

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 79 LUGLIO-SETTEMBRE 2011

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** L'alfabeto del Ssn - II parte
Elio Borgonovi

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 9** PDTA per la Chirurgia bariatrica: l'esperienza di sei centri italiani
P. Armeni, O. Ciani, R. Tarricone, I. Palla, F. Pierotti, G. Turchetti
- 23** Il sistema sanitario cinese. Struttura, problemi e cambiamenti
Manuela Bianco, Maria Michela Gianino
- 39** Rendicontazione sociale e apprendimento organizzativo: il bilancio sociale di mandato della Asl Roma E
P. Grasso, M. Goletti, A. Tanese, G. Gumirato, E. Di Filippo
- 57** Il decoupling nelle organizzazioni sanitarie: il caso dei dipartimenti ospedalieri italiani
Federica Morandi, Daniele Mascia, Americo Cicchetti
- 73** Il costo del debito nel project finance ospedaliero in Italia
Roberto Moro Visconti
- 87** Che cosa determina la variabilità nell'uso della diagnostica per immagini?
Sabina Nuti, Manuela Gussoni, Milena Vainieri
- 101** Il dipartimento e il governo clinico: le attese del top management delle aziende sanitarie
G. Sarchielli, G. De Plato, S. Albertini, F. Mongelli, I. Nonni, T. Marcacci
- 119** Le determinanti del comportamento organizzativo fra gli operatori sanitari. Evidenze da alcune Rsa toscane
Daria Sarti

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 137** Recensioni
- 141** Novità bibliografiche
- 145** 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

Anna Prenestini

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales



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 di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. 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, nel settore pubblico e nel privato.

Per realizzare la sua missione la rivista *Mecosan* 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 rilevante 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, dirigenti del S.s.n., consulenti e operatori della sanità.

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, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

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
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

ABBONAMENTI

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 2011 versare l'importo di € 345,00 mediante c.c.p. n. 72902000 intestato a SIPIS - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a SIPIS s.r.l. - Roma o bonifico bancario (Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM). Prezzo di una copia € 90,00

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del R.o.c. 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)

Società editrice: SIPIS - www.sipis.it

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

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

L'alfabeto del Ssn - II parte

ELIO BORGONOVÌ

Come annunciato nell'editoriale del numero precedente, si prosegue con l'esposizione dei concetti collegati alle lettere dell'alfabeto. La lettera D evoca condizioni purtroppo stabili del Ssn e ormai ben note anche ai cittadini comuni. Innanzitutto Disavanzo/Deficit, che si manifesta quando le spese di una Asl o di una Ao, di una Regione, dell'intero Ssn sono superiori alle entrate di parte corrente, ossia alle risorse messe a disposizione traendole dalle entrate fiscali o da tributi, sovrattasse o contributi regionali, dal prelievo di ticket e altre forme di compartecipazione alla spesa. L'analisi e l'interpretazione del Deficit/Disavanzo è fonte di una costante e mai sopita conflittualità tra chi deve finanziare e chi ha l'autonomia e la responsabilità della spesa. Le Asl e le Ao che presentano disavanzi di parte corrente in genere attribuiscono questo risultato alla inadeguatezza dei finanziamenti da parte delle Regioni che non terrebbero conto della complessità della casistica trattata, della tipologia della popolazione (distribuzione per classi di età, tassi di morbilità, ecc), caratteristiche del territorio (es. montuoso con località difficilmente raggiungibili) e dispersione della popolazione. Le Regioni in genere interpretano il manifestarsi di disavanzi come espressione di scarsa efficienza, di inadeguata professionalità della dirigenza, di assenza dei necessari interventi di razionalizzazione della rete di offerta. Analogamente, le Regioni in disavanzo cercano di attribuirne le cause alla inadeguatezza dei trasferimenti da parte dello Stato o all'adozione dei criteri di riparto giudicati «penalizzanti», oppure riconducono il disavanzo alla debolezza della struttura di offerta e alla conseguente mobilità esterna che causa il trasferimento di mezzi ad altre Regioni, senza ridurre i costi fissi nella Regione di origine. Lo Stato, da parte sua, interpreta i disavanzi delle Regioni come conseguenza di politiche inefficaci nel controllare una domanda superflua o l'inappropriatezza delle prestazioni, di ritardi con cui sono adottati provvedimenti di razionalizzazione del sistema di offerta (es. chiusura di piccoli ospedali che non hanno requisiti tecnici e organizzativi per garantire una soddisfacente qualità dei servizi, mancanza di strutture territoriali che potrebbero ridurre il tasso di ospedalizzazione), di mancanza di adeguati sistemi di programmazione e controllo della spesa. Una particolare considerazione riguarda il fatto che il Ssn è stato caratterizzato fin dalla sua prima istituzione dal fenomeno dei cosiddetti «disavanzi sommersi», ossia di disavanzi che si manifestavano a consuntivo pur in presenza di preventivi in equilibrio, o che addirittura venivano nascosti e contabilizzati in periodi successivi ricorrendo ad alcune «tecniche» contabili.

Collegato al Disavanzo è poi il fenomeno del Debito, che è costituito dalla somma dei disavanzi non coperti, anche se questo fenomeno formalmente non dovrebbe essere consentito. In parte il fenomeno è collegato all'esigenza di finanziare gli investimenti in nuovi ospedali, attrezzature e apparecchiature sanitarie, informatiche e di altro tipo. In presenza di vincoli sulla finanza pubblica, diventati sempre più rigidi dopo l'introduzione della moneta unica e delle regole stabilite dalla Ue, si è ridotta ancor più la capacità dello Stato di finanziare gli investimenti con trasferimenti in conto capitale alle Regioni. Queste, e a cascata le Asl e le Ao, hanno dovuto far fronte a esigenze di investimento e alla copertura dei disavanzi con operazioni di ricorso diretto all'indebitamento, di project financing, di cartolarizzazioni che hanno portato all'accumulo di un significativo ammontare di indebitamento che si aggiunge a quello dello Stato. La ricerca di disponibilità finanziarie immediate, rinviando al futuro gli impegni a copertura del rimborso del debito, è diventata una pratica che è sempre stata presente nel sistema di tutela della salute, ma si è ancor più generalizzata negli ultimi anni.

La combinazione di disavanzi, ammontari di debito che via via si sono accumulati nel tempo, permanenza di sistemi di offerta non razionalizzati, differenti livelli di efficienza, riflessi sulla gestione del Ssn di comportamenti politici guidati solo dall'obiettivo di ottenere consenso (per esempio, tramite assunzione di personale in eccesso rispetto alle esigenze o con professionalità inadeguate), infiltrazioni della malavita organizzata, rappresentano un complesso di fattori che hanno determinato la crescente Divaricazione tra le diverse Regioni e, all'interno di ognuna, tra le diverse Asl e Ao. Per Divaricazione si intende la faccia negativa di un fenomeno che ha (o potrebbe avere) anche una faccia positiva, rappresentata dalla Differenziazione. Quest'ultimo termine, infatti, sta a indicare che le Regioni, le Asl e le Ao sono in grado di adattare i propri interventi alle specifiche realtà, pur nel rispetto di normative comuni (nazionali nei confronti delle Regioni e regionali nei confronti delle Asl e Ao), delle stesse linee di indirizzo, di definizioni dei livelli di assistenza garantiti. Al contrario, per Divaricazione si intendono tendenze determinate dalla incapacità delle Regioni di mantenere la stessa velocità di sviluppo. La crescente Divaricazione significa anche la debolezza di sistemi che facilitino il trasferimento delle conoscenze (knowledge transfer). Troppo spesso molti responsabili delle politiche nazionali, tra i quali possono essere annoverati gli organismi (e le persone che in essi operano) che hanno imposto e controllano l'attuazione dei piani di rientro, hanno ritenuto che la Divaricazione potesse essere eliminata o ridotta tramite i cosiddetti finanziamenti di riequilibrio o gli obiettivi di eliminazione dei disavanzi finanziari (nel caso dei piani di rientro). Non sono sufficienti maggiori finanziamenti o vincoli più rigidi per invertire le tendenze delle Regioni, e all'interno di ognuna delle Asl e Ao, che presentano più elevati livelli di inefficienza, di sprechi, di inapproprietezza delle prestazioni, di inadeguata dotazione di strutture che potrebbero ridurre i costi. Sono necessari interventi contestuali per combattere situazioni di illegalità e di attività illecite costituite all'ombra della sanità, sviluppo di competenze manageriali e professionali, introduzione di innovazioni tecnologiche, organizzative, gestionali, adozione di strumenti di analisi costi / benefici di diverse tecnologie, nuovi modelli assistenziali e modalità di erogazione di servizi.

Coloro che leggono Mecosan, anche in modo non sistematico, probabilmente intuiscono quali siano i concetti ricollegabili alla lettera E. Innanzitutto la terna o triade di Efficacia, Efficienza, Economicità che qualifica il cosiddetto modello aziendale, su cui ritorneremo in un prossimo editoriale in occasione dei 20 anni della sua introduzione con il D.L.vo 502/902. Non si ritiene, quindi, opportuno soffermarsi ulteriormente su di esse. Meno costante è stata, in questi ultimi anni, l'attenzione rivolta all'Equità, anche se questo principio rappresenta un pilastro fondamentale di tutti i sistemi di copertura universale. Il termine Equità è stato molte volte fonte di equivoci o di interpretazioni inappropriate, in quanto considerato sinonimo di gratuità. L'Equità non può essere sinonimo di gratuità in un sistema con risorse limitate rispetto ai bisogni. Equità, infatti, significa che, in mancanza di un sistema di mercato privato (pagamento diretto delle prestazioni o assicurazioni private), nel quale la selezione dei bisogni e la definizione delle priorità è attribuita al reddito e alla capacità di spesa, occorre introdurre sistemi di controllo della domanda finalizzati a contenere l'emergere di domanda impropria o correlata a bisogni di minore entità per rendere disponibili risorse da destinare a bisogni di maggiore rilevanza per quanto riguarda il benessere fisico, psichico, spirituale delle persone (a volte addirittura riguardanti situazioni di vita o di morte) o che comportano costi difficilmente sostenibili dai privati (per esempio, cronicità severe, malattie rare o molto rare con elevatissimi costi di trattamento). Un sistema è equo quando è in grado di garantire equivalenti opportunità a persone o gruppi di persone con problematiche di salute tra loro differenti. Questa considerazione toglie (o riduce gli) argomenti a tutti coloro che criticano i sistemi sanitari nazionali o i sistemi a copertura universale affermando che «non è possibile garantire tutto a tutti o garantire livelli elevati di tutela a tutti nello stesso modo», poiché questo, come si è scritto, non esprime nemmeno il principio di equità. Un sistema equo consente di dare servizi di assistenza in rapporto al bisogno di ognuno, chiedendo di contribuire con i tributi sulla base del principio della capacità contributiva e chiedendo contributi «ad-

dizionali» per alcune prestazioni (ticket e altre forme di compartecipazione) solo a chi, da questo ulteriore sforzo, non vede messo in discussione il proprio benessere economico.

