con queste premesse nella prossima sezione sarà sviluppato un rapido affresco della prospettiva teorica di questo studio.

## 2. Prospettiva teorica

Il tema della gestione della conoscenza, così come quello delle competenze, è ormai

ampiamente dibattuto dalla dottrina (Camuffo, 1996; 2000; De Pietro, 2006). Questi concetti, inoltre, sebbene non esprimano esattamente gli stessi temi di ricerca e di intervento manageriale, sono spesso indagati insieme, soprattutto da quando si è imposto a livello internazionale il dibattito sulle risorse intangibili, sulle competenze distintive aziendali e la *visione basata sulle risorse (Resource Based View - RBV)*.

La prospettiva *RBV* a partire dalla metà degli anni '80 supera la visione classica dell'analisi competitiva focalizzata sulle determinanti esogene all'organizzazione recuperando il ruolo essenziale delle determinanti endogene alla stessa (Lega, 1997) e individuando nelle cause di differenziazione della performance non più le caratteristiche del settore di appartenenza bensì le risorse presenti nell'organizzazione spingendo, in tal modo, a individuare quali abbiano le caratteristiche per diventare fonti del vantaggio competitivo.

Questa nuova prospettiva approfondita da Wernerfelt (1984), Rumelt (1984), Barney (1991), Collis (1991) propone l'obiettivo non solo di evidenziare quali sono le risorse distintive delle aziende bensì di sottolineare come le capacità organizzative distintive consentono di costituire un vantaggio competitivo significativo e durevole (Durand, 2006).

Come descritto più avanti, gli approcci al tema delle competenze sono suddivisibili in due categorie: *top-down* e *bottom-up*. Il primo si inserisce perfettamente nella prospettiva *RBV*, alla quale è riferibile anche la *Knowledge-Based Perspective* (Tardivo, 2008), in quanto l'attenzione è sulle competenze distintive in una visione strategica dell'azienda, che solo in seconda analisi viene declinata rispetto alle azioni di sviluppo delle risorse umane. Il secondo approccio, di matrice più psicologica, si focalizza sui requisiti professionali (oltre ai tratti e alle motivazioni) richiesti al lavoratore affinché possa rispondere alle aspettative di ruolo.

## 2.1. La gestione della conoscenza

Nel corso degli anni Novanta del secolo scorso, si è imposto nel dibattito internazionale, ma anche nella consulenza manageriale, il tema del *Knowledge Management* e

dell'Economia della conoscenza (Di Bernardo, Rullani, 1990; Rullani, 2004).

Tra i contributi più significativi è da annoverarsi la pubblicazione da parte di Nonaka e Takeuchi del volume *The Knowledge-creating company* (1995), nel quale i due ricercatori hanno illustrato un modello innovativo di spiegazione del successo delle imprese (altri contributi fondamentali sono lo studio di Davenport e Prusak (1998) sul ruolo della conoscenza nella vita delle moderne organizzazioni e quello di Stewart sul capitale intellettuale (1997). L'elemento centrale della competizione è diventato, a loro giudizio, la creazione di «conoscenza organizzativa», ossia la capacità di creare nuove conoscenze, di diffonderle all'interno dell'impresa e di tradurle in prodotti, servizi e sistemi. Il vantaggio competitivo, in effetti, verrebbe alimentato, come noto, dall'innovazione, ma questa a sua volta sarebbe possibile solo grazie alla creazione di nuove conoscenze. Questo cambiamento di paradigma sarebbe necessario anche perché diverse sono le caratteristiche dell'ambiente in cui le organizzazioni operano: più turbolento, più complesso, più incerto, più dinamico, in una parola meno stabile e quindi comportante un maggior sforzo di adattamento da parte delle imprese. La risposta di queste ultime, proprio attraverso il nuovo paradigma, sarebbe la snellezza delle strutture, la loro maggiore dinamicità, responsabilità più precise affidate alle risorse umane, relazioni più dirette con i clienti, il *riconoscimento dell'importanza delle competenze personali in termini di tecniche e di abilità*, il grande valore riconosciuto alla conoscenza.

Secondo tale modello, la creazione di conoscenza avviene con una modalità a spirale che si sviluppa su due dimensioni, quella epistemologica e quella ontologica. Rispetto alla prima, la conoscenza è *tacita*, cioè eminentemente personale, legata alla propria esperienza, ai propri schemi mentali e al proprio *know-how*, e quindi poco formalizzabile, o *esplicita*, quindi formalizzata, documentata e per questo facilmente condivisibile con i mezzi che la tecnologia mette a disposizione.

Il passaggio da un tipo di conoscenza a un altro avviene con un processo dinamico di conversione che si svolge nelle seguenti modalità:

- la socializzazione, ovvero il passaggio da una conoscenza tacita a un'altra (conoscenza simpatetica);
- l'esteriorizzazione, cioè creazione di una conoscenza esplicita attraverso l'esplicitazione di conoscenze tacite (conoscenza concettuale);
- la combinazione, il passaggio da una conoscenza esplicita a un'altra (conoscenza sistemica);
- l'interiorizzazione, il far propria una conoscenza esplicita (conoscenza operativa).

La dimensione ontologica evidenzia come la creazione della conoscenza parta sempre dall'individuo per poi coinvolgere, in un processo virtuoso, i gruppi e l'organizzazione nel suo complesso, oltre che superare i confini della stessa verso comunità sempre più ampie.

Questo approccio alla gestione della conoscenza è del tipo persona a persona (Daft, 2001). In effetti, un altro modo di descrivere il fenomeno, oltre che di implementare soluzioni di *knowledge management*, è dare maggior rilievo all'aspetto tecnologico, piuttosto che umano. Secondo tale visione, conta investire abbondantemente in soluzioni di *information technology*, attraverso tecniche di *data mining*, predisposizione di *data warehouse*, configurazione di librerie elettroniche, implementazione di reti intranet aziendali. L'assunto implicito di tale impostazione non è quello di considerare poco centrali le risorse umane, quanto piuttosto di ritenere sufficiente dotarle di tale strumentazione. Non si tratta, naturalmente, di aderire acriticamente all'una o all'altra visione, quanto piuttosto riconoscere che la conoscenza è situata nelle menti delle persone e che diverse sono le vie attraverso le quali acquisire, codificare, condividere, gestire le conoscenze in azienda, rendendo possibile che la conoscenza dei singoli diventi conoscenza di tutti (Biffi, Camuffone, 2000).

Non mancano in letteratura coloro che sottolineano l'insuccesso dei sistemi di *knowledge management* e criticano la prospettiva modernista rispetto a tale tema di azione manageriale (Bonifacio, Bouquet, Merigliano, 2002). Il fallimento sarebbe dovuto a una contraddizione intrinseca tra le pretese di controllo manageriale centralizzato dei processi cognitivi e la loro natura, al contra-

rio, distributiva. In altre parole, il modello di Nonaka sarebbe troppo semplicistico nella sua formulazione e difficile da attuare nella pratica, perché troppo debole è la descrizione di come avvenga, in concreto, l'esplicitazione del sapere tacito. Su tutto resta che il *management* non può trattare la conoscenza così come le altre risorse aziendali, né centralizzare i processi di diffusione dei saperi. Piuttosto può impiegare tale paradigma come una delle chiavi di lettura dei contesti organizzativi e intervenire affinché le diverse comunità di pratiche presenti in azienda riescano a gestire in autonomia il proprio sapere (che non può essere efficacemente codificato in un linguaggio unico aziendale) e, all'occorrenza, a interagire le une con le altre, grazie a soluzioni che consentano una più facile traducibilità del proprio linguaggio in un altro.

Secondo Camuffone, invece, sebbene il modello di Nonaka non sia scevro da critiche, è interessante nella misura in cui consente di interpretare come un processo di generazione di conoscenza gli approcci basati sulle competenze (Camuffone, 1996).

La *conoscenza* (implicita) della persona è il risultato delle competenze che la stessa impiega, senza soluzione di continuità, nello svolgimento delle sue mansioni e nella trama di relazioni che intesse con gli altri attori organizzativi (Berini, 2000). La *socializzazione* sarebbe lo strumento attraverso il quale è possibile la condivisione di competenze tacite, l'*esternalizzazione* consentirebbe l'esplicitazione di modelli taciti di competenze (ad esempio attraverso la tecnica della *Behavioral Event Interview*), la *combinazione* costituirebbe un momento di ricombinazione delle competenze codificate anche alla luce delle variabili strategiche (ad esempio attraverso la compilazione dei dizionari di competenze), e l'*internalizzazione* sarebbe il momento in cui le persone amplierebbero il proprio sapere tacito, come effetto dell'impiego del modello delle competenze nelle diverse politiche di gestione delle risorse umane (selezione, formazione, valutazione e ricompensa), per poi avviare nuovi cicli di trasformazione del sapere e di sviluppo di nuove conoscenze.<sup>1</sup> Del resto anche nei progetti di implementazione dei modelli di gestione della conoscenza non è raro che sia definita anche la dimensione delle competenze (come, ad esempio,



il modello di riferimento adottato dal Dipartimento della funzione pubblica nel 2001 e descritto da Meneguzzo e Della Piana, 2002, basato sulle dimensioni delle comunità di riferimento, delle competenze, dei canali di collegamento e della comunicazione).

Alla luce di tali considerazioni, è da intendere se e come questi modelli sono impiegabili nelle aziende sanitarie. Sicuramente, date le caratteristiche peculiari di tale tipo di organizzazioni, la risposta non può che essere affermativa. Esse sono aziende costruite intorno ad attività di servizio assistenziale, ad alta intensità di conoscenza (Khatri, 2006) e intensità e qualità di personale (Mele, Tozzi, 2004). In merito al primo aspetto De Pietro (2005) suggerisce come in nessun altro settore vi sia una interrelazione così stretta tra assistenza, didattica e ricerca. Cicchetti e Lorenzoni (2000, p. 112) definiscono ad esempio l'ospedale come «“centro strategico” che detiene, acquisisce e ricombina un portafoglio di conoscenze scientifiche di base» che sfrutta per l'assistenza sanitaria, la didattica e la ricerca, di base e applicata. Il sapere utilizzato all'interno delle aziende sanitarie è molto vario, ed è costituito da conoscenze di tipo medico, biologico e ingegneristico, oltre che di tipo amministrativo, gestionale e manageriale. Storicamente, inoltre, i due tipi di attività, clinica e amministrativa, sono stati sempre gestiti separatamente, con scarse occasioni di contatto tra le due culture professionali. Oggi non è più così, date le nuove responsabilità economiche del medico e la maggiore efficienza che si chiede agli operatori amministrativi, coinvolti, ad esempio, per le attività di loro competenza nella definizione dei percorsi clinico-assistenziali. Lega (1997), nell'illustrare i vantaggi per l'azienda sanitaria di meccanismi che favoriscano il ciclo di sviluppo, diffusione e dispiegamento della conoscenza, approfondisce anche un'altra dicotomia (oltre alla dimensione tacito - esplicito), quella della conoscenza superficiale piuttosto che profonda, quest'ultima impiegata dai *professional* per far fronte a problematiche complesse. Proprio con riferimento a questo tipo di conoscenza le aziende sanitarie italiane hanno cominciato, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, a «catturare» e diffondere in modo più sistematico le migliori *best practices*, giudicate tali non solo in base ai risultati clinici, ma anche per

un più razionale consumo di risorse e per una maggiore coerenza nell'affidare la responsabilità della cura della patologia alle unità organizzative più idonee. Sempre Lega sottolinea la necessità dell'integrazione delle due culture professionali, presenti nell'azienda sanitaria, perseguibile attraverso meccanismi di decodifica della conoscenza tacita di un gruppo, trasformata in esplicita, in un linguaggio comprensibile dall'altra.

Se è vero, comunque, che l'elevata specializzazione di molte attività cliniche rende difficile la socializzazione a livello di organizzazione delle conoscenze acquisite individualmente (De Pietro, 2005) è anche vero che le iniziative e le occasioni di *knowledge management*, se adeguatamente configurate, possono costituire occasione di integrazione tra il momento individuale e quello organizzativo, affinché le competenze individuali si trasformino in competenze dell'organizzazione. Qui giova ricordare come il talento e la competenza professionale posseduti dalle persone costituiscano il patrimonio più importante (Rebora, 2001), per questo occorre che vi sia l'impegno da parte di ogni attore organizzativo, dall'operatore del nucleo operativo al *top management*, alla definizione e misurazione delle competenze. Questo è ancora più significativo in rapporto alla tipologia delle figure professionali coinvolte nelle aziende sanitarie, figure tanto con contenuto tecnico quanto di relazione, perché combinano la necessità di una elevata competenza tecnica con il possesso di doti di sensibilità interpersonale indispensabili per relazionarsi correttamente con i destinatari dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura. Allo stesso tempo, sono fondamentali le competenze gestionali, soprattutto nei ruoli manageriali, tanto di *general management*, come ad esempio per la posizione di Direttore generale dell'azienda sanitaria, quanto in quelli con contenuto più tecnico, come per il Direttore sanitario di ospedale, oppure di relazione. Proprio l'azienda sanitaria pubblica costituisce un tipico esempio di realtà dove necessariamente si inanellano concetti di generale «razionalità governativa» (Preston, Chua, Neu, 1997; Sargiacomo, 2008), nell'ambito della quale e coerentemente con la summenzionata letteratura, le cosiddette figure di manager professionali sono selezionate tra i professionisti stessi, abituati a co-

niugare competenza tecnica e orientamento alla relazione e quindi più capaci, se nel tempo hanno maturato un certo grado di capacità gestionale, di rapportarsi correttamente con gli altri professionisti.

Al tema delle competenze individuali, tecnico-professionali, organizzative, relazionali o gestionali che siano, oggetto delle interviste, è dedicato il prossimo paragrafo.

## 2.2. Le competenze individuali

In prima analisi può apparire semplice definire il concetto di competenza. Questo è vero solo da un punto di vista intuitivo, in quanto il senso comune consente di riconoscere una persona *competente* da una che, al contrario, ottiene performance inferiori alla media, se non risultati del tutto negativi (Levati, Saraò, 2003). Diversamente, nonostante, come già scritto, sia abbondante la mole di contributi intorno a questa tema, ancora non vi è accordo sulla definizione del concetto. Da un lato ciò consente di apprezzare l'ampiezza e la profondità del costrutto, dall'altro rende difficile comparare i diversi contributi teorici e confrontare le esperienze delle organizzazioni che hanno già adottato il modello delle competenze come nuovo paradigma della gestione delle risorse umane.

In generale, le definizioni di competenza, se si adotta l'approccio individuale, sono incentrate su ciò che determina il successo della persona in termini di risultato delle prestazioni, anche se altre pongono in risalto soprattutto le relazioni tra individuo e contesto.

Nelle diverse lingue europee il significato di competenza varia.

La lingua italiana e tedesca pongono come primo significato quello di ordine giuridico; nell'enciclopedia Treccani si legge, ad esempio, come definizione del termine competenza:

- 1) l'idoneità e l'autorità a trattare, giudicare e risolvere determinate questioni (e la capacità di farlo);
- 2) quanto spetta a una persona;
- 3) il verbo competere indica l'azione di «andare insieme, far convergere in un medesimo punto», anche nell'accezione di incontrarsi, finire insieme, corrispondere, coin-

cidere, gareggiare o mirare a un medesimo obiettivo.

La lingua inglese per «competence» pone come significato primigenio l'accento sul «saper fare».

Diverse sono anche le ambiguità terminologiche: Cocco (2001) critica la traduzione italiana del termine inglese «competency», suggerendo una traduzione corretta con il termine «capacità», intesa come riuscita in un compito.

Nel tempo, il significato di competenza è cambiato da un'accezione prettamente giuridica (nel Medioevo competente era colui che poteva giudicare o agire in un'azione giudiziaria), a una (intorno al XVII secolo) più legata al sapere e all'esperienza (Rotondi, Saggin, 2002).

Naturalmente, a seconda del modo di definire il concetto di competenza, cambia il tipo di approccio adottato dagli studiosi.

Secondo Sandberg (1994) è possibile distinguere tre approcci razionalistici al concetto di competenza: *worker oriented*, *work oriented*, *multimethod oriented*. Tutti e tre gli approcci considerano la competenza come un insieme di attributi indipendenti dal contesto, ma si distinguono poiché focalizzano l'attenzione su aspetti differenti.