La complessità dei moderni sistemi di tutela della salute, che è aumentata non solo a seguito del progresso scientifico e tecnologico, ma anche della maggiore rapidità con cui si modificano le attese e i comportamenti delle persone nei riguardi della propria salute – conseguente anche a una maggiore diffusione di informazioni non sempre attendibili e rilevanti (internet) e a più elevati livelli di incertezza sul futuro – può essere affrontata da persone che, ai diversi livelli decisionali e operativi, sono in grado di coniugare la professionalità con un elevato Equilibrio. Equilibrio nel valutare i vantaggi e i possibili rischi/limiti di diverse possibilità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione. Equilibrio nel valutare la convenienza (in senso lato, che include qualità dell'assistenza, costi, spesa totale) di breve e di lungo periodo. Equilibrio con riguardo al peso da dare alle competenze scientifiche e tecnico-professionali e alle competenze manageriali nei diversi ruoli organizzativi. Equilibrio nel definire in modo realistico modelli assistenziali che privilegino la centralità dell'ospedale o la centralità di strutture e di servizi sul territorio. Equilibrio nell'introdurre modelli organizzativi basati sulla specializzazione delle conoscenze medico-scientifiche (medicina, ortopedia, chirurgia, cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.) o sulla intensità di cura. Equilibrio nel definire forme di assistenza centrate sul trattamento delle specifiche situazioni del paziente, tipiche per il trattamento delle patologie acute o fondate sulla continuità assistenziale nel caso di lungodegenza post trattamenti delle fasi acute e per la cronicità. Equilibrio nello stabilire tempi e interventi per i piani di rientro, poiché «cure troppo drastiche in termini finanziari» potrebbero determinare effetti perversi sul piano della qualità dell'assistenza (effetti del tipo «l'operazione è riuscita ma il paziente è morto»). Equilibrio nel perseguire politiche di razionalizzazione e di sviluppo. Equilibrio nel realizzare interventi di contenimento della spesa totale, che deve incidere soprattutto sulla spesa corrente inappropriata, senza penalizzare spesa corrente appropriata e produttiva e spesa per investimenti.

Non va, peraltro, dimenticato che è sempre più difficile cercare e, soprattutto, individuare e decidere politiche e interventi equilibrati in un mondo caratterizzato dalla grande Eterogeneità presente nella società moderna. Al contrario di quanto teorizzato solo alcuni decenni fa, da chi credeva che la diffusione delle informazioni attraverso i media, la più elevata mobilità e possibilità di interscambio avrebbero portato alla diffusione di valori e soprattutto comportamenti più omogenei, l'evoluzione della società ha seguito due differenti direttrici: maggiore omogeneità per quanto riguarda alcuni beni di consumo di carattere materiale e crescente eterogeneità per quanto riguarda i bisogni di ordine superiore, tra i quali sicuramente va inclusa la percezione dello stato di salute. Nella società eterogenea si creano molto facilmente maggioranze contro qualcosa (contro le leggi esistenti, i provvedimenti di risanamento della finanza pubblica, le scelte urbanistiche, quelle riguardanti la localizzazione di parchi, scuole, chiusura al traffico di centri storici, introduzione di ticket sanitari, riconversione di ospedali in strutture per non autosufficienti o in poliambulatori specialistici spesso interpretate come «chiusure», ecc.) mentre è sempre più difficile realizzare maggioranze a favore di qualcosa. Situazione questa più accentuata in Italia rispetto ad altri Paesi e che forse è uno dei motivi fondamentali per cui nel nostro Paese è più difficile che in altri proporre e realizzare effettivamente riforme più o meno strutturali. La sfida di trovare e far accettare soluzioni equilibrate in una società eterogenea può essere vinta da persone non solo dotate di elevata professionalità e di sincera etica e senso delle istituzioni, ma da persone anche sapienti che, secondo l'etimologia del termine (in latino «sapere»), sono in grado di «dare gusto alle scelte».

Uno degli strumenti per perseguire l'Equità, l'Equilibrio, il rispetto delle differenze, l'eliminazione di divaricazioni dovute a scarsa qualità dei politici e a inefficienze delle amministrazioni è senza alcun dubbio il Federalismo. Anche questo tema è già stato trattato in almeno due editoriali di Mecosan («Verso il federalismo fiscale», n. 67, 2008; «Finalità del federalismo fiscale», n. 70, 2009) e in numerosi articoli, ma è opportuno riproporre ulte-

rioni considerazioni. Il Federalismo è stato considerato come modello istituzionale finalizzato a responsabilizzare le Regioni sull'efficiente uso delle risorse. Infatti, tema centrale, che è all'ordine del giorno del confronto Regioni-Governo, è quello della definizione dei costi standard e dei livelli standard di qualità. Tuttavia, non si sottolineerà mai a sufficienza che il Federalismo, per essere tale, deve essere solidale e che la solidarietà orizzontale (tra Regioni) o verticale (attuata in sede di allocazione da parte dello Stato del FSN) non si limita al riequilibrio di tipo finanziario. Il Federalismo solidale si realizza dando concreta attuazione ai principi enunciati anche dal nuovo Presidente del Consiglio Mario Monti nella presentazione del suo programma al Parlamento, ossia coniugando rigore, solidarietà, crescita. Se tutto, e si sottolinea tutto, il Paese sarà in grado di intraprendere una nuova fase di sviluppo, una specie di «terzo miracolo economico» dopo quello di fine '800 e del secondo dopoguerra, vi saranno maggiori risorse anche per il sistema di tutela della salute. Inoltre, potranno essere sostenuti interventi che riducano la divaricazione fra diverse Regioni in termini di qualità dell'assistenza in rapporto alla spesa. Nella società post industriale nella quale si moltiplicano le iniziative per definire indicatori di benessere integrativi del Pil, le dinamiche dell'economia sono sempre più influenzate da fattori sovranazionali (per esempio, il ruolo della Banca centrale europea e del Fondo monetario internazionale, gli investimenti dei fondi sovrani e le operazioni finanziarie di tipo più o meno speculativo), mentre i livelli di salute (attese di vita alla nascita, tassi di mortalità neonatale e infantile, tassi di morbilità, accessibilità ai servizi, appropriatezza delle prestazioni, ecc.) sono sempre più collegati alle politiche infranazionali, alla cosiddetta dimensione locale. Un Federalismo sostenibile e solidale rappresenta, quindi, la capacità di coniugare dimensione globale e dimensione locale, salvaguardando l'apertura delle nazioni ed evitando antistoriche politiche di chiusura, quali sono dazi doganali e altre misure per quanto riguarda la mobilità di merci e servizi. Un Federalismo capace di «non lasciare indietro» nessuna Regione diffonderebbe anche nel nostro Paese una cultura del riconoscimento della responsabilità e del merito, che ne rafforzi l'attitudine e la capacità a seguire altri Paesi ritenuti, a ragione o a torto, più attenti al principio del rigore e della crescita.

A sua volta il termine Fiducia è diventato ricorrente negli anni della crisi economica e sociale che ha coinvolto soprattutto i Paesi occidentali. Anche riguardo a questo termine, si è avuta occasione di scrivere in precedenza su questa Rivista («La mancanza di fiducia, male oscuro (non troppo) della sanità», n. 59, 2006; «Fiducia, parola magica», n. 74, 2010). Si ritiene peraltro di poter aggiungere che, oltre alla Fiducia negli altri (pazienti nei confronti dei medici, medici nei confronti dei manager, manager nei confronti di chi adotta le politiche di salute regionali e nazionali, Ministero dell'Economia e della finanza e Ministero della salute nei confronti delle Regioni e delle Asl, mercati finanziari nei confronti del nostro Paese), è indispensabile recuperare una forte Fiducia in se stessi. Essa è indispensabile per uscire da una logica di «assistenzialismo passivo» (di chi si affida all'aiuto di altri) o di «assistenzialismo rivendicativo» (di chi si aspetta interventi riparativi di presunti torti subiti nella storia più o meno recente) per assumere una logica di promozione di se stessi. Pazienti fiduciosi nel fatto che il proprio impegno e il rigoroso rispetto di comportamenti alimentari (prevenzioni), di diagnosi precoce, di rispetto delle terapie (cosiddetta compliance del paziente), aiutano i medici e gli altri professionisti. Pazienti fiduciosi in se stessi possono chiedere ai medici e ad altri operatori più corrette informazioni sul proprio stato di salute, senza un atteggiamento critico, o a volte anche ostile, che fa scattare comportamenti di medicina preventiva o di chiusura dei professionisti della salute. Fiducia in se stessi di medici, infermieri e altri professionisti induce ad accettare strumenti quali la programmazione delle attività, budget, verifica della qualità, analisi dei costi, come strumenti utili per conoscere meglio le conseguenze economiche delle proprie scelte e dei metodi assistenziali e non come vincolo o obbligo «burocratico» imposto dai manager. Fiducia in se stessi consente ai manager di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere di porsi nella prospettiva di chi cerca, e in genere trova, soluzioni in grado di adattare politiche nazionali e regionali alle specificità locali, anche quando queste possano sembrare in prima istanza penalizzanti. Fiducia del Ministero

dell'economia e finanza e del Ministero della salute nei confronti di Regioni, «più responsabili e più responsabilizzate con riguardo ai risultati», favorirebbe l'assunzione di politiche e di interventi maggiormente rispettosi dell'autonomia istituzionale, organizzativa e operativa, di cui le Regioni vanno fiere. Fiducia del Paese nella capacità di risolvere autonomamente i problemi della propria crescita e dell'elevato debito aumenterebbe probabilmente la Fiducia dei mercati finanziari e aiuterebbe il Paese a uscire dalla situazione di «commissariamento» da parte della Ue e del FMI. Tuttavia, seguendo la saggezza del detto popolare secondo cui «la fede si dà a Dio, mentre la fiducia si dà agli uomini, salvo verifica», occorre meritare la fiducia ed essere disposti ad accettare le verifiche in modo trasparente. Perseguire il Federalismo attraverso la diffusione e il consolidamento di un clima di Fiducia tra le forze politiche, tra le istituzioni (stato centrale, regioni, enti locali), tra i diversi gruppi professionali nell'ambito della sanità, tra i cittadini-pazienti (per quanto riguarda servizi per salute) e amministrazioni pubbliche o istituzioni private che erogano servizi. Ma la Fiducia non può essere generata solo da dichiarazioni di intenti e di buona volontà. Essa richiede molta Fatica nel cambiare i propri atteggiamenti e i propri comportamenti, nel cercare di capire le reali esigenze di altri interlocutori e del sistema di tutela della salute. Fatica nell'interagire con gli enti locali. Fatica nel presentare in modo trasparente alle popolazioni locali i progetti di riconversione di ospedali, di parziale accentramento delle attività di ricovero in ospedali dotati di tecnologie d'avanguardia e in grado di trattare i problemi di salute garantendo la migliore qualità e la sicurezza dei pazienti, con decentramento di servizi diagnostici e post-degenza sul territorio. Fatica nel rispondere a vincoli finanziari non con riduzione della quantità di servizi, ma addirittura perseguendo miglioramenti consentiti da una migliore organizzazione e da una più elevata responsabilizzazione e motivazione delle persone. Fatica nel ricercare forme di collaborazione tra amministrazioni centrali e Regioni e tra Regioni e aziende sanitarie che, nel rispetto delle reciproche competenze, siano in grado di superare logiche di contrapposizione a volte preconcepite. Fatica nel passare da logiche di government di sistema (lo Stato impone leggi, piani, piani di rientro, piani sanitari alle Regioni, le Regioni impongono modelli organizzativi, strategie, vincoli di bilancio alle aziende sanitarie territoriali e alle aziende ospedaliere) e di gerarchia organizzativa all'interno delle aziende (i direttori generali impongono soluzioni ai direttori di dipartimento, che a loro volta impongono soluzioni ai direttori di unità organizzative semplici e complesse, che a loro volta impongono modelli operativi alle persone afferenti alle loro unità) a logiche di governance di sistema e di governance organizzativa, che significa orientamento verso un obiettivo unitario di soggetti istituzionali e di persone di cui viene riconosciuta concretamente l'autonomia.

La governance di sistemi complessi e la possibilità di ricostituire una situazione sociale, istituzionale e politica nella quale le scelte strategiche e quelle operative si basino sulla Fiducia, non può essere demandata a soluzioni razionali e a tecniche professionali, manageriali e policy making sofisticate. Essa richiede uno sforzo di Fantasia sul piano economico, istituzionale e sociale. In società con un futuro sempre più incerto e imprevedibile, la Fantasia ha una rilevanza non marginale nel contribuire a recuperare quella progettualità che può motivare le persone disposte al cambiamento e a ricreare una speranza per il futuro.

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**.

PDTA per la Chirurgia bariatrica: l'esperienza di sei centri italiani

P. ARMENI, O. CIANI, R. TARRICONE, I. PALLA, F. PIEROTTI, G. TURCHETTI

The prevalence ratio of obese people in Italy is lower than in other European countries, notwithstanding the forecasts about its growth in the next years are of great concern both for clinicians and healthcare administrators. The educational approach and the diet are the first answer for this problem, however therapy could include surgery for subjects with a history of repeated diet failures and comorbidities. This work aims at describe and analyze the clinical pathway of the obese patient who undergoes bariatric surgery (gastric banding, sleeve gastrectomy, gastric by-pass), from the first specialist examination to follow up. The study considers the experiences of six Italian Hospital, in Lombardy and in Tuscany, thus allowing a comparison among different pathways for the management of the same surgical treatment.

Keywords: process management, bariatric surgery, obesity

Parole chiave: gestione per processi in sanità, chirurgia bariatrica, obesità

Note sugli autori

Patrizio Armeni, Oriana Ciani, Rosanna Tarricone, CER GAS - Università Commerciale L. Bocconi
Ilaria Palla, Francesca Pierotti, Giuseppe Turchetti, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Attribuzione

Il lavoro è frutto del contributo congiunto degli autori, in particolare si attribuiscono a O. Ciani il § 1, a P. Armeni, O. Ciani, I. Palla e F. Pierotti i §§ 2 e 3, a R. Tarricone e G. Turchetti il § 4

1. Introduzione

Negli ultimi decenni il fenomeno obesità è cresciuto a ritmi allarmanti, sia nei Paesi occidentali sia in quelli in via di sviluppo, tanto da portare a coniare l'espressione «globesity». Il neologismo sta a sottolineare le proporzioni di epidemia globale assunte da una condizione cronica caratterizzata da eccessivo peso corporeo, dovuto ad accumulo di tessuto adiposo, tale da influire negativamente sullo stato di salute, sulla qualità e sulla speranza di vita dei soggetti obesi (OMS, 1998). La diagnosi di obesità è associata a un indicatore antropometrico derivato, l'indice di massa corporea (IMC o BMI, *Body Mass Index*), calcolato come rapporto tra peso e quadrato dell'altezza. Secondo l'OMS, valori di BMI ≥ 30 Kg/m² sono indicativi di una condizione di obesità, ulteriormente distinta in obesità di I grado (30-34,9 Kg/m²), II grado (35-39,9 Kg/m²) o III grado (≥ 40 Kg/m²) (OMS, 1998).

Da un punto di vista socio-economico alcuni studi mostrano un'elevata correlazione tra tasso di obesità e condizioni socio-economiche svantaggiate, tra eccesso di peso e bassi livelli d'istruzione (Istituto Auxologico, 2007), nonché un aggravio della spesa sanitaria (farmaceutica, diagnostica, ricoveri ospedalieri) dovuta a questa patologia e alle malattie a essa correlate (Reidpath *et al.*, 2002; Fry *et al.*, 2005; Müller-Riemenschneider *et al.*, 2008).

L'Italia è ai livelli più bassi in Europa per tasso di prevalenza dell'obesità negli adulti (≥ 18 anni),¹ ma la quota di obesi è in crescita: nel 2009 il 10,2% della popolazione italiana adulta, circa 5 milioni di persone, risultava obesa; nel 2001 la stessa percentuale era pari a 8,5% (Istat, 2010).

La modifica dello stile di vita, della dieta e l'incremento dell'attività fisica, dunque

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Metodi, strumenti e fasi della ricerca
3. L'organizzazione dei PDTA nelle sei aziende
4. Riflessioni conclusive

l'approccio educativo-comportamentale, sono la prima risposta consigliata al problema (OMS, 2007). Nei soggetti con familiarità e con una lunga storia di fallimenti dietologici, la terapia evolve in cure medico-farmacologiche e, in caso di fallimento di un corretto trattamento medico, può richiedere un trattamento chirurgico (Sicob, Società italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche, 2008).

La chirurgia dell'obesità, o chirurgia bariatrica, è una branca, relativamente giovane, della chirurgia generale, che comprende metodiche che limitano l'introduzione del cibo a livello gastro-intestinale (restrittive) e/o l'assorbimento di energia (malassorbitive). Le più comuni tecniche chirurgiche adoperate dai professionisti del settore sono: bendaggio gastrico regolabile, *sleeve gastrectomy*, *by-pass* gastrico, diversione bilio-pancreatica (Scopinaro, 2006).

In Italia, nel 2008, i ricoveri riconducibili a questo tipo di interventi (Drg 288, Drg 292) sono stati più di 9500, il 12% in più rispetto al 2005, con un incremento considerevole soprattutto nelle regioni più piccole e relativamente al Drg 288 (Dati Sdo).²

In un contesto di sempre maggiore attenzione alla spesa pubblica e, in particolare, alla spesa sanitaria, il ricorso a nuove procedure terapeutiche per una patologia che interessa una percentuale non trascurabile, e per di più in crescita, della popolazione italiana dovrebbe essere attentamente valutato. La comparazione di costi e benefici legata all'approccio chirurgico per la cura dell'obesità, secondo il modello di analisi costo-efficacia o costo-utilità, non è assente in letteratura. Una recente revisione sistematica sul tema ha evidenziato come, nel lungo periodo, la chirurgia bariatrica garantisca un rapporto incrementale costo-utilità (ICUR) compreso tra 1,000-40,000 dollari³ per QALY (*quality-adjusted-life-year*) rispetto al trattamento non chirurgico (Padwal *et al.*, 2011). I dati disponibili, tuttavia, andrebbero integrati con osservazioni che tengano in considerazione anche effetti sulla mortalità e sul grande ventaglio di comorbidità legate all'obesità. Tale evidenza è basata su studi prevalentemente americani, non del tutto generalizzabile, quindi, al contesto italiano rispetto al quale è disponibile un solo studio, in cui dati di consumo di risorse e costi re-

lativi a una sottopopolazione di pazienti con diabete di tipo 2 sono applicati a un modello di costo-efficacia sviluppato in un lavoro precedente (Anselmino *et al.*, 2009).

Alla luce di questi elementi, i ricercatori del CERGAS Università Bocconi e dell'Istituto di management della Scuola superiore Sant'Anna hanno inteso valutare la costo-efficacia di alcune tecniche di chirurgia bariatrica attualmente praticate nel nostro Paese, attraverso uno studio di valutazione economica del paziente obeso trattato chirurgicamente in Italia.