Nel primo approccio, la competenza è costituita da un insieme di attributi posseduti dal lavoratore (quali competenze, capacità e abilità) e da caratteristiche personali necessarie per una performance efficiente. L'approccio *worker oriented* più comunemente usato è il metodo degli elementi del lavoro (Sandberg, 2000; Veres, 1990) nel quale gli attributi rilevanti vengono individuati da un gruppo di supervisori e successivamente organizzati in categorie, in seguito si attribuisce a ciascuno un quoziente in modo da ottenere una misura quantitativa della correlazione tra successo nel lavoro e possesso degli attributi.

Nell'approccio *work oriented* il punto di osservazione è spostato sul lavoro: si identificano quali siano le attività fondamentali che costituiscono il lavoro e poi si trasformano le attività in attributi personali, superando così il limite delle descrizioni troppo generiche.

Nell'approccio *multimethod oriented* si cerca di superare i limiti dei precedenti approcci considerando la competenza come un

insieme di attributi analizzati e servendosi di entrambi.

Un'altra distinzione è tra approcci razionalistici e interpretativi.

Gli approcci razionalistici non sono esenti da critiche (Attewel, 1990; Norris, 1991; Sandberg, 2000; Sandberg 1991), in quanto indicano come tradurre gli attributi in misure quantitative, dando luogo a descrizioni troppo astratte e sintetiche. Sandberg (1994) aggiunge che la definizione di un insieme specifico di attributi non esprime la competenza del lavoratore, poiché non vi è correlazione diretta tra possesso degli attributi e loro utilizzo né nella modalità di utilizzo sul lavoro.

Per superare i limiti degli approcci razionalistici, si sviluppano con Weber (1947/1964) quelli interpretativi per i quali i modi di fare esperienza divengono più importanti degli attributi (tale prospettiva è stata approfondita soprattutto dalla sociologia fenomenologica). L'approccio interpretativo non identifica due entità distinte, lavoro e lavoratore, ma la competenza è riconducibile all'esperienza vissuta nel lavoro, più specificamente la competenza è costituita «dal significato che il lavoro assume nell'esperienza del lavoratore» (Sandberg 2000).<sup>2</sup> Un limite dell'approccio interpretativo è quello di non spiegare come gli attributi possano integrarsi in performance competenti e neanche perché, nell'ambito dello stesso gruppo di lavoro, alcune persone risultino più competenti di altre.

Sparrow (1995), docente alla Manchester Business School, identifica tre approcci: *management competence* (competenze descritte in base all'analisi delle responsabilità e dei job), *behavioral competence* (legato agli approcci di Boyatzis e Spencer, si considerano le competenze come *soft skill*, associate ad alcune caratteristiche sottostanti la superficie del comportamento di un individuo - Civelli, Manara, 1997), *core competence* organizzative (competenze individuate con metodi di analisi di mercato e pianificazione strategica).

Altro aspetto da sottolineare è la frequente distinzione, negli studi in materia di competenze, tra *performance superiore* (eccellente o *best practice*) e *performance efficace*. La prima è una deviazione standard rispetto alla performance media, la seconda indica la soglia minima per considerare accettabili i risultati di un lavoro: analizzando la per-

formance nella mansione è possibile distinguere tra *competenze soglia* (essenziali) e *competenze distintive* (peculiari rispetto alla media).

Altra distinzione nota in letteratura, ricordata in apertura del paragrafo, è quella tra competenze individuali (proprie del singolo attore organizzativo) e competenze organizzative.

La prospettiva della competenza distintiva è riferibile all'azienda nel suo complesso. Per essere considerata chiave, la competenza nell'impresa deve essere difficile da imitare, apportare un reale valore aggiunto ai clienti e alimentare una diversità nell'offerta su mercati differenti (Durand, 2000; Prahalad, Hamel 1990). Amit e Schoemaker (1993), ad esempio, riconoscendo l'importanza dell'esperienza e della conoscenza soprattutto nel settore delle aziende sanitarie, come fonti del vantaggio competitivo, definiscono la competenza come combinazione di risorse maturate e sfruttate all'interno dei processi organizzativi.

Le competenze individuali sono invece solitamente descritte come sintesi di conoscenze, il sapere, capacità, il saper fare, e comportamenti, il saper essere (Durand, 2006).

Un aspetto rilevante in questo tema di discussione è come si collocano e come interagiscono le competenze individuali rispetto alle competenze distintive. In sintesi, si può affermare che *le competenze distintive fanno leva su quelle individuali, mentre queste ultime a loro volta alimentano le prime, consentendo all'azienda di sviluppare conoscenze e creare valore* (Cocco, 2001).

In sostanza i due orientamenti vanno integrati (Camuffo, 2000). Tale visione integrata e complementare richiede un approccio globale che tenga conto, da un lato, dell'insieme di tutte le variabili chiave dell'azienda e dei processi organizzativi e, dall'altro, dei comportamenti personali e professionali considerati elementi essenziali all'interno delle organizzazioni per il raggiungimento del vantaggio competitivo (Paneforte, 1999).

### *Il modello delle competenze di Spencer & Spencer*

Di seguito si illustreranno sinteticamente gli assunti di Spencer & Spencer, il cui modello, come sarà esplicitato successivamente,

è stato preso a riferimento in questa ricerca (per altre definizioni di competenza si rimanda al **box 1**).

I due studiosi hanno definito la competenza come «una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito», in tal modo, la competenza viene considerata come parte integrante e duratura della personalità dell'individuo e diviene causa o predittiva del comportamento manifestato ancorché dei risultati ottenuti, in altri termini: «competency is a fairly deep and enduring part of an individual's personality» (Hofrichter, Spencer, 1996).

Lyle e Signe Spencer hanno definito, quindi, le competenze come una caratteristi-

ca intrinseca di un individuo, la quale è correlata a una performance efficace o superiore alla media.<sup>3</sup> Il loro modello di competenze si inserisce nel solco di quanto proposto da McClelland (1973) e successivamente sviluppato da Boyatzis (1982).

Le competenze, così intese, sono costituite da cinque elementi fondamentali:

1) le motivazioni: ossia schemi mentali interiori che spingono una persona ad agire;

2) i tratti: cioè caratteristiche fisiche e generale disposizione a comportarsi o a reagire in un determinato modo a una situazione o a una informazione;

3) l'immagine di sé: atteggiamenti, valori o concetto di sé;

4) la conoscenza di discipline;

### Box 1

#### Definizioni di competenza

La competenza individuale non è un fattore generale di intelligenza ma è un insieme di schemi cognitivi e comportamentali operativi causalmente collegati al successo nel lavoro: le competenze sono il principale fattore che permette di predire il successo nelle attività lavorative.  
(McClelland 1973)

La competenza è una caratteristica sottesa nella persona che si traduce in una performance efficace o superiore nel lavoro; le competenze sono considerate caratteristiche generiche che possono manifestarsi in diverse forme di comportamento e/o di azione.  
(Boyatzis 1982)

La competenza è «la qualità professionale di un individuo in termini di conoscenze, capacità, abilità, doti personali e professionali».  
(Quaglino, 1990)

«La competenza implica una capacità generativa in cui le abilità cognitive, sociali e comportamentali, devono essere organizzate ed effettivamente orchestrate al servizio di innumerevoli obiettivi».  
(Bandura, 1990)

La competenza va definita come *copuling*, termine inglese che richiama l'atto del reciproco combinarsi di differenti elementi. In questo modo ci si può riferire innanzitutto all'azione piuttosto che a un sapere dato.  
(Lanzara, 1993)

La competenza è «una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata ad una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito».  
(Spencer & Spencer, 1993)

La competenza è la «capacità di mobilitare capacità cognitive per far fronte a situazioni complesse».  
(Le Boterf 1994)

La competenza, secondo un'ottica strategica, non è altro che la «messa in uso» delle risorse cognitive, emotive, relazionali, sociali e professionali necessarie all'individuo per partecipare attivamente alla vita della comunità di appartenenza nelle diverse circostanze che gli si presenteranno.  
(Pellerey, 2002)

5) le *skill*: ossia la capacità di eseguire un compito.

Le capacità e le *skill* tendono a essere caratteristiche osservabili e relativamente superficiali; l'immagine di sé, i tratti e le motivazioni sono sommersi, cioè nascoste nell'intimo della persona, di conseguenza le organizzazioni generalmente realizzano interventi di formazione rivolti alle prime perché più facili da modificare.

I due autori hanno elaborato un dizionario delle competenze, intese nel modo descritto, formulate in forma generica, graduate su scale create per coprire un'ampia gamma di mansioni, così configurato (vedi **appendice I**):

1) *competenze di realizzazione e operative* (orientamento al risultato; attenzione all'ordine, alla qualità, all'accuratezza; ricerca delle informazioni; spirito di iniziativa);

2) *competenza di assistenza e di servizio* (sensibilità interpersonale; orientamento al cliente);

3) *competenze di influenza* (persuasività e influenza; consapevolezza organizzativa, costruzione di relazioni);

4) *competenze manageriali* (sviluppo degli altri; attitudine al comando: assertività e uso del potere formale; lavoro di gruppo e cooperazione; leadership del gruppo);

5) *competenze cognitive* (pensiero concettuale; pensiero analitico; capacità tecniche/professionali/manageriali);

6) *competenze di efficacia personale* (impegno verso l'organizzazione; fiducia in sé; autocontrollo; flessibilità; altre caratteristiche e competenze personali).

Le categorie sono state costruite raggruppando le varie competenze in gruppi omogenei secondo l'intenzione (la forza della motivazione o del tratto che dà origine all'azione per il raggiungimento di un risultato), che è una tipologia intermedia tra i tratti e le motivazioni e i comportamenti effettivamente esplicitati.

I due studiosi, inoltre, hanno proposto modelli generici di competenze per le famiglie di ruoli più diffuse: tecnici e *professional*, venditori, assistenza e servizi sociali, manager, imprenditori; nell'ambito di ciascuna

famiglia hanno poi indicato le peculiarità di alcuni specifici ruoli.

Il modello generico di ogni ruolo è espresso con una lista di competenze alle quali è assegnato un peso che esprime la frequenza di segnalazione emersa dalle ricerche su un campione di ruoli significativo. Proprio per questo il modello, nella sua genericità, è particolarmente adatto a confrontare tipologie di ruolo simili, ma anche a esprimere giudizi sulle competenze necessarie per rendere possibili i comportamenti richiesti dai nuovi ruoli.

Naturalmente la «forza» esplicativa di tale modello costituisce anche il suo principale punto di debolezza, in quanto la caratteristica della genericità non consente di apprezzare le specificità di determinate mansioni che richiedono requisiti peculiari.

Gli stessi autori così specificano i limiti del loro modello: le scale generiche del dizionario sono applicabili a tutte le mansioni, ma a nessuna in modo esatto; le caratteristiche più insolite o particolari sono ignorate o poco rappresentate; la necessità di formazione e pratica per applicare il modello.

### 3. Il metodo della ricerca

Dal punto di vista metodologico, in accordo con gli obiettivi della ricerca, la scelta è stata quella di seguire un approccio tipico della ricerca qualitativa, sottoponendo a intervista, nell'ambito di un singolo caso, quello dell'Azienda sanitaria locale di Pescara, un campione di persone che rappresentasse la varietà delle situazioni presenti nell'azienda selezionata.

L'intervista qualitativa, come è noto, è una «conversazione a) provocata dall'intervistatore, b) rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e c) in un numero consistente, d) avente finalità di tipo conoscitivo, e) guidata dall'intervistatore, f) sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione» (Corbetta, 2003, p. 110).

In effetti, l'applicazione di tale tecnica ha consentito il raggiungimento di alcuni scopi desiderati: comprendere il fenomeno indagato non dando per scontato di conoscerne già tutti gli aspetti e dare rilievo alla percezione del fenomeno da parte dei soggetti intervistati, al fine di coglierne l'esperienza vissuta.

In particolare, si è preferito un grado di standardizzazione dell'intervista intermedio, attraverso la conduzione di interviste semi-strutturate, la cui traccia è stata elaborata preventivamente con un buon livello di accuratezza e di dettaglio, conservando al contempo un certo grado di flessibilità (Trobia, 2005, p. 46). Le stesse sono state caratterizzate da domande prevalentemente aperte, proposte, durante la conversazione, secondo un ordine non vincolante. Alcune di esse, quelle relative al governo dell'azienda sanitaria e quelle concernenti il dizionario delle competenze, sebbene siano state predisposte organizzando in scelta graduata i possibili *item*, sono state somministrate lasciando totale libertà all'intervistato di esprimere la propria risposta e le proprie osservazioni.

In generale, le domande sono state somministrate da un solo intervistatore, che ha stimolato la discussione intorno al tema generale dell'intervista e specifico della domanda facendo attenzione a dare giusto rilievo a ulteriori temi emersi durante la conversazione. Ciascuna intervista ha avuto una durata relativamente lunga e l'organizzazione della stessa è dipesa dalle contingenze di lavoro dell'intervistato (ma nell'insieme tutte le conversazioni sono state condotte in un arco di tempo relativamente breve e ogni intervista è stata completata senza interruzioni).

Durante ogni conversazione, sia l'intervistato che l'intervistatore hanno potuto spiegare il significato di quanto affermavano e chiedere chiarimenti su specifici concetti. Naturalmente, l'intervistatore si è limitato a stimolare il discorso, lasciando libertà all'intervistato di esprimere le proprie idee e le proprie motivazioni.

I limiti di tale metodo sono quelli propri della ricerca qualitativa: l'assenza di standardizzazione, che rende difficoltosa la quantificazione dei fenomeni e la loro comparazione (mitigata, nel nostro caso, dalla scelta di disporre di una traccia dell'intervista), lo scarso numero di casi studiati (che però consente di comprendere in profondità) e l'impegno di tempo, oltreché lo sforzo organizzativo, nel preparare e condurre le interviste.

In merito al campione, lo stesso è stato individuato attraverso un piano sistematico, scegliendo le persone da intervistare tra *top manager*, dirigenti di struttura complessa e coordinatori di sala, in base a un criterio di

rappresentatività sostantiva (Corbetta, 2003, p. 75). In tal modo le interviste sono state rivolte sia al personale amministrativo, sia a quello sanitario operante in reparti intensivi, semintensivi e generali e, più in generale, costituenti centri di costo intermedi e finali.

Analizzata la struttura organizzativa della Asl di Pescara e a seguito di un colloquio preliminare, si è, quindi, concordato con la direzione di sottoporre a intervista i seguenti ruoli sanitari e amministrativi:

- Direttore generale Asl;
- Direttore sanitario Asl;
- Direttore amministrativo Asl;
- Responsabile gestione amministrativa del personale Asl;
- Responsabile area economica-amministrativa Asl;
- Primario Unità operativa (Uo) Chirurgia generale (Presidio di Pescara);
- Caposala Unità operativa (Uo) Chirurgia generale (Presidio di Pescara);
- Primario Unità operativa (Uo) Medicina e specialità mediche (Presidio di Pescara);
- Caposala Unità operativa (Uo) Medicina e specialità mediche (Presidio di Pescara);
- Primario Unità operativa (Uo) di Radiologia (Presidio di Popoli);
- Caposala Unità operativa (Uo) Radiologia (Presidio di Popoli).

La traccia dell'intervista è stata organizzata in due sezioni (vedi **box 2**): la prima, *l'analisi del contesto*, più generale, rivolta a tutto il campione, è stata predisposta per comprendere qual è il grado di consapevolezza delle figure professionali coinvolte nella ricerca circa gli aspetti strategici per una gestione efficace ed efficiente dell'azienda sanitaria; tale dimensione di analisi è servita per collegare il tema delle competenze individuali agli elementi critici di gestione di tale tipologia di organizzazione.<sup>4</sup> La seconda sezione è specifica, sui modelli generici di competenza, ed è dettagliata in base al ruolo svolto dall'intervistato, a seconda che esso, dirigente o responsabile, appartenga ai ruoli dell'assistenza e dei servizi sociali o a quelli tecnici o professionali.