Circa 300 pazienti sono stati reclutati per lo studio (osservazionale prospettico) tra gennaio e dicembre 2010 e saranno seguiti per un periodo di 2 anni a partire dalla data dell'intervento. Un *case report form* (CRF), implementato su piattaforma informatica, disegnato dal *team* di ricerca, permetterà di raccogliere informazioni sull'efficacia clinica del trattamento in termini di riduzione del peso corporeo, di BMI e di impatto sulla qualità della vita, valutata secondo il questionario SF-36 nella fase preoperatoria e a ogni *follow up*. Al contempo, saranno determinate e valorizzate, per ogni paziente, le risorse sanitarie e non sanitarie assorbite e le perdite di produttività con l'obiettivo di valutare la costo-utilità delle più diffuse tecniche di chirurgia bariatrica nel nostro Paese rispetto alla terapia non chirurgica.

Nell'ambito di questo progetto di valutazione economica si iscrive l'obiettivo di questo lavoro di ricostruzione e di analisi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente obeso trattato chirurgicamente – mediante le procedure di bendaggio gastrico, *sleeve gastrectomy* e *by-pass gastrico* – presso sei Centri di eccellenza italiani. Si tratta di uno studio propedeutico alla valutazione di un eventuale impatto dei diversi assetti organizzativi sugli *outcome* clinici e sulla dimensione economica, in quanto permetterà di introdurre come covariate di analisi aspetti quali durata e intensità del percorso di cura. Esso fornisce altresì ai clinici, agli amministratori regionali e aziendali lo spunto per riflettere sulla ricerca di una maggiore omogeneità nel disegno organizzativo dei percorsi di gestione di pazienti affetti da patologie complesse. Una maggiore omogeneità, infatti, pur nelle specificità e nei vincoli che ciascuna singola struttura presenta,

potrebbe consentire di mettere a fattor comune le pratiche migliori e favorire processi di *benchmarking* finalizzati al miglioramento continuo della gestione dei pazienti.

Nei paragrafi successivi saranno illustrate la metodologia seguita, i risultati del processo di ricostruzione dei PDTA e alcune riflessioni sul confronto tra i diversi percorsi aziendali e tra i modelli adottati dalle due Regioni per la gestione dello stesso trattamento chirurgico.

2. Metodi, strumenti e fasi della ricerca

2.1. Gestione per processi in sanità, inquadramento metodologico

L'analisi delle azioni e delle risorse, delle scelte assistenziali e organizzative che costituiscono la funzione di produzione associata agli interventi chirurgici considerati nelle strutture partecipanti allo studio permette di comprendere sia i fattori determinanti la variabilità *ex-ante* del costo delle procedure tra i Centri, sia il differente *mix* di offerta di ogni Centro, potenzialmente in grado di fornire ulteriori elementi interpretativi circa la variabilità degli *outcome*.

L'analisi dei PDTA è stata condotta con la metodologia propria dell'analisi legata alla gestione per processi in ambito sanitario.

L'approccio per processi, sviluppato inizialmente per il settore industriale manifatturiero, parte dall'identificazione di insiemi di attività tra loro coordinati che concorrono alla produzione di un risultato intermedio della gestione e che, opportunamente combinati, contribuiscono alla realizzazione del prodotto finito dell'attività dell'azienda. Porter (1985) classificava i processi secondo due categorie principali, ossia processi primari, *core*, che hanno per destinatari i soggetti esterni all'azienda, responsabili della produzione di beni e servizi; e processi secondari, *di supporto*, che hanno per destinatari i soggetti interni all'azienda e sono finalizzati allo svolgimento dei processi primari (Baraghini *et al.*, 2006). Lega (2001) fornisce una ulteriore differenziazione in tre tipologie di processi: processi primari clinico-assistenziali che hanno come *output* finale la risoluzione del problema di salute; processi sanitari di supporto, ossia attività cliniche che non producono un risultato di salute ma sono funzio-

nali al processo primario; processi amministrativi di supporto, attività amministrative necessarie per lo svolgimento dei processi primari e che non vedono coinvolto direttamente il paziente.

Il processo è inteso come «*insieme organizzato di attività legate da interdipendenze tecniche sequenziali o reciproche alimentate da input e finalizzate al raggiungimento di uno o più output utili al cliente interno/esterno*». Questo tipo di approccio permette di focalizzare l'attenzione sull'*output* specifico di un'organizzazione sanitaria e quindi sulla gestione di un problema di salute; di identificare le responsabilità di processo; di sviluppare capacità di analisi dei fenomeni gestionali secondo un'ottica trasversale per garantire il miglior risultato possibile al paziente in una logica di continuità assistenziale. Raramente il processo relativo alla diagnosi e al trattamento di un problema di salute in una organizzazione sanitaria è trattato da un solo professionista o da professionisti di una sola disciplina; per lo più vi contribuiscono più professionisti della stessa disciplina, più discipline, più categorie professionali, più unità organizzative e talvolta anche più organizzazioni (Kaplan, Murdock, 1991).

La gestione per processi consente di analizzare le modalità attraverso le quali è gestito il paziente e il suo percorso attraverso quattro fasi principali: analisi, progettazione, cambiamento e monitoraggio.

Il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale «è uno strumento di management sanitario che contiene la sequenza spaziale e temporale delle attività da svolgere, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione» (Casati, Vichi, 2002). Le peculiarità del PDTA possono essere così riassunte:

- rappresenta la sequenza spaziale e temporale delle attività che devono essere svolte da professionisti diversi per dare la migliore risposta assistenziale al paziente;
- è definito per un determinato processo sanitario correlato a uno specifico problema di salute/patologia;
- è il risultato dello sforzo organizzativo per garantire il processo di cura;

- traspone il modello di risposta sanitaria delle prestazioni in modello integrato di presa in carico del paziente;
- interessa diversi sistemi operativi aziendali;
- è contingente, legato al patrimonio professionale, all'ambiente organizzativo, allo sviluppo dei sistemi operativi in azienda (Tozzi, 2004).

Il percorso del paziente rappresenta, dunque, uno strumento in grado di mettere il paziente al centro delle attività sanitarie; le sue finalità sono rivolte a focalizzare l'attenzione sui risultati di processo, a ridisegnare il sistema delle responsabilità aziendali, a porre maggiore attenzione alla misurazione e alla valutazione degli *output* sanitari e ad avviare il ciclo di miglioramento continuo dei risultati (Casati, 2002).

La diffusione di strumenti gestionali riconducibili alla logica dei PDTA è in continua crescita presso molte aziende sanitarie e ospedaliere italiane, anche a seguito della legittimazione nei riferimenti normativi nazionali e regionali⁴ come modalità di risposta integrata al processo di cura di numerose patologie complesse. In alcune

realità regionali, alcuni PDTA sono stati formalizzati come percorsi di diagnosi e cura, al fine di promuovere una gestione coordinata e strutturata del paziente affetto da patologie specifiche. Un'importanza particolare è assunta dai PDTA nella gestione delle patologie croniche con un forte impatto psicologico e sociale, ovvero laddove l'integrazione tra strutture ospedaliere e assistenza territoriale assume rilievo più critico.

2.2. Fasi della ricerca

L'analisi organizzativa del PDTA si articola in tre fasi principali:

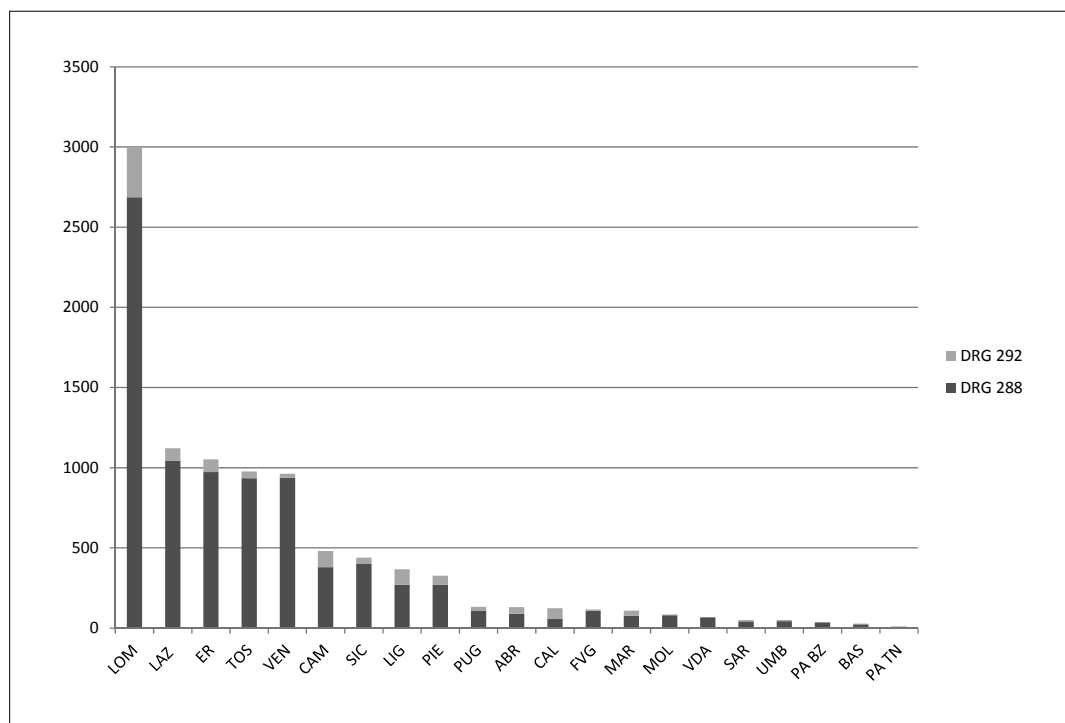
- 1) selezione dei Centri e delle procedure;
- 2) l'analisi dei documenti organizzativi e non, prodotti dai Centri;
- 3) la ricostruzione, tramite intervista semi-strutturata, del PDTA.

Le Regioni selezionate per questo studio sono Lombardia e Toscana, che coprono più del 40% dei ricoveri riconducibili a trattamenti chirurgici per l'obesità (dati SDO, 2008) (figura 1).

Figura 1

Ripartizione regionale Drg 288 e Drg 292, anno 2008

Fonte: dati Sdo



L'analisi del Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale è stato realizzato presso tre Centri lombardi e tre Centri toscani particolarmente attivi sul fronte della chirurgia bariatrica: Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano, Ospedale Fornaroli di Legnano (presidio di Magenta), Irccs Multimedica di Sesto San Giovanni, Azienda ospedaliero-universitaria pisana, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi (Firenze) e Casa di cura Leonardo (Sovigliana Vinci, Empoli).