In accordo con quanto esposto nel paragrafo precedente, le domande sono state predisposte con riferimento ai modelli generici di competenza di Spencer & Spencer, di con-

Sezione	Dimensione	Tipologia delle domande
I	Aspetti di contesto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta graduata</li> <li>• Aperte</li> </ul>
II	Modelli generici di competenza	
II.I	Modello dei ruoli del settore dell'assistenza e dei servizi sociali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta graduata</li> <li>• Aperte</li> </ul>
II.II	Modello dei ruoli direttivi del settore dell'assistenza e dei servizi sociali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta graduata</li> <li>• Aperte</li> </ul>
II.III	Modello dei ruoli tecnici/professionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta graduata</li> <li>• Aperte</li> </ul>
II.IV	Modello dei ruoli direttivi tecnici/professionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta graduata</li> <li>• Aperte</li> </ul>
II.V	Modello manageriale generico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta graduata</li> <li>• Aperte</li> </ul>

**Box 2**  
Struttura dell'intervista  
per la rilevazione  
dei modelli di competenza  
nell'azienda Asl

sequenza elaborate intorno ai seguenti gruppi di competenze: di realizzazione e operative; di assistenza e servizio; di influenza; manageriali; cognitive; di efficacia personale, tecniche. Sono stati, quindi, adottati i modelli proposti per il settore dell'assistenza e dei servizi sociali, ruoli concernenti l'assistenza alle persone (infermieri, medici, docenti, assistenti sociali, e così via), e quelli per i tecnici e i *professional* (più in generale i cosiddetti *knowledge worker*, distinti nel modello dagli addetti al servizio alle persone). Per il direttore generale è stato adottato il modello manageriale generico. Il motivo principale dell'adozione del modello delle competenze di Spencer & Spencer è stato quello della sua forza esplicativa cui si è fatto cenno nel paragrafo precedente. Si è avuta, quindi, la possibilità di condurre le conversazioni intorno al tema della gestione per competenze evitando un linguaggio troppo tecnico, da addetto ai lavori, e soprattutto di coinvolgere nella stessa ricerca ruoli differenti, sanitari e amministrativi, *top manager*, dirigenti di struttura complessa e responsabili di sala.

Come affermato nell'introduzione, l'intento della presente ricerca non era di validare il dizionario delle competenze proposto dai due studiosi, né di aggiornare i modelli generici di competenza per le professioni sanitarie e tecniche (che risalgono ormai al 1993 e appartengono a un contesto differente). L'intento è stato quello di comprendere, attraverso le interviste, il punto di vista di coloro che quotidianamente spendono la propria professionalità al fine di governare una

tipologia di azienda complessa dalla missione produttiva particolarmente delicata e che si trovano a dover risolvere il problema del *gap* tra il livello di competenza necessario e quello effettivamente posseduto (che va naturalmente misurato con strumenti opportuni). Tale obiettivo è ancora più importante in un momento storico in cui la gestione delle aziende sanitarie richiede competenze e sforzi elevati, soprattutto in certe Regioni dove è ancora più grave il problema della mancanza (e/o sperpero) di risorse, oltre che della scarsa qualità, reale e/o percepita, del servizio offerto (quando addirittura non si sfoci in vere e proprie *malpractice*).<sup>5</sup> Si è potuta, inoltre, focalizzare l'attenzione su tipologie di competenze necessarie per una prestazione superiore, potendo dunque evitare di intervistare le persone anche sul tipo e livello di conoscenze che devono essere possedute per il soddisfacimento delle aspettative di ruolo (il che non significa non riconoscere la loro importanza per i risultati della prestazione).

Nell'ambito di ciascuna sotto-sezione, eccetto per il direttore generale, l'intervistato è stato chiamato a esprimere un parere innanzitutto sulle competenze che, sotto un profilo ideale, dovrebbero essere possedute dal gruppo di subordinati di cui è responsabile, confrontandole poi con il portafoglio effettivamente posseduto. In seconda battuta, l'intervistato è stato chiamato a discutere l'insieme delle competenze necessarie per svolgere efficacemente il ruolo. Lo scopo delle domande proposte non è mai stato quello di esprimere una valutazione speci-

fica sulle singole persone, quanto quello di verificare se, mediamente, le competenze ritenute più significative fossero effettivamente possedute dal gruppo di lavoro, anche in funzione della comprensione delle azioni attuate per ridurre il *gap* (e della descrizione di possibili interventi futuri). Le domande a scelta graduata sono state formulate secondo scale Likert. Ad esempio, la domanda 1) della sezione II.III, che chiede di attribuire un grado di importanza a ciascuno dei dodici *item* (proposti fedelmente secondo l'ordine discendente di importanza – al fine di consentire una prestazione superiore - di ciascuna competenza) che costituiscono il modello generico di competenza dei ruoli tecnici/professionali, ha come possibili risposte per ciascuna competenza, non importante, non particolarmente importante, incerto/neutrale, abbastanza importante, molto importante.

Le interviste sono state svolte secondo il seguente calendario:

- colloquio preliminare con la direzione generale, 30 agosto ore 11.00;
- intervista al Direttore generale Asl di Pescara, 31 agosto ore 10.00;
- intervista al Direttore sanitario Asl di Pescara, 31 agosto ore 11.00;
- intervista al Direttore amministrativo Asl di Pescara, 31 agosto ore 12.00;
- intervista al Responsabile gestione amministrativa del personale, 01 settembre ore 11.00;
- intervista al Responsabile area economico-amministrativa, 01 settembre ore 12.00;
- intervista al Primario di Uo Medicina e specialità mediche, 03 settembre ore 9,00;
- intervista al Caposala di Uo Medicina e specialità mediche, 03 settembre ore 10,00;
- intervista al Primario di Uo Radiologia, 07 settembre ore 15,00;
- intervista al Caposala di Uo Radiologia, 07 settembre ore 16,00;
- intervista al Primario di Uo Chirurgia generale, 14 settembre ore 11,00;
- intervista al Caposala di Uo Chirurgia generale, 14 settembre ore 12,00.

I risultati empirici sono stati organizzati codificando in tabelle le risposte ai vari *item* proposti, riportando a margine i commenti emersi durante le interviste, relativi sia alle

domande a scelta graduata, sia a quelle aperte.

#### 4. I risultati empirici

Si illustrano di seguito i risultati emersi dalle interviste. Naturalmente, per il rispetto della privacy non saranno evidenziati i nominativi dei dirigenti, né dei coordinatori di sala.

La prima sezione, come descritto, chiedeva agli intervistati di esprimere un proprio parere sulle criticità di gestione delle aziende sanitarie. Mediamente è emersa come assolutamente prioritaria (anche se non tutti si sono espressi in tale senso) la centralità della *mission* produttiva dell'azienda sanitaria, la tutela della salute, in ogni aspetto della vita organizzativa. La seconda esigenza più fortemente sentita è quella di una selezione più accurata delle persone da formare per ruoli di responsabilità più o meno complessi. Seguono la capacità di elaborare una visione strategica lungimirante e sfidante nel tempo e promuovere un contesto organizzativo che liberi la capacità dei lavoratori di assumere iniziative. In posizione intermedia sono risultati l'equilibrio tra il rispetto del vincolo di bilancio e il diritto del paziente ad avere le cure appropriate e il perseguimento di obiettivi sfidanti e competitivi. Nelle ultime posizioni ci sono invece un contesto organizzativo che liberi la capacità delle persone di assumere iniziative e il coinvolgimento nelle scelte strategiche del personale, soprattutto quello medico. Tale ordine non implica una scarsa considerazione degli ultimi punti, in quanto ciascuno di essi ha ottenuto un valore medio delle risposte alto, a testimonianza di una certa complessità della gestione delle aziende sanitarie al fine del perseguimento di obiettivi di efficacia e di efficienza. Si illustrerà, di seguito, il pensiero specifico dei vari ruoli coinvolti. Si segnala come, genericamente, quasi tutti gli intervistati hanno fatto riferimento alla selezione come area di criticità a conferma della centralità delle risorse umane in tale tipo di aziende e delle competenze da esse possedute. Gli stessi hanno lamentato, per i vigenti meccanismi di selezione, la mancanza di strumenti adeguati al momento dell'inserimento delle persone in azienda.



#### 4.1. Il *top management*

In riferimento al *top management* quale primo gruppo di intervistati, è emerso quanto segue in relazione *in primis* al Direttore generale (Dg).

Il Dg nella prima sezione riguardante l'analisi del contesto ritiene assolutamente prioritaria, per la Asl di cui è responsabile, la centralità della *mission*, ossia la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e la capacità di elaborare una visione strategica lungimirante e sfidante nel tempo, in riferimento a scelte riguardanti il «chi servire, il «che cosa offrire» e il «come produrre»; in un contesto organizzativo che promuova comportamenti efficienti, corretti, collaborativi; nel perseguimento di obiettivi sfidanti e competitivi (al fine di fornire al personale medico e non la necessaria spinta motivazionale al loro raggiungimento) nonché la selezione accurata delle persone da formare per ruoli di responsabilità più o meno complessi, che ritiene essere la maggiore criticità tra quelle sottoposte alla sua attenzione durante l'intervista. Per quanto concerne tale ultimo aspetto, il Dg ha promosso iniziative, tra cui la valutazione permanente; introduzione di un sistema premiante; adozione regolamento per l'affidamento, revoca e programmazione degli incarichi dirigenziali; separazione tra ruoli dei *professional* e gestionali, nonché la selezione basata non soltanto sui titoli formali, ma soprattutto sul colloquio diretto o modalità similari allo scopo di meglio verificare la rispondenza tra il profilo richiesto e le competenze/conoscenze del candidato. Inoltre, giudica fondamentale inserire il «ciclo della performance» e, a tale scopo, in collaborazione anche con altre figure appartenenti al mondo accademico e professionale, sta progettando lo sviluppo di un «algoritmo meritocratico» basato su tale ciclo, nel generale presupposto che tutto debba essere, nei limiti del possibile, misurabile e che l'insieme di questi strumenti conduca, da un lato, a ridurre la soggettività normalmente insita in tale delicato processo e, dall'altro, costituisca anche uno «strumento di difesa» contro una più o meno marcata ingerenza politica.

Da ultimo, valuta non sempre proficuo il coinvolgimento dei medici nelle scelte strategiche che interessano la Asl ai quali, al

contempo, richiede uno sforzo congiunto per il miglioramento del complessivo sistema attraverso il superamento dell'autoreferenzialità che caratterizza in taluni casi il loro importante ruolo all'interno del contesto sanitario.

Nell'ambito del modello generico delle competenze direttive proposto, il Dg ritiene assolutamente prioritari aspetti quali la persuasività e l'influenza, la tensione al risultato, lo spirito di iniziativa, lo sviluppo degli altri, la fiducia in sé, la *leadership* di gruppo, il pensiero concettuale laddove aggiunge anche, tra gli aspetti indicati, la conoscenza dei processi produttivi, delle procedure sanitarie e delle linee-guida (intese come percorsi sanitari), di fondamentale importanza per formare adeguatamente i dirigenti sanitari, soprattutto nei momenti critici dell'azienda.

Per quanto concerne l'evidenza emersa intervistando il Direttore amministrativo (Da), si deve premettere anzitutto che la sua nomina risulta essere recente (cinque mesi rispetto al momento della somministrazione del questionario). Conseguentemente, non è stato in grado di indicare le iniziative intraprese per superare le criticità che ha rilevato in merito al contesto interno all'azienda.

In particolare, ritiene particolarmente critico, oltre che ciò che concerne la selezione accurata del personale, anche il coinvolgimento del personale, soprattutto medico, nelle scelte strategiche, nonché il contesto organizzativo nella capacità di sostenere lo spirito di iniziativa dei singoli.

Nel complesso, valuta tutti gli aspetti presentati come assolutamente prioritari per la caratterizzazione del contesto interno.

Quanto, invece, al modello delle competenze dei ruoli direttivi proposto, il Da ritiene assolutamente prioritario l'orientamento al risultato, pensiero concettuale e analitico, spirito di iniziativa, fiducia in sé, attenzione all'ordine, ricerca delle informazioni e orientamento all'utente, mentre giudica incerto/neutrale «persuasività e influenza» in quanto ritenute non facilmente realizzabili in un contesto aziendale dove l'organo di supporto del Dg presenta una sostanziale volatilità in termini di posizione direttiva. Infatti, secondo l'opinione del Da, non ci sarebbe una buona correlazione tra posizione e responsabilità connesse, unitamente al fatto che, essendo tale incarico di durata limitata e soggetto alla

possibilità di revoca a seguito del venir meno del rapporto fiduciario che lo lega all'ente regionale, ciò lascerebbe intendere erroneamente al personale che il soggetto ricoprente tale posizione sia solo di passaggio, consentendo soprattutto a quello restio ai cambiamenti di non prendere nella dovuta considerazione, o addirittura ostacolare, qualsiasi tentativo di miglioramento/modifica dello *status quo* voluto dall'organo di supporto del Dg, aumentando, di fatto, l'autoreferenzialità di alcune categorie di personale.

Concludendo, si riportano le valutazioni effettuate dal Direttore sanitario (Ds) che, in riferimento all'analisi del contesto interno, ritiene assolutamente prioritari elementi come: la capacità di elaborare una visione strategica lungimirante e sfidante nel tempo; l'equilibrio da assicurare tra il rispetto del vincolo di bilancio e il diritto del paziente ad avere le cure appropriate; la selezione accurata delle persone da formare per ruoli di responsabilità più o meno complessi (giudicando i restanti elementi abbastanza importanti). Quest'ultima è ritenuta critica per l'azienda, come già rilevato anche dagli altri organi di vertice (Dg e Da), anche alla luce, in taluni casi, di tendenze non collaborative del personale esistente. Le iniziative intraprese per superare tale criticità consistono, tra le altre, nella creazione della figura dei capi dipartimento, che ha generato relazioni transmurale in grado di superare questa problematica, ascrivibile normalmente ai singoli presidi ospedalieri (es. compiti dalla Direzione sanitaria di Pescara affidati alla Direzione sanitaria di Penne).

Per quanto riguarda invece il modello generico di competenza dei ruoli direttivi del settore dell'assistenza e servizi sociali, tutte le dimensioni presentate nell'intervista sono state ritenute assolutamente prioritarie, eccetto «lo spirito di iniziativa» che è giudicato «abbastanza importante», aggiungendo, inoltre, l'aspetto delle «capacità diplomatiche» (soprattutto con le rappresentanze sindacali e l'organo politico).

#### 4.2. I ruoli della sanità

Dall'analisi del modello generico dei ruoli direttivi nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali è emersa una sostanziale uniformità di vedute tra i primari della Radiologia e della Chirurgia generale nel considerare as-

olutamente, se non abbastanza, prioritario il possesso delle competenze indicate. Più prudente è stata la valutazione del Primario di Medicina e specialità mediche, che ha risposto incerto/neutrale per la maggior parte degli *item*. Mediamente sono risultate assolutamente importanti la persuasività e influenza, il lavoro di gruppo e la cooperazione, la *leadership* di gruppo e la costruzione di rapporti. Interessanti, a conferma di quanto dichiarato, le parole del Primario di Medicina e specialità mediche, che ha segnalato il buon grado di collaborazione tra tutti i collaboratori del reparto, anche se la netta presenza di personale medico femminile a suo parere esaspera la conflittualità all'interno del gruppo per un eccesso di protagonismo.

I tre intervistati non hanno proposto competenze che nella sostanza risultassero diverse rispetto alla griglia proposta. Il Primario di Radiologia ha sottolineato la necessità di formazione per l'effettiva padronanza delle competenze discusse.

Agli stessi primari è stato poi chiesto di esprimere il proprio pensiero sul portafoglio di competenze che dovrebbe possedere ciascun collaboratore al fine di poter operare con risultati superiori alla media. Tra le competenze ritenute maggiormente significative sono state annoverate: l'orientamento al paziente, la capacità tecnica, il lavoro di gruppo e la cooperazione e la flessibilità, oltreché la sensibilità interpersonale e l'autocontrollo. Il Primario di Chirurgia e quello di Radiologia hanno sostanzialmente espresso un identico parere sulla significatività delle competenze suggerite. Dalla conversazione non sono emerse altre competenze di rilievo.

Dal confronto tra le aspettative e quanto osservato è emerso un *gap* da colmare, soprattutto per la sensibilità interpersonale e l'autocontrollo; nell'insieme non si rileva però un eccessivo scostamento dal modello ideale. Il Primario di Chirurgia ritiene che solo un ricambio generazionale possa consentire in tempi rapidi un incremento del livello generale di competenze, mentre il Primario di Radiologia suggerisce di legare maggiormente il compenso al raggiungimento degli obiettivi: in questo modo si incentiverebbe chi è più capace e si stimolerebbe il professionista a incrementare il proprio portafoglio di competenze. Maggiore attenzione dovrebbe essere posta sull'aggiornamento

professionale. Il Primario di Medicina e specialità mediche precisa che l'*audit* clinico, se attuato sistematicamente, è lo strumento migliore per ridurre il *gap*, in quanto costringe i clinici a una verifica attenta e costante dei propri risultati.

Con riferimento alla gestione dell'azienda sanitaria e della singola unità operativa diretta, i Primari segnalano un contesto organizzativo che liberi la capacità di assumere iniziative. Solo il Primario di Chirurgia segnala come criticità il coinvolgimento del personale nelle scelte strategiche, mentre sia egli stesso che il Primario di Radiologia accennano alla scarsa possibilità di scegliere il personale ritenuto più adeguato. Tra le iniziative intraprese vanno segnalate una maggiore attenzione agli aspetti di organizzazione del lavoro e di assegnazione dei compiti, mentre viene auspicata una maggiore formazione.

L'altro gruppo di professioni sanitarie coinvolte nell'intervista è quello degli infermieri coordinatori, figura professionale, come quella dei primari, chiamata non solo a gestire le proprie attività, ma anche a coordinare quelle dei propri collaboratori. Mediamente, i coordinatori hanno ritenuto particolarmente necessari, per il proprio ruolo, il lavoro di gruppo e la cooperazione, lo spirito di iniziativa, le competenze di efficacia personale e la consapevolezza organizzativa.

Questa informazione è interessante, soprattutto se letta insieme alle risposte della prima sezione. Le tre persone intervistate, seppure nella diversità delle risposte, sono risultate, infatti, sensibili alla necessità del coinvolgimento del personale nelle scelte strategiche, della promozione di comportamenti efficienti, corretti e collaborativi, della selezione accurata delle persone, dell'equilibrio fra l'esigenza di soddisfare il bisogno di salute del paziente e il rispetto di criteri di economicità, dell'assegnazione di obiettivi sfidanti e competitivi. Effettivamente la possibilità di dare concreta attuazione a queste esigenze organizzative poggia molto sul possesso delle competenze su indicate.

Su quali siano state le iniziative attuate il Coordinatore dell'Unità operativa di Medicina e specialità mediche, riferisce del potenziamento della formazione, erogata su tematiche specifiche, mentre il responsabile del coordinamento infermieristico della Chirurgia generale, apparso più sensibile nel corso

della conversazione a tematiche di *budget*, ha sottolineato l'impegno dell'unità operativa di cui fa parte per la diagnostica breve, al fine di ridurre i costi di degenza.

Con riferimento al ruolo dei collaboratori, è emerso che, oltre al lavoro di gruppo e alla cooperazione e altre competenze di efficacia personale, sono importanti la capacità tecnica, l'orientamento al paziente e il pensiero analitico, seguiti da autocontrollo, fiducia in sé e sviluppo degli altri. Proprio la fiducia in sé, però, è risultata essere la competenza posseduta a un livello basso (risultato influenzato dal giudizio espresso dal Coordinatore dell'Uo di Medicina), assieme al lavoro di gruppo e cooperazione, mentre le altre competenze di efficacia personale, capacità tecnica e orientamento al paziente sono possedute a un buon livello.

Rispetto ai possibili margini di intervento, il Coordinatore dell'Uo di Medicina e specialità mediche (che segnala anche, oltre che la fiducia in sé e il lavoro di gruppo, come scarsamente posseduta l'abilità di pensiero concettuale) osserva che sarà impossibile ridurre il *gap* fino a quando non sarà risolto il problema dell'elevato *turnover* del personale (il personale di ruolo costituisce solo la terza parte), il che comporta il continuo utilizzo di parte importante del proprio tempo di lavoro per dedicarsi agli infermieri di volta in volta assegnati al reparto. Questo è ancora più vero rispetto alla figura del cosiddetto «infermiere jolly», che manca di formazione specifica sul ruolo (infermerie specialista, piuttosto che di terapia intensiva o di area chirurgica e così via) oltre che, spesso, di conoscenze della struttura stessa dell'unità operativa. Il Caposala dell'Uo di Chirurgia ritiene sia necessario investire in comunicazione, per impostare relazioni più efficaci, quello di Radiologia insiste invece sulla comunicazione tra Uo specializzate negli stessi processi di cura, ma dislocate in aree geografiche differenti della stessa Asl, anche ai fini della promozione di ricerca scientifica. Un altro modo per ampliare il portafoglio di competenze sarebbe quello di controllare l'applicazione dei protocolli assistenziali.

Rispetto alla categoria precedente emerge, quindi, una figura professionale più critica rispetto alla valutazione sul possesso delle competenze da parte dei collaboratori e che si confronta con problematiche organizzati-

ve (*turnover* del personale e assenza di collaborazione tra strutture simili *in primis*) che rendono più difficile l'applicazione di un modello delle competenze.

#### 4.3. I ruoli tecnico-amministrativi

I dirigenti del settore amministrativo hanno individuato, come competenze fondamentali per l'esecuzione del proprio ruolo, l'orientamento al risultato, la fiducia in sé e la ricerca di informazioni. Altrettanto significative sono le competenze di pensiero concettuale, pensiero analitico, spirito di iniziativa e orientamento all'utente. Emerge come, anche in questo caso, sia stata attribuita importanza alle competenze cognitive, sebbene i dirigenti medici abbiano sottolineato maggiormente la capacità tecnica (quindi, la padronanza di un *corpus* di conoscenze, che implica anche la capacità di diagnosi), mentre i dirigenti amministrativi le abilità di pensiero analitico e concettuale. L'intervistatore ha comunque dovuto chiarire spesso il significato di queste due ultime abilità, apparse di meno immediata comprensibilità da parte degli intervistati.

Il Responsabile amministrativo, nel commentare il modello generico del proprio ruolo, ha sottolineato come, a suo parere, lo spirito di iniziativa, sebbene importante, vada correttamente inteso ed esercitato, per non generare delle situazioni in cui un «eccesso di iniziativa» produca in realtà degli effetti dannosi. Egli menziona, inoltre, la capacità di sintesi, in quanto la sua posizione richiede l'ascolto di molte persone e l'analisi di una enorme mole di dati e informazioni. A questo egli collega anche l'attenzione alla chiara definizione delle responsabilità di ognuno. Il Responsabile della gestione amministrativa del personale considera ugualmente importante l'insieme delle competenze indicate, ma tra queste più di tutte, come emerge nell'intervista, l'orientamento al risultato. Egli precisa anche come sia rilevante saper gestire la conflittualità, cioè avere la capacità di «raffreddare» i conflitti.

Dalla conversazione sulla sezione relativa ai ruoli tecnici e *professional* è emerso che gli aspetti più importanti sono la capacità tecnica e l'orientamento all'utente. Il Responsabile della gestione amministrativa del personale ha sostanzialmente considerato come molto

importanti tutti gli *item*. Le informazioni non sono confrontabili con le opinioni del Direttore amministrativo, in quanto lo stesso, operando nella Asl di Pescara da soli cinque mesi (al momento dell'intervista), non ha risposto alle domande della sezione, perché non avrebbe potuto esprimere una valutazione sull'effettivo possesso delle competenze da parte dei collaboratori che conosce da poco tempo. Dall'analisi delle risposte sul modello rilevato si evince che vi è un certo grado di scostamento tra competenze desiderate dai dirigenti e quelle effettivamente possedute, maggiore di quello emerso dal confronto con i medici. Questo però perché i due dirigenti hanno risposto incerto/neutrale alla maggior parte degli *item*. Tra le soluzioni proposte rispetto allo *status quo*, vi sono l'incremento delle ore di formazione, volte soprattutto alla trasmissione di capacità tecniche, ritenute essenziali dal Responsabile dell'Area economico-amministrativa, e la diffusione dello spirito di ricerca, che il Responsabile della gestione amministrativa del personale promuoverebbe attraverso l'implementazione di un sistema di valutazione dei risultati e un sistema premiante.

Effettivamente, i risultati emersi, in termini di competenze suggerite e commentate, sono stati in linea con le osservazioni relative alle problematiche di gestione delle aziende sanitarie in generale e dell'unità operativa di responsabilità, in particolare. Il Responsabile della gestione del personale è stato tra i più critici nel commentare gli attuali meccanismi di selezione. Egli ritiene che si debba intervenire soprattutto a livello di formazione e nella diffusione di una cultura della valutazione e del merito (per questo la funzione risorse umane si è impegnata nel coinvolgimento del personale attraverso esercitazioni di gruppo affinché esso venisse a conoscenza del sistema valutativo e premiante). Lo stesso sottolinea la difficoltà nell'implementazione del sistema, perché «geneticamente» il medico rifiuta il controllo e resiste al cambiamento. Il responsabile dell'area economico-finanziaria afferma che le maggiori difficoltà sono legate al coinvolgimento nelle scelte strategiche del personale soprattutto medico, al perseguimento di obiettivi sfidanti e competitivi e alla selezione. Per il superamento delle criticità, lo stesso riferisce una maggiore attenzione dell'azienda nel coinvolgere

nelle scelte strategiche i vari settori di attività, con la diffusione di un *modus operandi* comune e per questo conosciuto da tutti.

È possibile rappresentare, quale quadro riassuntivo di sintesi, rispettivamente per i dirigenti dei ruoli direttivi dell'area economico-amministrativa (**tabella 1** e **grafico 1**) e di quelli afferenti il settore dell'assistenza sanitaria e servizi sociali (**tabella 2** e **grafico 2**), le risultanze delle interviste effettuate in merito al rilevato *gap* esistente tra i *desiderata* e le competenze effettivamente possedute dagli stretti collaboratori. Il tutto è stato realizzato considerando il valore medio delle risposte ottenute durante la relativa intervista.

### 3. Conclusioni

Sulla base delle risultanze ottenute e qui brevemente ricapitolate, è possibile effettuare alcune considerazioni conclusive con particolare riguardo alle criticità emerse durante lo svolgimento della ricerca e alle soluzioni proposte per il loro più agevole superamento.

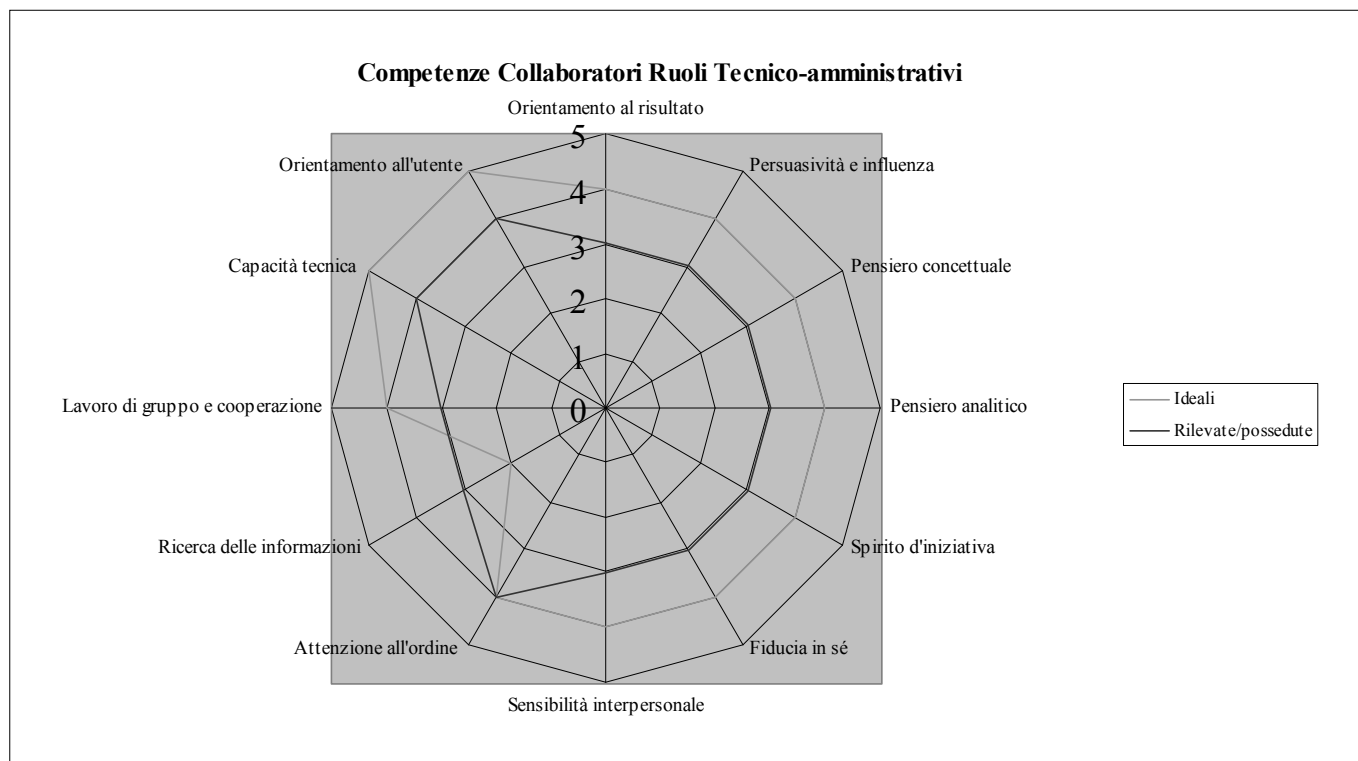
Come richiamato, lo scopo del lavoro è stato quello di testare la validità di un modello di ricognizione delle competenze nell'ambito di un'Asl, che possa consentire la rilevazione del proprio patrimonio di competenze *core* unitamente alla valutazione del *gap* esistente tra le competenze che gli intervistati vorrebbero che i loro stretti collaboratori avessero nello svolgimento dei rispettivi compiti e quelle effettivamente possedute. Ciò è oltremodo utile anche al fine

di consentire alla medesima azienda di elaborare al meglio, e successivamente applicare, uno specifico modello di competenze maggiormente aderente alla complessa realtà delle aziende sanitarie. In effetti, successivi sviluppi di tale modello, anche ai fini della ricerca, potrebbero andare nella direzione di collegare fra loro, in modo più esplicito, la tipologia di attività svolta (medicazioni, preparazione cartella clinica, e così via), la competenza necessaria, il livello di possesso della stessa e l'autonomia nel ruolo.