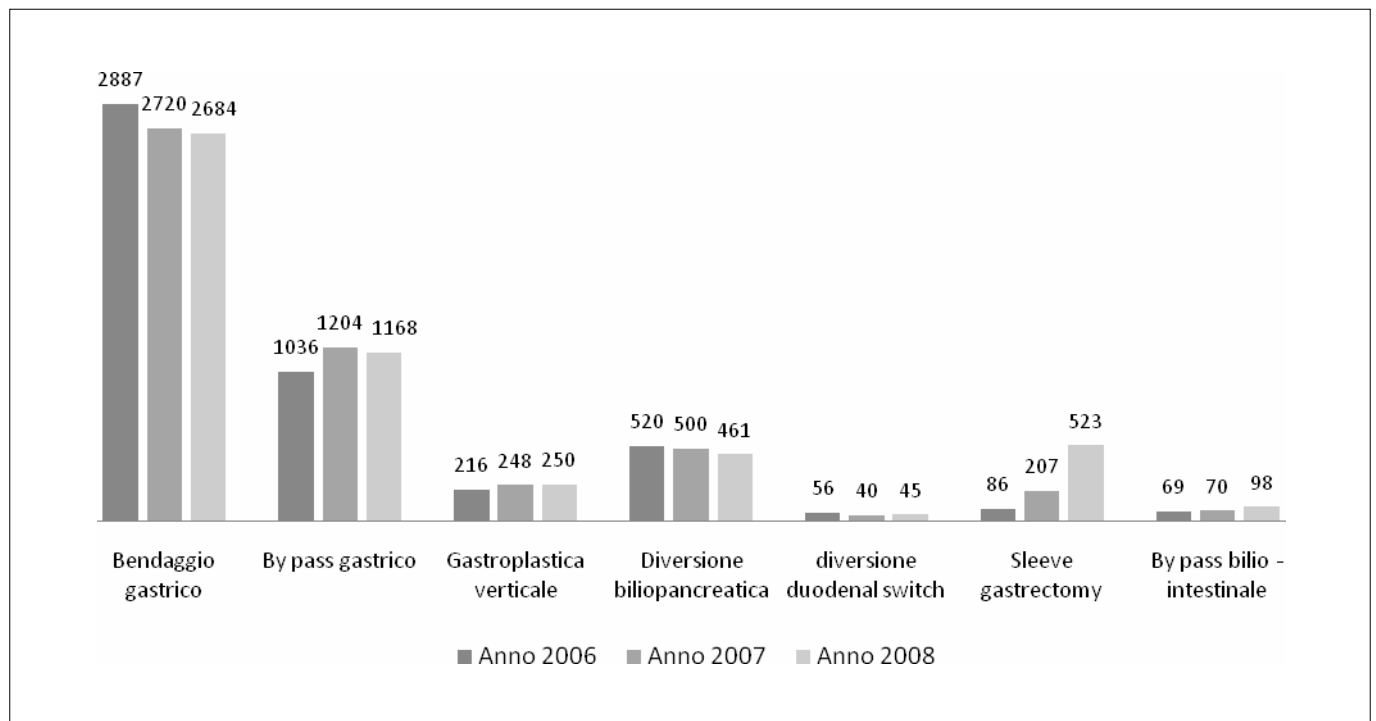
In ciascun Centro è stato formato un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da professionisti coinvolti nelle varie attività di ricostruzione del PDTA del paziente.

I Centri coinvolti nello studio sono eterogenei dal punto di vista istituzionale e includono sia strutture pubbliche che private convenzionate con il Ssn (Casa di cura Leonardo, Irccs Multimedica). Anche i livelli di attività sono diversi: sono stati selezionati Centri di primo livello, con attività continuativa non inferiore a 40 interventi annui, e Centri di riferimento, con attività annua non inferiore a 80 interventi, secondo le soglie indicate nelle linee-guida della società scientifica di riferimento (Sicob, 2008).

La scelta delle procedure chirurgiche da considerare – bendaggio gastrico, *by-pass* gastrico e *sleeve gastrectomy* effettuate con procedura laparoscopica – è basata sulla frequenza di utilizzo osservata in Italia nell'anno 2008 (figura 2).

Dai colloqui con i gruppi di lavoro clinici è emerso, inoltre, che, in alcuni casi, i professionisti optano per l'impianto di un pallone intragastrico (BIB). Tale procedura non consiste in un intervento chirurgico, ma può rappresentare un'opzione all'interno del PDTA. Il posizionamento del pallone intragastrico per la cura dell'obesità patologica appartiene al gruppo degli interventi restrittivi e consiste nel posizionamento, con metodo endoscopico, di un dispositivo intragastrico temporaneo. Le indicazioni per l'inserimento del pallone intragastrico includono la necessità (i) di rapido dimagrimento in preparazione all'intervento chirurgico (ortopedico, cardiocirurgico, generale, bariatrico, ecc.) per riduzione del rischio anestesilogico o del carico articolare degli arti inferiori o (ii) di un test preoperatorio per verificare l'indicazione al tipo di intervento bariatrico da effettuare (in questo caso si parla di BIB test). La differenza fondamentale tra il trattamento

Figura 2
Numero di interventi per procedura in Italia, anni 2006-2008
Fonte: Sicob, 2010



chirurgico tradizionale e il trattamento endoscopico (a parte l'ovvia differenza di accesso) sta nel periodo di trattamento che, nei casi di interventi chirurgici, è di lunga durata, o addirittura indefinito, mentre nei casi di trattamento endoscopico è limitato a cicli di 6 mesi ripetibili una volta fino a un massimo di 12 mesi. Una volta rimosso il dispositivo intragastrico, il paziente ritorna nelle condizioni anatomiche e fisiologiche precedenti l'intervento ed è pertanto esposto a un rapido recupero del peso corporeo originale qualora non sia rispettato il regime dietetico post-operatorio.

2.3. Analisi documentale

Allo scopo di avviare l'analisi delle differenze più significative nelle scelte di organizzazione e modelli assistenziali sviluppati per il medesimo processo e pianificare l'intervista con i gruppi di lavoro – metodologia principale della ricostruzione dei PDTA presso i sei Centri –, è stato chiesto ai *team* aziendali se avessero messo a punto dei materiali sul tema. Ciascuna struttura ha predisposto una guida alla rieducazione alimentare per i pazienti operati, consegnata al momento della dimissione. Alcuni Centri hanno redatto linee-guida interne, *report* della casistica, delle risorse strumentali, umane e strutturali disponibili presso le Unità per la cura dell'obesità.

2.4. Interviste semi-strutturate

Sulla base dell'analisi documentale è stato realizzato un questionario semi-strutturato da sottoporre ai gruppi di lavoro costituiti presso i Centri di cura. Lo scopo delle interviste è stato quello di individuare le azioni e le risorse che ogni Centro ha predisposto per la valutazione e il trattamento dei pazienti. L'intervista, condotta dal *team* di ricerca universitario situato nella regione di appartenenza del Centro, è suddivisa in cinque sezioni che ripercorrono cronologicamente le fasi del percorso assistenziale del paziente (**tabella 1**). Le interviste sono state registrate con il consenso degli intervistati, trascritte e validate dai vari gruppi di lavoro.

2.5. La mappatura dei percorsi

Le informazioni fornite dai professionisti sono sintetizzate mediante uno strumento di analisi qualitativa che consente di mappare la sequenza logico-temporale delle attività di scelta dell'intervento, trattamento e *follow up* del processo sanitario indagato. Tale strumento è denominato «mappa degli episodi». Essa consiste in una matrice composta da luoghi organizzativi dell'assistenza (le unità operative ospedaliere) *in colonna*, *step* intermedi del percorso o segmenti dell'*outcome* complessivo (gli episodi clinici) *in riga*. Sull'intersezione di righe e colonne è

Tabella 1

Struttura del questionario semi-strutturato somministrato ai gruppi di lavoro

Sezione 1 - Eleggibilità e scelta dell'intervento

Nel Suo Centro, i criteri di presa in carico per la chirurgia bariatrica corrispondono, nella pratica, a quanto consigliato dalle linee guida della S.I.C.O.B.?

Nel caso il Suo Centro segua criteri, anche parzialmente, differenti, da cosa è motivata tale scelta?

In cosa si differenzia il Suo Centro rispetto alle indicazioni della Società Scientifica?

Sulla base di quali criteri viene scelto il tipo d'intervento?

Sezione 2 - Tempi

Quanto tempo intercorre, mediamente, tra la data in cui viene deciso di operare il paziente e il giorno del ricovero per l'intervento, tenendo conto della lista d'attesa?

Nell'ipotetica assenza di una lista di attesa, qual è il tempo minimo che può intercorrere tra decisione di operare e il ricovero per l'intervento?

– *Bypass* Gastrico

– *By-pass* Gastrico

– *Sleeve Gastrectomy*

Vi sono dei casi in cui i tempi vengono accorciati?

Se sì, quali?

segue **Tabella 1**

Struttura del questionario semi-strutturato somministrato ai gruppi di lavoro

Sezione 3 - Fase di *work-up* pre-operatorio

Il percorso seguito dal paziente varia in funzione dell'intervento scelto?

Se sì, in cosa si differenziano i vari percorsi?

Sono generalmente previsti accessi in DH prima dell'intervento?

Se sì, quali visite e/o esami sono previsti in DH?

Sono previsti ricoveri intermedi prima del ricovero per l'intervento?

Se sì, quali visite e/o esami sono previsti in regime di ricovero?

Di norma, vengono prescritti al paziente dei farmaci esclusivamente in relazione alla scelta di intervenire chirurgicamente?

Se sì, quali?

Di norma, prima del ricovero per l'intervento, quali visite, test ed esami strumentali vengono effettuati dal paziente?

Quali fattori, emergenti in questa fase, potrebbero portare alla decisione di non operare più il paziente?

Con quale frequenza (approssimativa) si manifestano questi casi?

Sezione 4 - Fase di ricovero, intervento e dimissione

Com'è organizzato il Suo Centro in relazione alla chirurgia bariatrica? (reparto/dipartimento di afferenza, presenza di aree dedicate, personale dedicato, strutture – vedi domanda successiva –)

Il Suo Centro dispone di strutture acquisite appositamente per la chirurgia bariatrica?

– Se sì, quali?

– Tali strutture sono in uso esclusivo alla chirurgia bariatrica o vengono utilizzate anche da altri pazienti?

Quanti giorni, mediamente, il paziente trascorre in ospedale complessivamente dal ricovero alla dimissione?

Quanti giorni, mediamente, trascorrono dal ricovero all'intervento?

Quanti giorni, mediamente, trascorrono dall'intervento alla dimissione?

Se è previsto un periodo di terapia intensiva, quanto tempo (ore o giorni) mediamente è trascorso dal paziente in questa unità?

Si tratta di valori piuttosto uniformi o vi è un'elevata variabilità tra le tipologie di intervento e all'interno dello stesso intervento (min/max)?

A cosa sono dovute le eventuali variazioni nella durata dell'ospedalizzazione?

Quali farmaci vengono somministrati al paziente in ospedale, prima e dopo l'intervento?

– Con quali indicazioni?

Di norma, durante il ricovero, quali visite, test ed esami strumentali vengono effettuati dal paziente? (meglio separare pre-intervento e post intervento)

Qual è la terapia prescritta alla dimissione?

In base a quali criteri vengono stabilite le date dei *follow-up*?

Quanti *follow-up* sono previsti normalmente in fase di dimissione?

È prevista qualche procedura particolare connessa alla dimissione di un paziente obeso trattato chirurgicamente?

Sezione 5 - Fase di *follow-up*

Il numero e la cadenza dei *follow-up* sono fissi oppure variano?

– Se variano, come e in base a quali criteri?

Quali variabili vengono monitorate durante il primo *follow-up*?

– Cosa succede se i valori non rispecchiano i parametri attesi?

Quali variabili vengono monitorate durante i *follow-up* successivi al primo?

– Cosa succede se i valori non rispecchiano i parametri attesi?

In quali casi si decide di intervenire nuovamente?

possibile collocare gli episodi clinico-organizzativi, ovvero attività erogate in luoghi organizzativi diversi che concorrono a generare un unitario traguardo intermedio di salute (Corica *et al.*, 2008). Le rappresentazioni dei PDTA, quindi, scaturiscono dal «dichiarato» da parte dei gruppi di lavoro aziendali. Nel corso dell'intervista si cerca di cogliere il percorso «tipico», facendo esplicito riferimento alla frequenza di accadimento di alcuni eventi o alla variabilità delle informazioni fornite all'interno della casistica dell'Unità operativa, in modo da escludere «rami» del percorso poco significativi (ad es. frequenza < 5%).

All'interno della mappa, il PDTA è rappresentato attraverso il linguaggio del diagramma di flusso con la simbologia di base che gli è propria.

Per sviluppare adeguatamente il PDTA occorre tenere presente che:

- ogni episodio clinico-organizzativo deve essere caratterizzato da inizio e conclusione;
- i quesiti che i professionisti si pongono, gli snodi decisionali (clinici, organizzativi, sociali) rappresentati, servono a spiegare, almeno a grandi linee, l'organizzazione del lavoro che ciascuna unità si è data;
- le attività rappresentate sono quelle «distintive», principali per rilievo economico e/o sanitario.

Dopo la realizzazione delle prime «mappe degli episodi» a valle delle interviste condotte, ulteriori incontri con i referenti dei sei Centri hanno stimolato la discussione e la revisione della mappatura, unitamente a una valutazione comparativa focalizzata sull'articolazione, la durata del percorso e sull'assorbimento di risorse umane, fino ad arrivare alla mappatura definitiva del percorso del paziente obeso trattato chirurgicamente nei Centri coinvolti.

3. L'organizzazione dei PDTA nelle sei aziende

Il processo di trattamento chirurgico dell'obesità si articola in tre fasi, o «episodi clinici», che rappresentano parti dell'*outcome* complessivo, o «valore», generato per il paziente:

1) *Valutazione di eleggibilità e scelta dell'intervento*, o episodio preoperatorio, composto dalle prestazioni erogate nell'arco temporale precedente al ricovero per l'intervento. I criteri di eleggibilità considerati sono quelli proposti dalla società scientifica di riferimento (Sicob), ovvero sono eleggibili per la chirurgia bariatrica i pazienti di età compresa tra i 18 e i 60 anni, con BMI di almeno 40 Kg/m², oppure BMI tra 35 e 40 Kg/m² in presenza di almeno una comorbilità. Per essere candidati all'intervento i pazienti devono avere nella loro storia clinica un fallimento di un corretto trattamento medico (mancato o insufficiente calo ponderale; scarso o mancato mantenimento a lungo termine del calo di peso).⁵

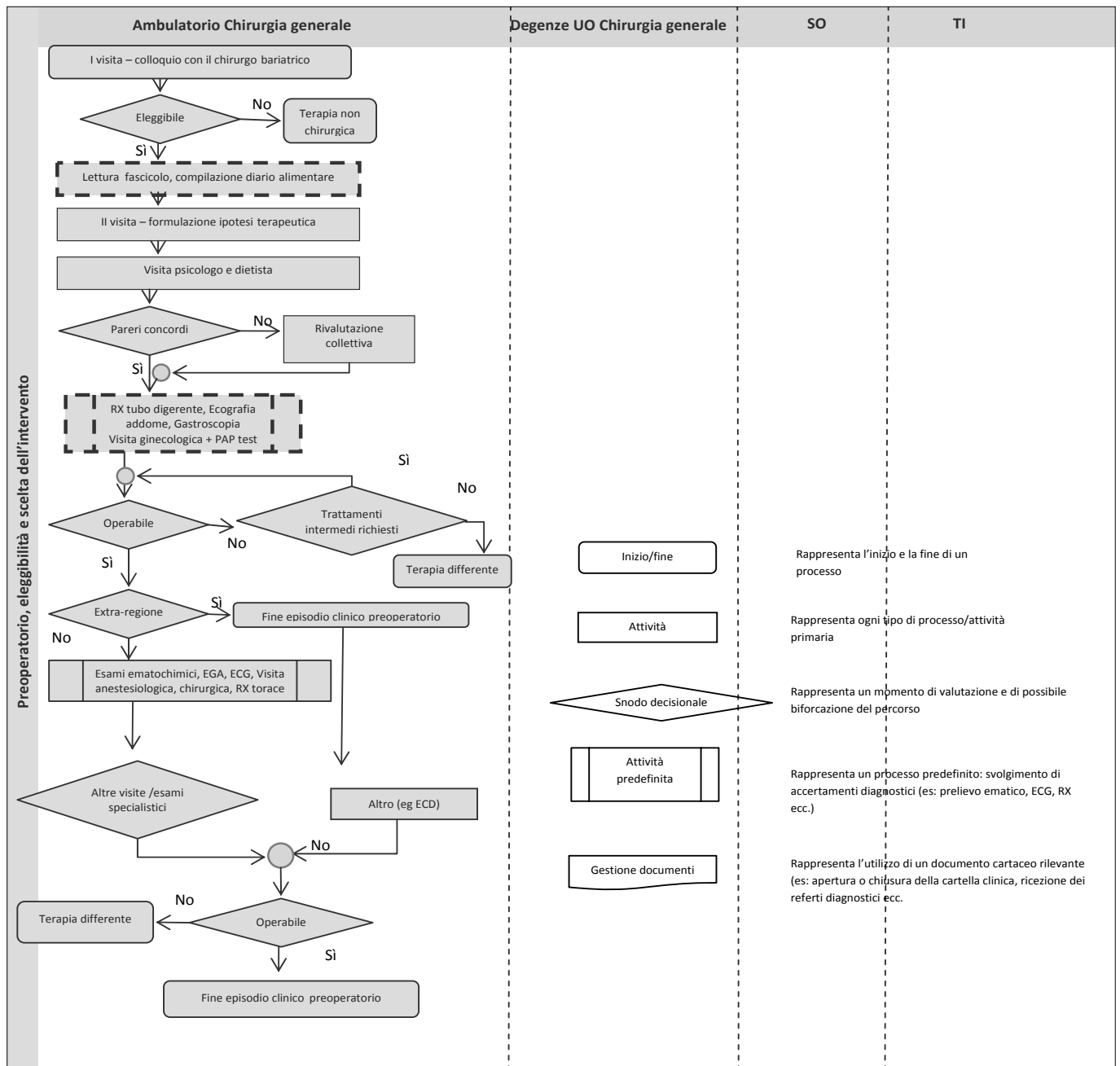
L'eleggibilità dipende da molti fattori: psicologici, alimentari, età, presenza di comorbilità, ecc. Questi aspetti incidono sulla scelta della tipologia di intervento chirurgico. Il bendaggio gastrico, per esempio, necessita della decisiva collaborazione del paziente in termini di modifica delle abitudini alimentari, pertanto la candidatura a questo trattamento viene attentamente valutata e condivisa con il paziente stesso e con un'*équipe* multidisciplinare (composta solitamente da chirurgo, dietista e psicologo).

2) *Trattamento*, comprende le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario relative alla realizzazione dell'intervento e alla gestione del post-operatorio.

3) *Follow up*, comprende le prestazioni erogate a partire da 30 giorni dopo il ricovero e, a intervalli progressivamente più ampi, per tutto l'arco di vita del paziente.

Nella **figura 3** è rappresentato un estratto di mappa relativa a uno dei tre episodi clinici, quello preoperatorio, che costituisce un segmento caratterizzante del percorso, in termini di durata, di articolazione e variabilità interaziendale.