Un primo e importante fattore chiave, rilevato da più parti, riguarda la formazione, che appare molto spesso inadeguata, anche a motivo della genericità dei relativi programmi, e in molti casi slegata dal contesto operativo aziendale. Difatti, si assiste di frequente a iniziative formative che, più che rientrare in un'effettiva politica di addestramento/aggiornamento professionale, rispondono solo ad adempimenti normativi obbligatori, anche in termini di tematiche affrontate, senza alcuna valutazione specifica del grado di apprendimento relativo e del valore aggiunto di conoscenza conseguito. Ad accrescere tale criticità riscontrabile per la formazione del personale, si aggiunge un ulteriore problema relativo al meccanismo di selezione delle risorse umane, in molti casi incentrato sulla mera valutazione dei titoli e prove scritte e orali. Questo giustifica sovente una formazione generica, non agganciata al fabbisogno formativo richiesto per ciascuna posizione di lavoro, considerata utile solo per documentare la propria frequenza a diversi corsi di aggiornamento in una valutazione dei titoli

<i>Item</i>	Competenze ideali	Competenze rilevate
Orientamento al risultato	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Persuasività e influenza	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Pensiero concettuale	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Pensiero analitico	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Spirito d'iniziativa	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Fiducia in sé	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Sensibilità interpersonale	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Attenzione all'ordine	Abbastanza prioritario	Abbastanza possedute
Ricerca delle informazioni	Non particolarmente prioritario	Incerto neutrale
Lavoro di gruppo e cooperazione	Abbastanza prioritario	Incerto neutrale
Capacità tecnica	Assolutamente prioritario	Abbastanza possedute
Orientamento all'utente	Assolutamente prioritario	Abbastanza possedute

**Tabella 1**  
Modello delle competenze collaboratori dei ruoli tecnico-amministrativi



**Figura 1**  
Spider chart analysis -  
Competenze collaboratori  
ruoli tecnico-amministrativi

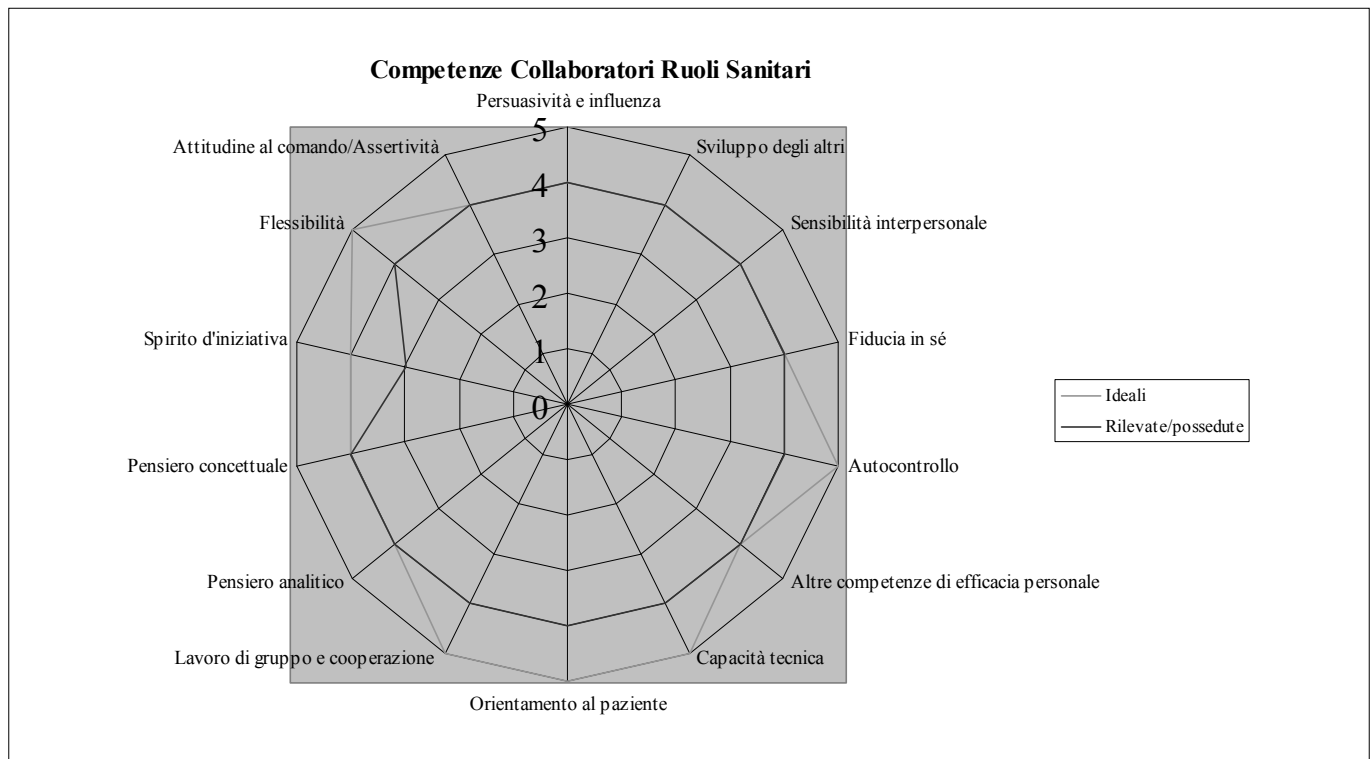
per una progressione di carriera, per un incarico di responsabilità o per un trasferimento in mobilità (orizzontale/verticale).

Inoltre, sempre in tema di formazione, risulta necessario far comprendere a ogni soggetto che il suo operato contribuisce al raggiungimento dei diversi obiettivi operativi e strategici (componenti la *mission* aziendale),

in quanto parte integrante dell'azienda sanitaria, al pari di uno specifico «anello» di una grande e intricata «catena», e che produce al contempo specifici riflessi sull'equilibrio economico-finanziario complessivo da non considerare come «compartimenti stagni» ognuno dei quali perseguiti un loro particolare interesse.<sup>6</sup>

**Tabella 2**  
Modello delle competenze  
dei collaboratori dei ruoli  
sanitari

Item	Competenze ideali	Competenze rilevate
Persuasività e influenza	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Sviluppo degli altri	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Sensibilità interpersonale	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Fiducia in sé	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Autocontrollo	Assolutamente prioritarie	Abbastanza possedute
Altre competenze di efficacia personale	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Capacità tecnica	Assolutamente prioritarie	Abbastanza possedute
Orientamento al paziente	Assolutamente prioritarie	Abbastanza possedute
Lavoro di gruppo e cooperazione	Assolutamente prioritarie	Abbastanza possedute
Pensiero analitico	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Pensiero concettuale	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute
Spirito d'iniziativa	Abbastanza prioritarie	Incerto neutrale
Flessibilità	Assolutamente prioritarie	Abbastanza possedute
Attitudine al comando/assertività	Abbastanza prioritarie	Abbastanza possedute



Da qui un ulteriore elemento chiave nell'analisi delle competenze, ossia la selezione accurata delle persone che dovranno ricoprire uno specifico ruolo all'interno della struttura. Molti degli intervistati hanno suggerito diverse soluzioni tra cui, come per il Top management, quello di ritenere essenziale a buon diritto una modifica dei criteri di selezione passando ad esempio da una valutazione di base per titoli a una maggiormente focalizzata su colloqui orali o modalità similari quale fattore fondamentale per verificare se il candidato alla posizione lavorativa, fermo restando le competenze certificate, sia materialmente in grado di svolgere il proprio compito, oltre il livello medio caratterizzante la mansione, e tenendo conto altresì di quanto ha vissuto in termini di bagaglio esperienziale. È fuor di dubbio che sotto questo profilo vi sono non pochi problemi legati alla normativa nazionale che normalmente regola tali meccanismi ostacolandone modifiche sensibili se non quelle concesse entro il quadro normativo esistente e dal relativo contratto a valenza anch'esso nazionale (anche se integrabile su base regionale) che vincola ulteriormente in tal senso l'autonomia gestionale

dell'azienda sanitaria oltre che dell'aspetto riguardante il ciclo della performance e l'inserimento e diffusione di un valido sistema premiante.

Tale meccanismo premi-sanzioni è di fondamentale importanza per consentire di riconoscere meriti, a cui devono seguire riconoscimenti (monetari e non) immediati e non «ritardati» nel tempo rispetto al momento in cui dovrebbero essere assegnati, e comminare concrete e non generiche sanzioni attivando un efficace ed effettivo sistema di valutazione delle performance raggiunte. Questo sistema sarebbe più agevolmente attuabile se, soprattutto all'interno dell'azienda sanitaria, non si rilevasse (come da più parti segnalato) la più o meno marcata autoreferenzialità del personale medico molto spesso radicato nelle proprie posizioni e rifuggente da qualsiasi azione di sostanziale cambiamento, soprattutto in termini di misurazione e valutazione prestazionali. Difatti, erronei convincimenti legati alla possibilità che dalla valutazione dei processi derivi un controllo sul loro operato minanti il loro relativo *status quo* sono una delle principali cause che impediscono l'effettiva adozione di un vero e proprio ci-

**Figura 2**  
Spider chart analysis -  
Competenze collaboratori  
ruoli sanitari

clo della performance producendo forti resistenze e rigidi conservatorismi, invece di considerare lo stesso come un'occasione di miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro a vantaggio di tutti e dell'azienda nel suo complesso. Da qui la necessità di non coinvolgere in taluni casi, in particolare per le scelte strategiche, il personale soprattutto medico, i cui interessi particolari potrebbero scontrarsi con quelli generali d'azienda benché sempre frutto di armonica composizione interna, ostacolandone il raggiungimento attraverso comportamenti, anche impliciti, di resistenza e opposizione al «nuovo».

Naturalmente, il tema delle competenze è solo uno dei primi passi verso un cambiamento sostanziale dei modi di governare le amministrazioni pubbliche con riferimento specifico alle aziende deputate alla tutela della salute come quelle sanitarie, ma fondamentale per meglio gestire le risorse umane al suo interno, quali determinanti chiave dei complessivi processi sanitari dal cui svolgimento dipende anche il grado di legittimazione e di fiducia percepito e profuso dai singoli cittadini, il quale invece risulta, al contrario, oltremodo limitato e foriero di generalizzati malcontenti sul sistema sanitario pubblico. Ad ogni modo potrebbe costituire un primo importante passo verso la migliore selezione, formazione, valutazione, incentivazione del personale nella logica di «mettere la persona giusta al posto giusto» creando al tempo stesso un clima nel quale ciascun soggetto si senta motivato nell'attuazione del proprio compito, soddisfi le proprie aspettative professionali e di carriera, esprima tutta la sua personalità e percepisca in azienda l'applicazione di un concreto principio di responsabilità, unico fattore che possa sradicare vecchi schematismi concettuali e di lavoro, e di ricompensa-punizione allo scopo di evitare tra le altre cose «appiattimento motivazionale» e disinteresse per i bisogni dei pazienti. Difatti, sovente si rilevano situazioni, determinate da un clima organizzativo demotivante e ostile al «buon lavoro», nelle quali l'interesse principale del lavoratore è quello di soddisfare esclusivamente le proprie aspirazioni economiche e di carriera a prescindere dalla competenza sul lavoro. A tal riguardo potrebbe essere quanto mai utile, da un lato, pensare a un progressivo ma effettivo ricambio generazionale del personale prossimo al

pensionamento anche incentivando all'esodo con opportuni strumenti (es. incentivi monetari) nei limiti della normativa esistente allo scopo di «svecchiare» la cultura rigida, autoreferenziale e burocratica che purtroppo pervade ancora tali organizzazioni; dall'altro attivare sistemi di *audit* clinico al fine di verificare le capacità di fornire e mantenere livelli assistenziali di qualità elevata, valutando e misurando le differenze riscontrate nella pratica assistenziale rispetto a standard esplicitamente definiti.

Per concludere, un sensibile miglioramento nel governo delle aziende sanitarie può essere assicurato solo partendo dalla mappatura delle competenze al fine di poter adottare un modello che oltre a essere aderente al contesto sanitario e alle sue problematiche consenta di ridurre l'incertezza connessa all'adeguata selezione del personale, ottenere migliori garanzie sul riconoscimento della professionalità di ognuno e conseguentemente di migliorare i processi nella principale ottica dell'orientamento all'utente a beneficio dell'intera organizzazione, offrendo al contempo ai cittadini una maggiore garanzia sulla competenza delle figure professionali sanitarie e sulla qualità dei servizi erogati ripristinando il perduto grado di legittimità istituzionale venutosi a determinare, e, da ultimo, non per importanza, l'effettivo ed efficace funzionamento del già richiamato sistema di misurazione e valutazione che porti al riconoscimento delle ricompense e alla attribuzione delle relative responsabilità e sanzioni collegate.

#### 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: D'Andreamatteo §§ 2.1, 3 e 4.2; Ianni §§ 4.1 e 5; Rotondo §§ 2.2 e 4.3; Sargiacomo §§ 1.

#### Note

1. In queste osservazioni è implicito considerare le competenze come sintesi di *sapere* (conoscenze), ciò che le persone sanno in derivazione sia dei sistemi istituzionali che dell'apprendimento sviluppato nel contesto organizzativo, *saper fare* (capacità), ciò che le persone sanno fare in virtù dell'esperienza maturata e dell'applicazione pratica delle conoscenze, e *saper essere* (comportamenti), come le persone agiscono nel contesto organizzativo, nella rete delle relazioni e nel sistema di attese reciproche.



2. L'approccio al quale aderisce Sandberg (1994) è l'approccio fenomenografico-interpretativo; la competenza è definita dalla concezione del lavoro, gli attributi non hanno un significato fisso ma variano in relazione al modo in cui il lavoro viene concepito, le concezioni organizzano le conoscenze e le abilità in competenze distintive inoltre generano gerarchie di competenze (l'autore rimanda a ulteriori studi empirici il quesito se le concezioni identificate per uno specifico contesto possono essere applicate anche ad altri).
3. Un altro modello che ha una discreta diffusione di applicazione è il Modello Isfol delle unità formative capitalizzabili (1998) nel quale la mappatura diviene la base di sviluppo della formazione sui differenti livelli di complessità della competenza partendo da uno studio delle conoscenze, delle abilità e dei comportamenti. Le competenze indagate sono organizzate in tre macrocategorie: competenze di base, trasversali e tecnico-professionali. Non sono mancate applicazioni dello stesso alle aziende sanitarie ampliando la classificazione attraverso la descrizione di competenze tecnico-professionali trasversali al settore sanitario (caso dell'Agenzia per la formazione Ausl 11 Empoli, descritto da Massai, Amerini, Borgellini e Bugnoli, 2007). Non mancano, inoltre, altri tentativi di implementazione di un sistema basato sulle competenze. Capaldo, Bove e Pirfo (2009), descrivono un'iniziativa condotta presso la Asl Salerno 3 che, a partire dall'analisi delle situazioni di lavoro significative dei processi organizzativi di una struttura dipartimentale, aveva come obiettivo collegare la mappatura delle competenze all'analisi dei fabbisogni formativi.
4. Tra le molteplici prospettive offerteci dalla copiosa letteratura esistente in merito agli aspetti strategici e operativi della gestione delle aziende sanitarie, si è preferito adottare, per tali finalità, lo schema di lettura proposto da Vittorio Coda (2000) riguardo alle determinanti del buon governo delle aziende sanitarie pubbliche.
5. Tali sforzi si riferiscono anche alla valutazione delle risorse umane. Si veda a tal proposito la «Direttiva sulla formazione e valorizzazione del personale nelle Pubbliche Amministrazioni» emanata dal Dipartimento della Funzione pubblica nel 2001 e la più recente Riforma Brunetta, in particolare il D.L.vo 150/2009 recante norme sull'attuazione della Legge n. 15/2009 relativa alla produttività, efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni, e in particolare sull'obbligo di adottare un Sistema di valutazione e misurazione della performance individuale e organizzativa.
6. Si veda, a tal riguardo, il lavoro di ricerca curato da Age.n.a.s. - Fiaso (2010) sulle competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management nel Ssn.

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

- AGE.NA.S. - FIASO (a cura di) (2010), *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management Ssn*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma.
- ALBERICI A., OREFICE P. (2006), *Le nuove figure professionali della formazione in età adulta. Profili e formazione universitaria*, Franco Angeli, Milano.
- AMIT R., SCHOEMAKER P.J.H. (1993), «Strategic assets and organizational rent», *Strategic Management Journal*, 14, p. »123-141.
- ATTEWELL P. (1990), «What is skill?», *Work and occupations*, 4, pp. 422-428.
- BANDURA A. (1990), «Reflections on notability determinants of competence», in R.J. Sternberg, J. Kolligian Jr. (eds.), *Competence considered*, Yale University Press, New Haven.
- BARBIERI M., DEL VECCHIO M. (2001), «I processi di valutazione dei Direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», *Mecosan*, 38, pp. 7-25.
- BARNEY J. (1991), «Firm resources and sustained competitive advantage», *Journal of Management Studies*, vol. 17, n. 1, pp. 99-120.
- BELCARI G., MELE T. (2003) «Knowledge Management e aziende sanitarie pubbliche: l'esperienza della Asl di Pisa», *Mecosan*, 45, pp. 59-75.
- BERINI G. (2000), in A. Biffi, P.F. Camuffone (a cura di), (2000), «Knowledge Management», *Economia & Management*, 4, pp. 14-23.
- BIFFI A., CAMUFFONE P.F. (a cura di) (2000), «Knowledge Management», *Economia & Management*, 4, pp. 14-23.
- BONIFACIO M., BOUQUET P., MERIGLIANO D. (2002), «Knowledge e management: sono compatibili?», *Economia & Management*, 3, pp. 69-80.
- BORGOGNI L., PETITTA L., FALCONE S. (2005), «Dalle competenze allo sviluppo delle persone», *Sviluppo & Organizzazione*, 208, pp. 19-33.
- BOYATZIS R.E. (1982), *The competent manager. A model of effective performance*, Wiley, New York.
- CAMUFFO A. (1996), «Competenze. La gestione delle risorse umane tra conoscenza individuale e conoscenza organizzativa», *Economia & Management*, 2, pp. 67-81.
- CAMUFFO A. (2000), «Il valore delle competenze», *Sviluppo & Organizzazione*, 178, pp. 21-36.
- CAPALDO G., BOVE R., PIRFO M.R. (2009), «L'osservatorio delle competenze dell'ASL Salerno 3: dalla mappatura delle competenze all'analisi dei fabbisogni formativi», *FOR, Rivista per la formazione*, 78, pp. 97-102.
- CICCHETTI A., LORENZONI G. (2000), «L'ospedale intelligente», *Studi Organizzativi*, 2, pp. 107-133.
- CIVELLI F., MANARA D. (1997), *Lavorare con le competenze*, Guerini e Associati, Milano.
- COCCO G.C. (2001), *Valorizzare il capitale umano d'impresa. Il talento delle persone come competenza distintiva delle imprese*, Etas, Milano.