Complessità, non standardizzabilità, multifattorialità e variabilità dei processi decisionali della pratica clinica ridimensionano le aspirazioni di qualsiasi modellizzazione riportando, piuttosto, l'analisi alla descrizione completa dell'oggetto di studio. La rappresentazione fornita, sicuramente parziale, tiene conto quindi dei principali/più frequenti snodi decisionali e delle principa-



li/più frequenti alternative che si pongono all'attenzione dello specialista. Gli snodi decisionali individuati sono di carattere clinico, nella gran parte dei casi, o socio-economico, riconducibili a:

- verifica delle condizioni di eleggibilità;
- verifica delle indicazioni per una specifica tipologia di intervento;

- luogo di residenza del paziente;
- necessità di ulteriori esami/visite o trattamenti intermedi per patologie misconosciute;
- verifica delle condizioni di operabilità;
- verifica dell'opportunità di prevedere il risveglio in Terapia intensiva post-operatoria (Tipo).

Figura 3
Estratto della mappa degli episodi: eleggibilità e scelta dell'intervento

Questi ambiti di variabilità si manifestano in misura preponderante, come anticipato, durante l'episodio clinico preoperatorio.

3.1. Le fasi del PDTA

L'ingresso del paziente nel percorso assistenziale avviene secondo canali diversi: visita con gli specialisti (chirurgo, endocrinologo, diabetologo, ecc.), anche in libera professione, o consultazione presso ambulatori dedicati istituiti appositamente per la gestione integrata della patologia (Centro dell'obesità, Ambulatorio di chirurgia bariatrica). La valutazione, che ha l'obiettivo di delineare il profilo medico-psicologico del paziente, può avvenire in maniera multidisciplinare (chirurgo, dietista, psicologo, psichiatra, endocrinologo, anestesista, ecc.) con visite collegiali oppure in incontri separati. In alcune realtà, l'indagine psicologica è effettuata una volta definita l'eleggibilità e operabilità del paziente.

Dalla prima visita alla decisione di operare vengono effettuati da 2 a 6 incontri tra paziente e chirurgo o *équipe* multidisciplinare. In alcuni casi, nelle aziende toscane, questi incontri, in cui si illustra la problematica dell'obesità, i principi di educazione alimentare, i rischi e i benefici dei trattamenti, sono di gruppo. In questa fase, ciascuna struttura consegna al paziente del materiale documentale su questi stessi temi, in modo da consentirgli di approfondire aspetti essenziali della sua condizione e prendere coscienza di ciò che comporta un trattamento chirurgico (Kotler *et al.*, 2010). In alcune realtà aziendali è consegnato al paziente un diario alimentare oppure sono somministrati test psicologici o questionari relativi alla rilevazione della qualità della vita.

Nel *work up* pre-operatorio si effettuano esami di studio i cui esiti concorrono a definire sia la scelta di operabilità sia la tipologia di intervento più idonea. Questi esami: a) vengono realizzati in regime di degenza ordinaria o *day hospital*, presso il reparto di chirurgia, l'Unità operativa di medicina o altre Unità operative in base alla comorbidità, b) sono effettuati dal paziente all'esterno della struttura (prestazioni di specialistica ambulatoriale).

Dalla prima visita all'intervento intercorrono da un minimo di 3 mesi fino a un massi-

mo di 2 anni.⁶ Tali valori medi si riducono in casi critici come quelli che presentano calcolosi della colecisti sintomatica, insufficienza respiratoria importante o situazioni di grave disagio sociale, come la perdita del posto di lavoro a causa dell'obesità.

Una volta effettuato il ricovero ordinario per l'intervento di chirurgia bariatrica, i percorsi tendono a diventare molto più uniformi rispetto alla fase pre-operatoria. Come indicato nella tabella 1, tre delle sei Aziende considerate non effettuano la *sleeve-gastrectomy*, una delle tipologie di intervento studiate; due strutture non ricorrono all'impianto del pallone intragastrico né in funzione di test né in funzione *bridge-to-surgery*, mentre le altre ne fanno uso con frequenza diversa (da meno del 5% al 20% dei casi).

La degenza media, distinta in periodo pre e post-operatorio, varia da 1 a 10 giorni con differenze dovute alla tipologia di intervento e alle esigenze cliniche e organizzative nella gestione del paziente⁷ (figura 4).

Nei Centri lombardi, il transito del paziente in Terapia intensiva dopo l'intervento per alcune ore (fino a 24 ore) è disposto dall'anestesista caso per caso. I Centri toscani presentano delle differenze: i pazienti operati presso l'Aou Careggi sono tutti trasferiti in Terapia sub-intensiva, i pazienti dell'Aou pisana sottoposti a *by-pass* gastrico e a *sleeve gastrectomy* sono trasferiti in Terapia sub-intensiva (esclusi i pazienti sottoposti a bendaggio), nessun paziente operato presso la Casa di cura di Vinci è trasferito in Terapia sub o in Terapia intensiva.

I *follow up* hanno la stessa cadenza (a 1 mese, a 3 mesi, a 6 mesi e a 12 mesi nel primo anno; ogni 6-12 mesi dal secondo anno in poi, per tutta la vita) nei Centri e si svolgono presso gli ambulatori delle strutture. La tecnica del bendaggio gastrico prevede, nei primi mesi del post-operatorio, prestazioni riabilitative di regolazione del bendaggio, effettuate sotto controllo radiologico.

I sei centri tendono ad allinearsi rispetto alle fasi principali dei percorsi, prevedendo alcune prestazioni comuni. Gli ambiti di differenziazione sono in genere associati ad aspetti peculiari del percorso previsto dal Centro (ad es. l'utilizzo del BIB test come fase strutturale del PDTA per determinate categorie di pazienti presso il Policlinico di Milano) e alla modalità con cui il paziente

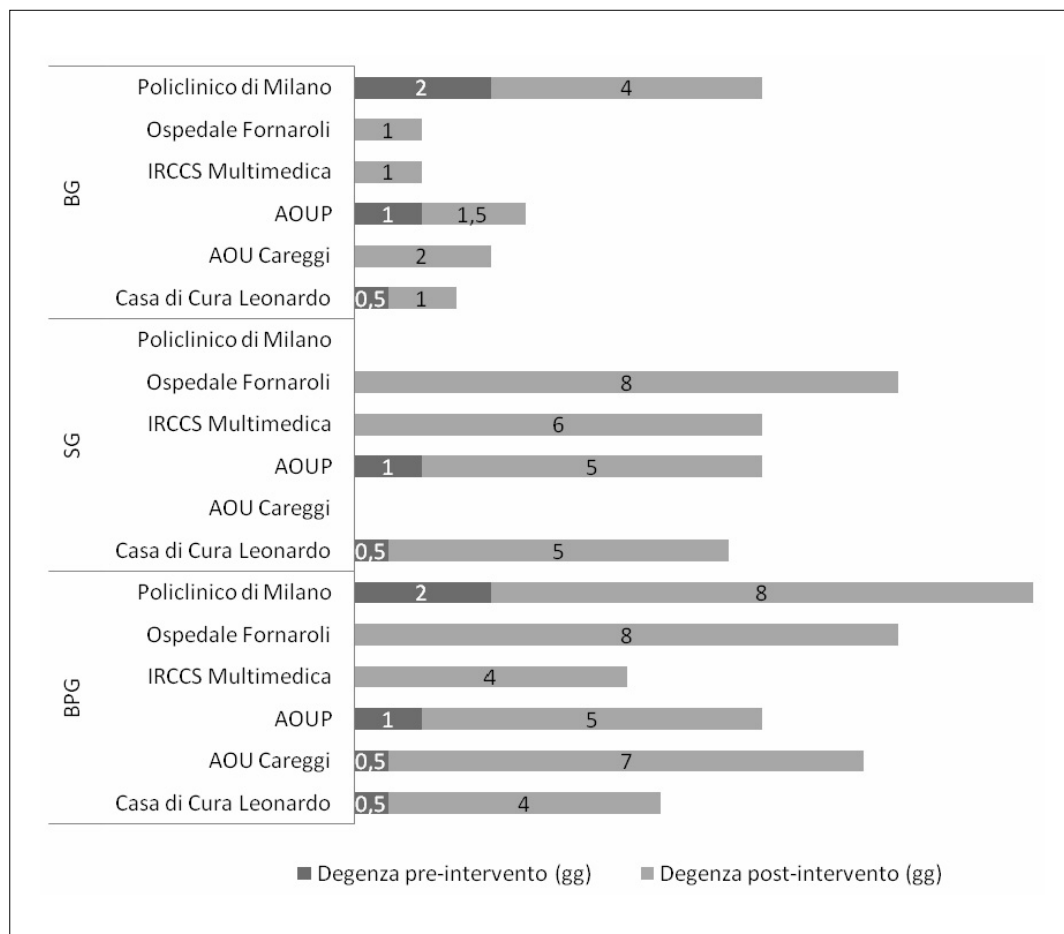


Figura 4
Confronto tra degenze pre e post intervento per le tipologie di intervento studiate

è seguito da figure ulteriori rispetto al chirurgo. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è da segnalare come due Centri toscani (Azienda ospedaliero-universitaria Pisana e Casa di cura Leonardo) prevedano l'affiancamento di figure mediche e non mediche come supporto al paziente, per seguire gli effetti dell'intervento e del regime post-intervento anche da un punto di vista psicologico. Tale funzione, nei centri lombardi, è prevalentemente coperta dal dietista, con cui tutti i centri prevedono visite (in particolare nella fase di *follow up*).

3.2. Risorse impiegate per la chirurgia bariatrica

Le aziende coinvolte nello studio espletano le loro prestazioni di chirurgia dell'obesità nell'ambito di Unità operative di Chirurgia generale (Chirurgia dell'obesità presso

l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana) inserite in contesti dipartimentali di specialità chirurgiche o gastroenterologiche, a eccezione della Casa di cura Leonardo di Vinci al cui interno sorge il «Centro per la cura dell'obesità grave». L'Aou pisana dispone di posti-letto dedicati, sia in reparto sia in terapia sub-intensiva. In generale, però, i Centri utilizzano risorse adeguate al trattamento di pazienti obesi, ma non esclusivamente dedicate a loro, ovvero si dotano, come scelta generale, di strumenti idonei anche alla cura di soggetti con eccesso di peso (letti per la degenza, letti per sala operatoria o per quella radiologica). I dispositivi riutilizzabili per la chirurgia bariatrica non sono del tutto differenti da quelli impiegati in altre pratiche chirurgiche, ma sono caratterizzati da calibri e dimensioni adeguate. Esistono degli strumenti, invece, tipicamente riconducibili al trattamento del paziente obeso, come i

sollevarli, le bilance a impedenziometria e alcune tipologie di trocar. Un'azienda ha attivato alcune convenzioni per il noleggio di attrezzature per pazienti con obesità di II o III grado, in modo da rispondere in maniera flessibile alle esigenze di pazienti obesi particolarmente critici. Anche il personale, tendenzialmente, non è dedicato esclusivamente alla chirurgia bariatrica, sebbene, soprattutto infermieri, psicologici e dietisti, abbiano nel proprio percorso formativo corsi di specializzazione per la gestione del paziente obeso.