- CODA V. (2000), «Per un buon governo delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica*, 2-3, pp. 151-158.
- COLLIS D.J. (1991), «A resource-based analysis of global competition: the case of the bearings industry», *Strategic Management Journal*, 12, pp. 49-68.
- CORBETTA P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche, Volumi I-IV*, il Mulino, Bologna.
- COSTA G. (1993), «Investimento in capitale umano e gestione del valore delle risorse umane», *Sinergie*, 30, pp. 59-91.
- DAFT R.L. (2001), *Organization Theory and Design*, South-Western College Publishing, Mason.
- DAVENPORT T.H., PRUSAK L. (1998), *Working Knowledge. How Organizations Manage what they know*, Harvard Business School Press, Boston.
- DE PIETRO C. (2001), «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo. Il caso di un'azienda sanitaria territoriale», in E- Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2001, Egea, Milano.
- DE PIETRO C. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche di valutazione del personale», *Mecosan*, 43, pp. 67-81.
- DE PIETRO C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- DE PIETRO C. (2006), «La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura», *Mecosan*, 57, pp. 141-160.
- DI BERNARDO B., RULLANI E. (1990), *Il management e le macchine. Teoria evolutiva dell'impresa*, Il Mulino, Bologna.
- DURAND T. (2006) «L'alchimie de la compétence», *Revue français de gestion*, 127, pp. 261-292.
- HOFRICHTER D.A., SPENCER L. (1996), «Competencies: the right foundation for effective human resources management», *Compensation and Benefits Review*, 6, pp. 21-26.
- ISFOL (1998), *Unità capitalizzabili e crediti formativi. Metodologie e strumenti di lavoro*, Franco Angeli, Milano.
- JACOB H.H. (1989), *Interdisciplinary curriculum: design and implementation*, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria.
- KHATRI N. (2006), «Building HR Capability in Health Care Organizations», *Health Care Management Review*, 31, pp. 45-54.
- LANZARA G.F. (1993), *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- LE BOTERF G. (1994), *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*, Les Éditions de l'Organisation, Parigi.
- LE BOTERF G. (2000), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Les Éditions de l'Organisation, Parigi.
- LEGA F. (1997), «Sviluppo e controllo della conoscenza quali determinanti del Vantaggio Competitivo nelle Aziende Sanitarie Pubbliche: dalla teoria alla pratica», *Organizzazione Sanitaria*, 5.
- LEVATI W., SARAÒ M.P. (2003), *Il modello delle competenze. Un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione*, FrancoAngeli Editore, Milano.
- MASSAI D., AMERINI A., BORGELLINI S., BUGNOLI S. (2007), «Perché l'analisi delle competenze. La valutazione delle competenze», *L'infermiere*, 4, pp. 2-40.
- MCCLELLAND D.C. (1973), «Testing for competence rather than intelligence», *American Psychologist*, 28(1), pp. 1-14.
- MELE V., TOZZI V. (2004), «Il Knowledge management nella pubblica amministrazione», *Economia & Management*, 2.
- MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002), «Knowledge e pubblica amministrazione. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda Pubblica*, 4/5, pp. 489-512.
- MINISTERO SALUTE (2010), «Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo piano sanitario nazionale 2010-2012», Comunicazione del Ministro Fazio alla conferenza Stato-Regioni.
- NONAKA I., TAKEUCHI H. (1995), *The Knowledge Creating Company*, Oxford University Press.
- NORRIS N. (1991), «The trouble with competence», *Cambridge Journal of Education*, 3, pp. 331-341.
- PANEFORTE S. (1999), *La gestione delle persone nell'impresa*, Cedam, Padova.
- PELLEREY M. (2002), «Evoluzione e sviluppo degli approcci per competenze nella formazione professionale», in A.M. Ajello, *La competenza*, Il Mulino, Bologna.
- PRESTON A., CHUA W.F., NEU D. (1997), «The diagnosis-related group prospective payment system and the problem of government of rationing health care to the elderly», *Accounting, Organizations and Society*, 22, pp. 147-164.
- QUAGLINO G.P. (1990), «Competenza», *Appunti sul comportamento organizzativo*, Tirrenia Stampatori, Torino.
- REBORA G. (2001), *Manuale di organizzazione aziendale*, Carocci Editore, Roma.
- ROTONDI P., SAGGIN A. (2002), *Persona e organizzazione. Sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*, McGraw Hill, Milano.
- RULLANI E. (2004), *Economia della conoscenza. Creatività e valore nel capitalismo delle reti*, Carocci Editore, Roma.
- RUMELT R.P. (1984), «Towards a strategic theory of the firm», in R.B. Lamb (Ed.), *Competitive strategic advantage*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- SANDBERG J. (1994), *Human competence at work. An interpretative approach*, Goteborg, Bas.
- SANDBERG J. (2000), «Understanding human competence at work: an interpretative approach», *Academy of Management Journal*, 1, pp. 9-25.
- SARGIACOMO M. (2008), «Accounting and the 'Art of Government': Margaret of Austria in Abruzzo (1539-86) », *European Accounting Review*, 17, pp. 667-695.
- SPARROW P. (a cura di) (1995), *Come disegnare e realizzare le competenze organizzative*, FrancoAngeli Editore, Milano.
- SPENCER L.M., SPENCER S.M. (1993), *Competenza nel lavoro*, FrancoAngeli Editore, Milano.
- STEWART T.A. (1997), *Intellectual capital: the new wealth of organizations*, Doubleday Currency, New York.

- TARDIVO G. (2008), «L'evoluzione degli studi sul Knowledge Management», *Sinergie*, 76, pp. 21-42.
- TAYLOR F. (1911), *The principles of Scientific management*, New York.
- TROBIA A. (2005), *La ricerca sociale quali-quantitativa*, FrancoAngeli Editore, Milano.
- VARCHETTA G. (1993), «Il metodo delle competenze», *Sviluppo & Organizzazione*, 140, pp. 23-34.
- WEBER M. (1964/1947), *The theory of social and economic organization*, Free Press, New York.
- WERNERFELT B. (1984), «A Resource-Based View of the Firm», *Strategic Management Journal*, 5, pp. 272-280.

## Appendice I - Il dizionario delle competenze

<i>Altre competenze di efficacia personale</i>	Si tratta di una categoria residuale legata a comportamenti particolari che esprimono competenze generiche, o a competenze osservate con una certa frequenza ma non tale da poter essere definite generiche, o a competenze che appartengono a mansioni specifiche Appartengono alla gamma di competenze di efficacia personale
<i>Attenzione all'ordine, alla qualità, alla sicurezza</i>	Bisogno innato di ridurre l'incertezza della realtà circostante Appartiene alla gamma di competenze di realizzazione e operative
<i>Attitudine al comando</i>	Intenzione di far obbedire agli altri i propri ordini Appartiene alla gamma delle competenze manageriali
<i>Autocontrollo</i>	Capacità di conservare il controllo delle proprie emozioni e di evitare comportamenti negativi di fronte all'opposizione degli altri o in situazioni di lavoro emotive o stressanti Appartiene alla gamma di competenze di efficacia personale
<i>Capacità tecniche/professionali/manageriali</i>	Padronanza di un corpo di conoscenze (tecniche, professionali o manageriali), capacità di utilizzare e trasferire quelle più appropriate alle diverse situazioni di lavoro, motivazione ad accrescerle e condividerle con gli altri Appartiene alla gamma di competenze cognitive
<i>Fiducia in sé</i>	Convinzione di poter assolvere un compito, assumere decisioni o di convincere gli altri in qualunque situazione anche critica o di reagire costruttivamente agli insuccessi Appartiene alla gamma di competenze di efficacia personale
<i>Flessibilità</i>	Capacità e volontà di adattarsi e di lavorare efficacemente in un'ampia gamma di situazioni o con persone o gruppi diversi Appartiene alla gamma di competenze di efficacia personale
<i>Lavoro di gruppo e cooperazione</i>	Genuino desiderio di lavorare in collaborazione con gli altri, di essere parte di un gruppo Appartiene alla gamma di competenze manageriali
<i>Leadership del gruppo</i>	Intenzione di assumere il ruolo di <i>leader</i> di un gruppo, desiderio di guidare e trascinare gli altri Appartiene alla gamma di competenze manageriali
<i>Orientamento al cliente</i>	Desiderio di aiutare o servire gli altri Appartiene alla gamma di competenze di assistenza e servizio
<i>Orientamento al risultato</i>	Interesse a lavorare bene o a misurarsi con standard di eccellenza Appartiene alla gamma di competenze di realizzazione e operative
<i>Pensiero analitico</i>	Capacità di comprendere le situazioni scomponendole nei propri elementi costitutivi e di valutarne gli effetti in una catena di cause ed effetti Appartiene alla gamma di competenze cognitive
<i>Pensiero concettuale</i>	Capacità di riconoscere modelli astratti o rapporti fra le situazioni più complesse e i loro elementi principali o sottostanti Appartiene alla gamma di competenze cognitive
<i>Persuasività e influenza</i>	Desiderio di avere un'influenza o un effetto specifico sugli altri in modo da convincerli o indurli a obbedire per portare a termine un progetto o un impegno di chi esprime la competenza Appartiene alla gamma di competenze d'influenza
<i>Ricerca delle informazioni</i>	Curiosità congenita, desiderio di sapere di più sui fatti, sforzo per ottenere eventuali informazioni, rifiuto delle informazioni scontate Appartiene alla gamma di competenze di realizzazione e operative
<i>Sensibilità interpersonale</i>	Desiderio di capire gli altri, capacità di ascoltare, capire e rispondere ai desideri, sentimenti preoccupazioni degli altri anche se non manifestati o parzialmente espressi Appartiene alla gamma di competenze di assistenza e servizio
<i>Spirito d'iniziativa</i>	Predisposizione ad agire, fare di più di quanto richiesto dalla mansione Appartiene alla gamma di competenze di realizzazione e operative
<i>Sviluppo degli altri</i>	Insegnare o facilitare lo sviluppo di una o più persone Appartiene alla gamma di competenze di realizzazione e operative

## Appendice II - Il questionario per la mappatura delle competenze

### Sezione I - Analisi del contesto

– Quali ritiene essere gli aspetti su cui bisogna maggiormente porre l'attenzione per una efficace ed efficiente gestione dell'Azienda sanitaria?

	NON PRIORITARIO	NON PARTICOLARMENTE PRIORITARIO	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA PRIORITARIO	ASSOLUTAMENTE PRIORITARIO
Centralità della <i>mission</i> produttiva (la tutela della salute) in ogni decisione e processo aziendale					
Capacità di elaborare una visione strategica lungimirante e sfidante nel tempo					
Coinvolgimento nelle scelte strategiche del personale (soprattutto medico)					
Contesto organizzativo che promuova comportamenti efficienti, corretti, collaborativi					
Contesto organizzativo che liberi la capacità delle persone di assumere iniziative					
Equilibrio tra il rispetto del vincolo di bilancio e il diritto del paziente ad avere le cure appropriate					
Perseguimento di obiettivi sfidanti e competitivi					
Selezione accurata delle persone da formare per ruoli di responsabilità più o meno complessi					

– Quali dei suddetti aspetti ritiene particolarmente critici rispetto alle unità di cui ha responsabilità e/o ai diretti collaboratori?

– Quali sono le iniziative intraprese per la gestione di queste aree di criticità?

## Sezione II - I modelli generici di competenza

Sezione II.I. - Il modello dei ruoli del settore dell'assistenza e dei servizi sociali

*Questa parte dell'intervista è relativa all'attività svolta dai ruoli della cura e dell'assistenza dei pazienti ed è rivolta a mappare le competenze dei ruoli collaboratori (medico, tecnico, infermiere, OSS) dell'intervistato (Direttore sanitario, Primario, Caposala).*

– Indichi sulla base della griglia il grado di importanza che attribuisce alle competenze sotto indicate al fine di consentire di meglio ricoprire i ruoli della cura e dell'assistenza dei pazienti (*modello ideale*):

	NON IMPORTANTE	NON PARTICOLARMENTE IMPORTANTE	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA IMPORTANTE	MOLTO IMPORTANTE
Persuasività e influenza					
Sviluppo degli altri					
Sensibilità interpersonale					
Fiducia in sé					
Autocontrollo					
Altre competenze di efficacia personale					
Capacità tecnica					
Orientamento al paziente					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Pensiero analitico					
Pensiero concettuale					
Spirito d'iniziativa					
Flessibilità					
Attitudine al comando/assertività					

– Ritieni che l'elenco delle competenze sopra indicate sia esaustivo o pensa che debbano essere inserite altre competenze ugualmente rilevanti?

– Sulla base della griglia sotto riportata indichi in che misura ritieni che queste competenze siano possedute dai suoi diretti collaboratori (*modello rilevato*):

	PER NULLA POSSEDUTE	SCARSAMENTE POSSEDUTE	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA POSSEDUTE	PIENAMENTE POSSEDUTE
Persuasività e influenza					
Sviluppo degli altri					
Sensibilità interpersonale					
Fiducia in sé					
Autocontrollo					
Altre competenze di efficacia personale					
Capacità tecnica					
Orientamento al paziente					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Pensiero analitico					
Pensiero concettuale					
Spirito d'iniziativa					
Flessibilità					
Attitudine al comando/assertività					

– Come pensa si debba intervenire per diffondere le suddette competenze fra le persone delle unità di cui è responsabile?

Sezione II.II - Il modello generico di competenza dei ruoli direttivi del settore dell'assistenza e servizi sociali

*Questa parte dell'intervista è relativa all'attività svolta dai ruoli direttivi della cura e dell'assistenza dei pazienti ed è rivolta a mappare le competenze manageriali del ruolo ricoperto dall'intervistato (Direttore sanitario, Primario, Caposala).*

– Indichi sulla base della griglia il grado di importanza che attribuisce alle competenze sotto indicate al fine di meglio gestire le persone e i processi critici delle unità di cui ha la responsabilità (*modello ideale*):

	<b>NON IMPORTANTE</b>	<b>NON PARTICOLARMENTE IMPORTANTE</b>	<b>INCERTO NEUTRALE</b>	<b>ABBASTANZA IMPORTANTE</b>	<b>MOLTO IMPORTANTE</b>
Persuasività e influenza					
Tensione al risultato					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Pensiero analitico					
Spirito d'iniziativa					
Sviluppo degli altri					
Fiducia in sé					
Attitudine al comando/assertività					
Ricerca delle informazioni					
Leadership di gruppo					
Pensiero concettuale					
Impegno verso l'organizzazione					
Orientamento al paziente					
Competenze di efficacia personale					
Consapevolezza organizzativa					
Costruzione di rapporti					

– Ritiene che l'elenco delle competenze sovra indicate sia esaustivo o pensa che debbano essere inserite altre competenze ugualmente rilevanti?



Sezione II.III. - Il modello generico di competenza dei ruoli tecnici/ professionali

*Questa parte dell'intervista è relativa all'attività svolta dai ruoli tecnici e professionali ed è rivolta a mappare le competenze dei ruoli collaboratori (essenzialmente amministrativi) dell'intervistato (Direttore amministrativo, Responsabile gestione amministrativa del personale, Responsabile area economica-amministrativa).*

– Indichi sulla base della griglia il grado di importanza che attribuisce alle competenze sotto indicate al fine di consentire di meglio ricoprire i ruoli amministrativi (*modello ideale*):

	NON IMPORTANTE	NON PARTICOLARMENTE IMPORTANTE	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA IMPORTANTE	MOLTO IMPORTANTE
Orientamento al risultato					
Persuasività e influenza					
Pensiero concettuale					
Pensiero analitico					
Spirito d'iniziativa					
Fiducia in sé					
Sensibilità interpersonale					
Attenzione all'ordine					
Ricerca delle informazioni					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Capacità tecnica					
Orientamento all'utente					

– Ritiene che l'elenco delle competenze sopra indicate sia esaustivo o pensa che debbano essere inserite altre competenze ugualmente rilevanti?

– Sulla base della griglia sotto riportata indichi in che misura ritiene che queste competenze siano possedute dai suoi diretti collaboratori (*modello rilevato*):

	PER NULLA POSSEDUTE	SCARSAMENTE POSSEDUTE	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA POSSEDUTE	PIENAMENTE POSSEDUTE
Orientamento al risultato					
Persuasività e influenza					
Pensiero concettuale					
Pensiero analitico					
Spirito d'iniziativa					
Fiducia in sé					
Sensibilità interpersonale					
Attenzione all'ordine					
Ricerca delle informazioni					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Capacità tecnica					
Orientamento all'utente					

– Come pensa si debba intervenire per diffondere le suddette competenze fra le persone delle unità di cui è responsabile?

Sezione II.IV. - Il modello generico di competenza dei ruoli direttivi tecnici/professionali

*Questa parte dell'intervista è relativa all'attività svolta dai ruoli direttivi tecnici/professionali ed è rivolta a mappare le competenze manageriali del ruolo ricoperto dall'intervistato (Direttore Amministrativo, Responsabile gestione amministrativa del personale, Responsabile area economica-amministrativa).*

– Indichi sulla base della griglia il grado di importanza che attribuisce alle competenze sotto indicate:

	NON IMPORTANTE	NON PARTICOLARMENTE IMPORTANTE	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA IMPORTANTE	MOLTO IMPORTANTE
Orientamento al risultato					
Persuasività e influenza					
Pensiero concettuale					
Pensiero analitico					
Spirito d'iniziativa					
Fiducia in sé					
Sensibilità interpersonale					
Attenzione all'ordine					
Ricerca delle informazioni					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Capacità tecnica					
Orientamento all'utente					

– Ritene che l'elenco delle competenze sovra indicate sia esaustivo o pensa che debbano essere inserite altre competenze ugualmente rilevanti?

Sezione II.V. - Il modello manageriale generico

*Questa parte dell'intervista è relativa all'attività svolta dai ruolo direttivi ed è rivolta a mappare le competenze manageriali del ruolo ricoperto dall'intervistato (Direttore generale).*

– Indichi sulla base della griglia il grado di importanza che attribuisce alle competenze sotto indicate:

	NON IMPORTANTE	NON PARTICOLARMENTE IMPORTANTE	INCERTO NEUTRALE	ABBASTANZA IMPORTANTE	MOLTO IMPORTANTE
Persuasività e influenza					
Tensione al risultato					
Lavoro di gruppo e cooperazione					
Pensiero analitico					
Spirito d'iniziativa					
Sviluppo degli altri					
Fiducia in sé					
Attitudine al comando/assertività					
Ricerca delle informazioni					
Leadership di gruppo					
Pensiero concettuale					
Persuasività e influenza					

– Ritene che l'elenco delle competenze sovra indicate sia esaustivo o pensa che debbano essere inserite altre competenze ugualmente rilevanti?

# NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Massimo Cherubini, Francesca Giani, Michele Uda

## **FARMACO GENERICO, UN CAMMINO LUNGO DIECI ANNI. I PROTAGONISTI SI RACCONTANO**

IL SOLE 24 ORE, MILANO, 2010, € 39,00 PP. 187 - ISBN: 8832477521

*Sono del 2000-2001 i primi provvedimenti legislativi che hanno creato le basi strutturali per l'introduzione del farmaco generico sul mercato. Da allora sono passati dieci anni: anni intensi, che hanno trasformato lo scenario della sanità, così come il panorama industriale. E proprio per raccontare la storia del generico – dai primi passi, tra resistenze e perplessità, alle campagne di informazione ed educazione, fino a quando, piano piano, ha cominciato a entrare nell'uso e nella cultura degli italiani – che nasce l'idea di questo libro. Un libro sui generis, dove a parlare sono gli stessi protagonisti che questa storia l'hanno pensata e costruita: da Umberto Veronesi e Girolamo Sirchia, i ministri della Salute artefici dei primi provvedimenti normativi, all'AiFA e a tutti gli attori della filiera farmaceutica, l'industria, dei farmaci generici e di marca, i medici e i farmacisti, fino ad Antonio Catricalà, presidente dell'Antitrust. Attraverso una serie di interviste, si confrontano in un continuo rimando tra passato e presente, forti di un punto di osservazione privilegiato e di un occhio critico che solo la distanza dagli eventi rende possibile.*

**INDICE** PREFAZIONE. DIECI ANNI DI UNA SFIDA AVVINCENTE, DI MASSIMO CHERUBINI - PREMESA METODOLOGICA - INTRODUZIONE. UN RISPARMIO A FAVORE DEL CITTADINO, DI UMBERTO VERONESI - PARTE PRIMA. I PRIMI PASSI. DAL 2000 AL 2005 - 1. L'IMPIANTO NORMATIVO - 2. IL NUOVO ASSETTO DEL COMPARTO INDUSTRIALE - 3. PARTE LA PRIMA CAMPAGNA DI INFORMAZIONE - 4. IL FORMARSI DI UNA «CULTURA» DEL FARMACO - 5. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA REGOLATORIO - PARTE SECONDA. LO SVILUPPO DAL 2005 AL 2010 - 1. DA «GENERICO» A «EQUIVALENTE» - 2. LA CAMPAGNA DELL'AIFA AI CITTADINI E IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE - 3. LA GOVERNANCE DELLA SPESA FARMACEUTICA: USO RESPONSABILE DELLE RISORSE E INVESTIMENTI IN RICERCA - 4. LA REGIONALIZZAZIONE E I MODELLI DI GESTIONE DELLA SANITÀ - PARTE TERZA. TRA PASSATO E FUTURO, QUALI PROSPETTIVE PER LA SANITÀ? -1. LA CONCORRENZA NEL SETTORE FARMACEUTICO - 2. LE PROSPETTIVE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA - 3. TRA PERPLESSITÀ E TIMORI, DOPO DIECI ANNI QUALE «INFORMAZIONE» PER I CITTADINI? - 4. CONCLUSIONI

Eleonora Corsalini, Emanuele Vendramini (a cura di)

## **INTEGRARE LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI. CONTENUTI, FORME E RISULTATI DELLE BEST PRACTICE IN ITALIA**

EGEA, MILANO, 2010, € 15,00 PP. 108 - ISBN: 9788823842748

*Nell'ultimo decennio, la sempre più alta prevalenza di patologie croniche, insieme al progressivo invecchiamento della popolazione, hanno indotto i decisori e gli operatori del Ssn a investire risorse ed energie nel ri-disegno dell'assistenza territoriale. Partendo da un'analisi delle tendenze internazionali e nazionali, il libro descrive le modalità di cambiamento organizzativo nella rete di servizi territoriali, presentando i risultati di un progetto di studio condotto da un gruppo di ricerca e relativo alle best practice del Ssn. Attraverso un preciso quadro logico-interpretativo, vengono analizzati diversi progetti aziendali, implementati in*

*differenti contesti del territorio nazionale, e viene data una lettura trasversale dei risultati dello studio. Confermando i movimenti riformatori a livello internazionale, le Asl italiane sembrano convergere sull'integrazione, quale strumento per rendere i servizi erogati più fruibili, efficaci, economici e coerenti con le attuali esigenze di coordinamento e presa in carico totale; inoltre, il medico di medicina generale si conferma come una figura principale nel sistema dei servizi territoriali, che diventa sempre più complesso sia dal punto di vista dei contenuti, che da quello delle modalità di erogazione.*

**INDICE** PREFAZIONE DI ELIO BORGONOVÌ - INTRODUZIONE DI ROSARIO METE - RINGRAZIAMENTI - 1. TREND INTERNAZIONALI. BREVE SINTESI DELLE TEMATICHE RILEVANTI PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE IN EUROPA, DI ELEONORA CORSALINI - 1.1. IL SUPERAMENTO DELL'ACCESSIONE RESTRITTIVA DI PRIMARY CARE - 1.2. LE TENDENZE IN ATTO NEI SISTEMI INTERNAZIONALI - BIBLIOGRAFIA - 2. LE SPINTE AL CAMBIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE IN ITALIA, DI VALERIA D. TOZZI - 2.1. RAPPORTO TRA NUOVI BISOGNI, SODDISFAZIONE DELLA DOMANDA E RISPOSTE ORGANIZZATIVE - 2.2. L'IMPATTO DEL RIDIMENSIONAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E DEL RESTYLING DELL'OSPEDALE - 2.3. IL PROGRESSIVO INVECCHIAMENTO DELLA CLASSE MEDICA - 2.4. LE RETI PER PATOLOGIA - BIBLIOGRAFIA - 3. LA METODOLOGIA DELLA RICERCA, DI GIULIANA BENSÀ, ROBERTA MONTANELLI ED EMANUELE VENDRAMINI - 3.1. IL RECLUTAMENTO DELLE ESPERIENZE - 3.2. LA LETTURA TRASVERSALE DEI CASI: LE MATRICI - 3.2.1. IL TARGET DEL PROGETTO E LA COMPONENTE ORGANIZZATIVA - 3.2.2. I DRIVER DEL CAMBIAMENTO - 3.2.3. GLI STRUMENTI DI CAMBIAMENTO - 3.2.4. GLI OBIETTIVI - BIBLIOGRAFIA - 4. I RISULTATI DELLA RICERCA DI, GIULIANA BENSÀ, ELEONORA CORSALINI, ROBERTA MONTANELLI, VALERIA D. TOZZI ED EMANUELE VENDRAMINI - 4.1. I CASI SELEZIONATI - 4.1.1. INFERMIERE DI COMUNITÀ (ASS BASSA FRIULANA) - 4.1.2. COORDINATORE DI PERCORSO (APSS TRENTO) - 4.1.3. OTTIMIZZAZIONE DELL'OFFERTA SPECIALISTICA (ASL TARANTO) - 4.1.4. IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DELL'UVM (ULSS 3 BASSANO) - 4.1.5. SCREENING DEL COLON RETTO (ASL MANTOVA) - 4.1.6. ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AUSL 11 EMPOLI) - 4.1.7. PDTA DELLO SCOMPENSO CARDIACO (AUSL 11 EMPOLI) - 4.1.8. LA PORTA MEDICALIZZATA DI CASTE S. PIETRO TERME (AUSL IMOLA) - 4.1.9. IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (AUSL MODENA) - 4.1.10. LA QUALITÀ DELLE CURE PRIMARIE: LE EQUIPE TERRITORIALI (AUSL 2 PERUGIA) - 4.1.11. MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (ULSS 4 ALTO VICENTINO) - 4.2. I TREND DI SVILUPPO DELLE BEST PRACTICE: UN QUADRO LOGICO-INTERPRETATIVO - 4.3. LA POTENZIALE TRASFERIBILITÀ DELLE BEST PRACTICE: RISULTATI DEL WORKSHOP - 4.4. LE LEZIONI APPRESE DALL'ANALISI DEI CASI: IMPLICAZIONI DI POLICY E MANAGEMENT - 5. CONCLUSIONI, DI EMANUELE VENDRAMINI - BIBLIOGRAFIA - GLI AUTORI

Antonia Cunti, Francesco Lo Presti, Fausta Sabatano

**LE COMPETENZE RELAZIONALI IN AMBITO SANITARIO.  
PER UNA FORMAZIONE ALL'AGIRE RIFLESSIVO**

CAROCCHI, ROMA, 2010, € 16,50, PP. 168 - ISBN: 9788843053056

*In ambito sanitario, il rapporto con l'altro e la percezione di sé rispetto al contesto sono spesso erroneamente considerati elementi di accompagnamento di un fare lavorativo che si ritiene debba ruotare attorno a competenze di tipo tecnico; è, invece, oramai acquisito che gli aspetti relazionali rappresentano un fondamentale spazio di competenza – inerente alla pedagogia sociale – in grado di rispondere alle emergenze e alle situazioni critiche di cui la quotidianità degli operatori sanitari è intessuta. Il volume, pertanto, propone di pensare alla relazione come a un oggetto intenzionale della formazione in ambito sanitario ed alle competenze relazionali come elementi strutturanti le professionalità socio-sanitarie. La formazione a cui ci si riferisce è quella in grado di far divenire le pratiche la conseguenza di un agire consapevole e di accogliere lo spazio della crisi e dell'incertezza come attivatore di processi di cambiamento.*

**INDICE** PREFAZIONE, DI GIUSEPPE VITO - INTRODUZIONE, DI ANTONIA CUNTI, FRANCESCO LO PRESTI E FAUSTA SABATANO - PARTE PRIMA. INTERPRETARE LA RELAZIONE - 1. PROCESSI DI CAMBIAMENTO IN ETÀ ADULTA E RUOLO DELLA RELAZIONE NEI CONTESTI SANITARI, DI ANTONIA CUNTI - 1.1. LA RELAZIONE QUALE LUOGO ELETTIVO DELLA PROFESSIONALITÀ - 1.2. STRATEGIE ADATTIVE E PROCESSI DI CAMBIAMENTO - 1.3. CONTEMPORANEITÀ ADULTA E PERCORSI DI CAMBIAMENTO - 1.4. L'AUTO AIUTO COME AZIONE DI FACILITAZIONE - 2. I SAPERI NELLA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ PROFESSIONALE, DI FRANCESCO LO PRESTI - 2.1. L'IDENTITÀ, L'ESPERIENZA E LA CONOSCENZA - 2.2. IL SAPERE E I SAPERI - 2.3. I SAPERI IMPLICITI NELLA COSTRUZIONE DI SÉ - 2.4. I SAPERI E LE IDENTITÀ NEL CONTESTO PROFESSIONALE - 2.5. LA FORMAZIONE ALLA CRITICA DEI SAPERI - 3. COMUNICAZIONE E RELAZIONE DI AIUTO, DI FAUSTA SABATANO - 3.1. RELAZIONI SOCIALI E COMUNICAZIONE - 3.2. LA COMUNICAZIONE COME PROCESSO CIRCOLARE: ELEMENTI E LINGUAGGI - 3.3. GLI EFFETTI

DELLA COMUNICAZIONE SUL COMPORTAMENTO - 3.4. LA RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE: IL METODO GORDON - PARTE SECONDA. AGIRE LA RELAZIONE - 4. LE COMPETENZE DELLA RELAZIONE: DIMENSIONE SOGGETTIVA E SISTEMICA, DI FAUSTA SABATANO - 4.1. IL LAVORO SANITARIO COME LAVORO EDUCATIVO - 4.2. LA COMPETENZA E LA RELAZIONE COME SISTEMI COMPLESSI - 4.3. LE COMPETENZE RELAZIONALI IN AMBITO SANITARIO - 4.4. GLI AMBITI DI COMPETENZA: RELAZIONARSI IN MODO ADEGUATO, COOPERARE, GESTIRE IL CONFLITTO - 5. DAL SÉ ALL'AGIRE PROFESSIONALE: LA FORMAZIONE COME RIFLESSIONE SULLA PRATICA, DI ANTONIA CUNTI - 5.1. PER UNA FORMAZIONE AL LAVORO EMANCIPATIVA - 5.2. LA CIRCOLARITÀ VIRTUOSA TRA LE TEORIE E LE PRATICHE PROFESSIONALI - 5.3. FORMAZIONE RIFLESSIVA E COMUNICAZIONE LINGUISTICA - 5.4. FORMARE ATTRAVERSO LA RIFLESSIONE SU EVENTI CRITICI: L'ANALISI DI SCRIPT LINGUISTICI - 6. L'ESERCIZIO DELLA RIFLESSIVITÀ PER LA FORMAZIONE: UN PERCORSO LABORATORIALE, DI FRANCESCO LO PRESTI - 6.1. LAVORARE SUL SAPERE IMPLICITO - 6.2. IL RUOLO DELLA TEORIA - 6.3. LA PRATICA RIFLESSIVA COME INTERVENTO FORMATIVO - 6.4. LA STRUTTURA, IL METODO E I CONTENUTI DEL LABORATORIO - 6.5. PRESENTAZIONE DI UNA ESPERIENZA

Emanuele Patrini, M. Cristina Confortini

### **LEAN MANAGEMENT E QUALITÀ IN SANITÀ. LA METODOLOGIA APPLICATA IN CORSIA**

IL SOLE 24 ORE, MILANO, 2010, € 29,00, PP. 128 - ISBN: 9788832476132

*Da qualche anno il Lean Thinking, anche se nato dalle organizzazioni industriali, è adottato con successo per l'analisi e l'innovazione anche nel settore dei servizi, e in particolare nei sistemi sanitari evoluti. Le tecniche Lean Sigma partono dai bisogni reali del cliente, misurano il gap esistente nelle prestazioni dell'azienda e individuano i processi chiave su cui apportare le tecniche collaudate di riorganizzazione Lean. La riorganizzazione Lean si realizza con il lavoro di un team formato da personale interno all'azienda, che favorisce l'empowerment dei partecipanti, prepara al lavoro di gruppo e la pratica dell'assunzione di responsabilità. Le tecniche Lean Sigma hanno dimostrato che è possibile superare il trade-off esistente fra costo e prestazioni. L'applicazione delle tecniche Lean e Six Sigma nelle aziende dei servizi ha permesso di ottenere sensibili miglioramenti nelle prestazioni base dell'azienda: il miglioramento della qualità e dei tempi di risposta al cliente in presenza di simultanea riduzione dei costi del processo. Il volume si sviluppa in tre parti. La prima, teorica, che parla delle tecniche e della metodologia, la seconda un cui viene rappresentata una esperienza concreta e il confronto con altre metodologie quali FMECA e HFMEA. La terza tratta il problema del cambiamento e di come le organizzazioni lo affrontano e quali strumenti possono mettere in campo per far sì che le persone non abbiano paura di cambiare.*

**INDICE** 1. INQUADRAMENTO - 2. IL SISTEMA GESTIONALE TOYOTA - 3. L'APPLICAZIONE DEL SISTEMA TOYOTA IN SANITÀ - 4. GLI SPRECHI IN SANITÀ - 5. L'ANALISI DI PROCESSO - 6. L'EVENTO KAIZEN - 7. LEAN, HFMEA E PARTO FIOLOGICO, UN'ESPERIENZA VERA - 8. LA VALUTAZIONE COSTI BENEFICI PER DECIDERE IL MIGLIORAMENTO - 9. CONSIDERAZIONI - 10. ULTERIORI TECNICHE DI ANALISI DI PROCESSO - 11. LA PAURA DEL CAMBIAMENTO

Andrea Vettori, David Vannozi

### **LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE INDIVIDUALI NELLE AZIENDE SANITARIE**

FRANCOANGELI, MILANO, 2010, € 17,00, PP. 142 - ISBN 13: 9788856832617

*Alla luce della legge 15/2009 e del D.L.vo 150/2009 (cosiddetta Riforma Brunetta) il testo vuole essere innanzitutto una guida pratica di facile consultazione per la creazione, step by step, di un modello di valutazione delle performance individuali per le aziende sanitarie che ancora non posseggono tale sistema; in secondo luogo, vuole essere anche una conferma ed un rafforzamento per le aziende sanitarie che, invece, hanno già in uso un sistema simile. Testo dal taglio agile, che si caratterizza per la presenza di esempi concreti, strumenti applicabili subito, figure e schemi che non solo facilitano la lettura ma favoriscono la sintesi di alcuni concetti esemplificativi e di alcune considerazioni, relative in particolare all'azione e alla comunicazione. Per le sue caratteristiche, il testo si rivolge a tutti coloro che, nelle Asl in particolare e più in generale in tutto il settore della sanità, occupano funzioni dirigenziali,*

*direttive e di supervisione e intendono comprendere come concretamente si articolano e cosa occorre fare per implementare un sistema di valutazione della performance individuale.*

**INDICE** SCOPO DEL TESTO - LA NECESSITÀ DI PARLARE LA STESSA LINGUA: UN GLOSSARIO PER PARTIRE - I RIFERIMENTI NORMATIVI - 1. LA LEGGE 15/2009, IL D.LGS. 150/2009 (RIFORMA BRUNETTA) E LE AZIENDE SANITARIE - 1.1. PREMessa: I PRINCIPI - 1.2. PRIMA SPERIMENTAZIONE DELLA RIFORMA BRUNETTA NELL'AMBITO DELLA SANITÀ - 2. I MODELLI DELLE COMPETENZE - 2.1. LE CINQUE COMPETENZE DEI DIRIGENTI, DIRIGENTI DI STRUTTURA SEMPLICE E DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA - 2.2. LE QUATTRO COMPETENZE DEI COLLABORATORI PROFESSIONALI ESPERTI - 3. LE PROFESSIONI SANITARIE E I LORO PROFILI - 3.1. I RIFERIMENTI LEGISLATIVI - 4. GLI OBIETTIVI AZIENDALI, GLI OBIETTIVI DI STRUTTURA E GLI OBIETTIVI INDIVIDUALI - 4.1. IL CASO DEL MODELLO DI VALUTAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE - 5. LA PERFORMANCE. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE - 5.1. IL SISTEMA - 5.2. LA MISSIONE E LA VISIONE - 5.3. LE AREE CHIAVE DI RISULTATO - 5.4. I MACRO OBIETTIVI - 5.5. I COMPORTAMENTI ATTESI - 5.6. IL PIANO DI COMUNICAZIONE - 5.7. CONCLUSIONE - 6. LA PIANIFICAZIONE - 6.1. LE AREE CHIAVE DI RISULTATO DEL LAVORO - 6.2. DALLE AREE CHIAVE DI RISULTATO AGLI OBIETTIVI SPECIFICI - 6.3. LO SVILUPPO DEGLI OBIETTIVI - 6.4. LE DIMENSIONI - 6.5. MISURARE E VALUTARE UN RISULTATO - 6.6. DISCUSSIONE DELLA PIANIFICAZIONE - 7. IL FEED-BACK E IL COACHING CONTINUO - 7.1. L'ATTITUDINE E LA FIDUCIA - 7.2. FEED-BACK E COACHING - 8. LA REVISIONE - 8.1. LA VALUTAZIONE O MISURAZIONE FINALE - 9. RIPERCORRIAMO IL PROCESSO DI PERFORMANCE. UN POSSIBILE MODELLO ORGANIZZATIVO FUNZIONALE - 9.1. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI - 9.2. MODELLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE - 9.3. MODELLO ORGANIZZATIVO - 9.4. OBIETTIVI E INDICATORI DI PERFORMANCE - 9.5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE, VALUTAZIONE E RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI E PROCESSI CORRELATI ALLA VALUTAZIONE - BIBLIOGRAFIA

Antonello Zangrandi (a cura di)

**ECONOMIA E MANAGEMENT PER LE PROFESSIONI SANITARIE**

MILANO, MCGRAW-HILL, 2010, € 28,00, PP. 258 - ISBN: 9788838636905

*Il presente progetto editoriale si pone l'obiettivo di fornire un supporto didattico ai docenti delle materie economiche (economia sanitaria, economia aziendale, organizzazione aziendale) impegnati nei corsi di laurea in scienze infermieristiche e nei master di coordinamento per le professioni sanitarie. Il progetto raccoglie i contributi delle materie economiche che rappresentano gli strumenti necessari, a differenziarsi dai manuali universitari per economia, perché i discenti dei corsi acquisiscano una competenza manageriale. Quindi i contenuti si rifanno alla disciplina economica ma con un taglio più vicino alla realtà professionale.*

**INDICE** PARTE I. QUALE SANITÀ, CON QUALI FINANZIAMENTI - 1. LA SANITÀ VISTA CON GLI OCCHI DEGLI ECONOMISTI - 2. IL SISTEMA DELLE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA - 3. I MODELLI E LA STORIA DEI SISTEMI SANITARI IN EUROPA E STATI UNITI - PARTE II. CHI PRODUCE I SERVIZI SANITARI - 4. L'AZIENDA SANITARIA - 5. LE MISURAZIONI ECONOMICHE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 6. LA PROGRAMMAZIONE E IL CONTROLLO - 7. LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE - PARTE III. L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI - 8. LA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA - 9. LE CARATTERISTICHE ESSENZIALI DELL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI INFERMIERISTICI - 10. I MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI INFERMIERISTICI - 11. LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - PARTE IV. VALORIZZARE LE PROFESSIONALITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO - 12. LE MODALITÀ DI LAVORO NEI SERVIZI INFERMIERISTICI: DALLE LINEE GUIDA ALLE PROCEDURE - 13. LA GESTIONE E LA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE NELLE AZIENDE SANITARIE - 14. IL MANAGEMENT E LA LEADERSHIP

# SPOGLIO RIVISTE

## MECCANISMI DI MERCATO

MEARS A., WEBLEY P.

*Gaming of performance measurement in health care: parallels with tax compliance*

Journal of Health Services Research & Policy, 2010, 15(4), pp. 236-42

MORIYA A.S., VOGT W.B., GAYNOR M.

*Hospital prices and market structure in the hospital and insurance industries*

Health Economics, Policy and Law, 2010, 5(4), pp. 459-79

McHUGH M., JOSHI M.

*Improving evaluations of value-based purchasing programs*

Health Service Research, 2010, 45(5 Pt 2), pp. 1559-69

CHERNEW M.

*Bundled payment systems: can they be more successful this time*

Health Services Research, 2010, 45(5 Pt 1), pp. 1141-7

COLLA C.H., ESCARCE J.J., BUNTIN M.B., SOOD N.

*Effects of competition on the cost and quality of inpatient rehabilitation care under prospective payment*

Health Services Research, 2010, 45(6 Pt 2), pp. 1981-2006

HALL M.A., MONAHAN A.B.

*Paying for individual health insurance through tax-sheltered cafeteria plans*

Inquiry, 2010, 47(3), pp. 252-61

## ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

BENNER J.S., MORRISON M.R., KARNES E.K., KOCOT S.L., McCLELLAN M.

*An evaluation of recent federal spending on comparative effectiveness research: priorities, gaps, and next steps*

Health Affairs, 2010, 29(10), pp. 1768-76

PINE M., FRY D.E., JONES B.L., MEIMBAN R.J., PINE G.J.

*Controlling costs without compromising quality: paying hospitals for total knee replacement*

Medical Care, 2010, 48(10), pp. 862-8

FRASER I., ENCINOSA W., BAKER L.

*Payment reform. Introduction*

Health Services Research, 2010, 45(6 Pt 2), pp. 1847-53

PICHON-RIVIERE A., AUGUSTOVSKI F., RUBINSTEIN A., MARTÍ S.G., SULLIVAN S.D., DRUMMOND M.F.

*Health technology assessment for resource allocation decisions: are key principles relevant for Latin America?*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(4), pp. 421-7

BOBINAC A., VAN EXEL N.J., RUTTEN F.F., BROUWER W.B.

*Willingness to pay for a quality-adjusted life-year: the individual perspective*

Value in Health, 2010, 13(8), pp. 1046-55

## ECONOMIA DEL FARMACO

FERRELLI R.M., NULVESU M.L., PROIETTI A., TOSIN M.L.

*Farmaco equivalente e spesa farmaceutica: un'esperienza di ricerca-azione qualitativa nella Azienda Usl di Viterbo*

Organizzazione sanitaria, 2010, 34(3), pp. 35-45

HOYLE M.

*Historical lifetimes of drugs in England: application to value of information and cost-effectiveness analyses*

Value in Health, 2010, 13(8), pp. 885-92

BARBIERI M., DRUMMOND M., RUTTEN F., COOK J., GLICK H.A., LIS J., REED S.D., SCULPHER M., SEVERENS J.L.

*What do international pharmacoeconomic guidelines say about economic data transferability?*

Value in Health, 2010, 13(8), pp. 1028-37

GRANLUND D.

*Price and welfare effects of a pharmaceutical substitution reform*

Journal of Health Economics, 2010, 29(6), pp. 856-865

## ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

HARRISON A.J., APPLEBY J.

*Optimising waiting: a view from the English National Health Service*

Health Economics, Policy and Law, 2010, 5(4), pp. 397-409

MOSSÈ P., OIRY E.

*De l'efficacité à l'effectivité. Vers un renouvellement de l'analyse des réformes du système français de soins? (From efficacy to effectivity. Renewing health care system reforms analysis?)*

Journal d'Economie Médicale, 2010, 28(3-4), pp. 141-158

FILC D.

*Circles of exclusion: obstacles in access to health care services in Israel*

International Journal of Health Services, 2010, 40(4), pp. 699-717

GALNARES-CORDERO L., GUTIÉRREZ-IBARLUZEA I.

*Information needs of health technology assessment units and agencies in Spain*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(4), pp. 463-9

BORKAN J., EATON C.B., NOVILLO-ORTIZ D., RIVERO CORTE P., JADAD A.R.

*Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system*

Health Affairs, 2010, 29(8), pp. 1432-1441

ØVRETVEIT J., HANSSON J., BROMMELS M.

*An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system*

Health Policy, 2010, 97(2-3), pp. 113-121

## PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

MAINHAGU S.

*Les soignants face à la flexibilité des effectifs (Health care professionals face to flexible staffing management)*

Journal d'Economie Medicale, 2010, 28(5), pp. 114-126

ZOPPIN L., LOMBARDO M., CORDONE A., DOTTI C., AUTIERI F., NANTE N.

*L'organizzazione dell'ospedale moderno. Studio di riorganizzazione dell'attività chirurgica dell'A.O. Ospedale civile di Legnano secondo il modello hub & spoke e per intensità di cura*

Organizzazione sanitaria, 2010, 34(3), pp. 5-34

VOS L., DÜCKERS M.L.A., WAGNER C., VAN MERODE G.G.

*Does case-mix based reimbursement stimulate the development of process-oriented care delivery?*

Health Policy, 2010, 98(1), pp. 74-80

CARLSON J.J., SULLIVAN S.D., GARRISON L.P., NEUMANN P.J., VEENSTRA D.L.

*Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers*

Health Policy, 2010, 96(3), pp. 179-190

## CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

TABAK Y.P., SUN X., DERBY K.G., KURTZ S.G., JOHANNES R.S.

*Development and validation of a disease-specific risk adjustment system using automated clinical data*

Health Services Research, 2010 Dec, 45(6 Pt 1), pp. 1815-35

FLORES ZUNIGA A.E., WIN K.T., SUSILO W.

*Functionalities of free and open electronic health record systems*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(4), pp. 382-9

## INNOVAZIONE TECNOLOGICA

JHA A.K., DESROCHES C.M., KRALOVEC P.D., JOSHI M.S.

*A progress report on electronic health records in U.S. hospitals*

Health Affairs, 2010, 29(10), pp. 1951-7

LAMBOOIJ M.S., ENGELFRIET P., WESTERT G.P.

*Diffusion of innovations in health care: does the structural context determine its direction?*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(4), pp. 415-20

## VALUTAZIONI ECONOMICHE

GLANVILLE J., PAISLEY S.

*Identifying economic evaluations for health technology assessment*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(4), pp. 436-40

PAISLEY S.

*Classification of evidence in decision-analytic models of cost-effectiveness: a content analysis of published reports*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2010, 26(4), pp. 458-62

CARO J.J., MÖLLER J., GETSIOS D.

*Discrete event simulation: the preferred technique for health economic evaluations?*

Value in health, 2010, 13(8), pp. 1056-60

ECKERMAN S., KARNON J., WILLAN A.R.

*The Value of Value of Information: Best Informing Research Design and Prioritization Using Current Methods*

Pharmacoeconomics, 2010, 28(9), pp. 699-709