Una sintesi dei fattori di variabilità individuati è presentata nella **tabella 2** e comprende elementi socio-demografici, caratterizzanti del livello paziente, elementi culturali o «iatrogeni», nel senso di «generati dal medico», che considerano gli spazi di autonomia professionale dei clinici, e infine aspetti strutturali o organizzativi, attribuibili alla Uo di riferimento o all'azienda nel suo complesso.

4. Riflessioni conclusive

Le principali differenze emerse dal confronto dei sei Centri consistono prevalentemente nella tipologia di prestazioni diagnostiche effettuate, nella durata dell'ospedalizzazione, nel regime assistenziale adottato, nella strutturazione della valutazione multi-

disciplinare pre e post-operatoria. Le classi di fattori esplicativi della eterogeneità identificate sono quella socio-demografica, riconducibile al livello paziente, quella culturale/professionale, che dipende dai clinici, quelle strutturale e organizzativa, che coinvolgono l'azienda nel complesso. La rivendicazione di ampi margini di autonomia professionale incide sull'articolazione del percorso «medio», che, in alcuni casi, potrebbe effettivamente differire come risposta a una casistica effettivamente più complessa. Tralasciando la discussione analitica della variabilità naturale che sempre si associa a fenomeni complessi di questo tipo, appare evidente che margini di manovra per il livellamento delle differenze aspirando a implementare la soluzione organizzativa più efficace, o costo-efficace, sia per il paziente sia per l'Azienda sanitaria, esistono. Questa riflessione non può esimersi, poi, dal considerare l'assenza pressoché totale nei percorsi delineati di figure del territorio, a partire dai medici di base. Un ripensamento del processo di cura a vantaggio di una maggiore partecipazione della medicina primaria è auspicabile dal momento che una condizione cronica come l'obesità potrebbe beneficiare enormemente di un approccio integrato al trattamento, esteso alla chirurgia solo per casi selezionati.

Tabella 2

Classificazione degli elementi di eterogeneità riscontrati, descrizione, livello coinvolto e tipo di variabilità associata

Differenza	Fattore di variabilità	Livello	Tipo di variabilità
Pre-ricovero e sua collocazione rispetto al ricovero per l'intervento	Socio-demografici	Paziente/Azienda	Artificiale (*). Modificabile attraverso una ristrutturazione del percorso che risulti indipendente dalla residenza del paziente
Sequenza di esami diagnostici nella fase precedente all'intervento	Culturali/professionali	Medico	Naturale. Legata alla professionalità e autonomia esercitata dal medico
Collocazione del paziente in terapia sub-intensiva dopo l'intervento	Strutturali/tecnologici	Unità operativa	Artificiale. Eliminabile con investimenti di tipo strutturale
Attivazione di sedute multi-disciplinari per il supporto ai pazienti in cura	Organizzativi	Unità operativa/Azienda	Artificiale. Eliminabile con investimenti in struttura e capitale umano

(*) Sebbene i caratteri socio-demografici riferiti al paziente lascino supporre che si tratti di variabilità naturale, esiste la possibilità di una risposta aziendale che elimini l'eterogeneità relativa alla provenienza del paziente.

Gli aspetti fin qui sollevati lasciano supporre che questi percorsi differiscano anche per valore economico a essi associato.

L'analisi organizzativa fornita nel presente studio rappresenta uno dei primi tentativi di ricostruzione dei processi assistenziali per il trattamento chirurgico dell'obesità attraverso l'osservazione di sei aziende sanitarie italiane di eccellenza. Proprio nei confronti di una patologia complessa come l'obesità, il ricorso agli strumenti gestionali del *process management* e dei PDTA, sempre più adottati quale modalità di risposta integrata a un problema sanitario importante, risulta particolarmente indicato data la complessità della patologia obesità. Questo lavoro, oltre ad aprire prospettive di studio su una disciplina in rapida diffusione, intende sollecitare una riflessione sull'estensione dei confini del processo erogativo, sul ruolo dei servizi di prevenzione ed educazione, sull'esigenza di integrazione di professionalità diverse, a partire dai Medici di medicina generale, per il reale e pieno soddisfacimento dei bisogni del cittadino-paziente.

Note

1. In EU-27 la percentuale di adulti obesi è 17.2% (Ocse, 2010).
2. Le denominazioni dei due Drg secondo la versione 24 sono «Interventi per obesità» e «Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC».
3. USD 2009.
4. L. n. 662/96, Psn 1998-2000, D.L.vo 229/99, Del. G.R. (Lombardia) VIII/8501 del 26/11/ 2008.
5. Le prime linee-guida internazionali sulla chirurgia bariatrica sono state emanate dai *National Institutes of Health (NIH)* americani nel 1991 e prendevano in considerazione il ricorso alla chirurgia bariatrica in pazienti adulti con indice di massa corporea ≥ 40 in seguito a precedenti fallimenti dietoterapici e medici oppure in pazienti adulti con BMI ≥ 35 con una o più comorbidità, come diabete tipo 2, complicanze cardio-respiratorie, articolari e ridotta qualità della vita, quando la procedura chirurgica non presentava eccessivi rischi. Nessuna raccomandazione invece per i giovani e gli adolescenti obesi, anche con BMI > 40 , per insufficienza di studi clinici (NIH, 1992). Tali indicazioni sono state successivamente adottate dalle principali società scientifiche, inclusa la Società italiana dell'obesità. Le linee-guida emanate successivamente dalle maggiori società scientifiche americane ed europee, oltre a confermare i criteri NIH, hanno ampliato l'indicazione alla chirurgia bariatrica in casi selezionati di adolescenti e anziani e confermato che non vi sono sufficienti prove per raccomandare l'intervento con BMI < 35 .
6. Intervalli temporali medi per struttura.
7. Per pazienti provenienti da altre regioni il ricovero è anticipato, e complessivamente allungato, per effettuare esami di studio prima dell'intervento.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare i componenti dei gruppi di lavoro che sono stati istituiti presso i Centri coinvolti nello studio: Prof. G. Romagnoli, Prof. G. Sarro, Dr. Dario Pariani, Dr.ssa B. Tatani, Prof. E. Lattuada, Prof. M.A. Zappa, Prof. E. Mozzi, Dr.ssa A. Dorigo, Dr. L. Renoldi, Prof. V. Ceriani, Dr. P. Gaffuri, Dr. L. Baggi, Dr. M. Coladonato, Dr. M. Anselmino, Dr.ssa R. Berta, Dr. M. Lucchese, Dr. M. Veltri, Dr. F. Furbetta, Dr.ssa S. Gennai. Si ringraziano inoltre: l'Ing. M. Canobbio, il Dr. F. Costa, la Dr.ssa Loiacono, il Dr. G. Merincola e il Dr. P. Tosco per il supporto nella rielaborazione grafica dei percorsi.

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

- ANSELMINO M., BAMMER T., FERNÁNDEZ CEBRIÁN J.M., DAOUD F., ROMAGNOLI G., TORRES A. (2009), «Cost-effectiveness and budget impact of obesity surgery in patients with type 2 diabetes in three European countries», *Obesity Surgery*, 19(11), pp. 1542-9.
- BARAGHINI G., CAPELLI M., CAPPONI A., LONGO F., TOZZI V., VILLA S. (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- CASATI G., VICHI M.C. (2002), *Il processo assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- CORICA G., IACONO C., PACILEO G., TASSELLI S., TOZZI V., ZAGONEL V. (a cura di) (2008), *I PDTA ospedalieri per il carcinoma del colon retto. Sette Aziende a confronto*, Economia Sanitaria Srl, Milano.
- FRY J., FINLEY W. (2005), «The prevalence and costs of obesity in the EU», *Proceedings of the Nutrition Society*, 64(3), pp. 359-362.
- ISTITUTO AUXOLOGICO (2007), *VI Rapporto sull'obesità in Italia*, Fanco Angeli, Milano.
- ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2010), *La vita quotidiana nel 2008*, Istat Servizio Editoria, EDI/B, Roma.
- KAPLAN R.S., MURDOCK L. (1991), «Il ridisegno del core process», *Sistemi & Impresa*, 4.
- KOTLER P., SHALOWITZ J., STEVENS R.J., TURCHETTI G. (2010), *Marketing per la Sanità. Logiche e Strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- LEGA F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- MÜLLER-RIEMENSCHNEIDER F., REINHOLD T., BERGHÖFER A., WILICH S.N. (2008), «Health-economic burden of obesity in Europe», *Eur J Epidemiol.*, 23, pp. 499-509.
- NIH (1992), «Consensus Development Conference on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity», *Am J Clin Nutr*, 55 (Suppl. 2), pp. 615S-619S.
- OMS (1998), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, OMS, Ginevra.
- OMS (2007), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary*, OMS, Ginevra.
- PADWAL R., KLARENBACH S., WIEBE N., HAZEL M., BIRCH D., KARMALI S., SHARMA A.M., MANNS B., TONELLI M. (2011), «Bariatric Surgery: A Systematic Review of the Clinical and Economic Evidence», *Journal of General Internal Medicine*, 26(10), pp. 1183-94.
- REIDPATH D., CRAWFORD D., TILGNER L., GIBBONS C. (2002), *Relationship between body mass index and the use of healthcare services in Australia*, *Obesity Research*, pp. 526-31.
- SCOPINARO N. (2006), *Obesità*, in: Dionigi R. *Trattato di Chirurgia*, IV Ed. Masson, Milano.
- SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA DELL'OBESITÀ E DELLE MALATTIE METABOLICHE (SICOB) (2008), *Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia*, Forestieri P. et al. (a cura di), Edises srl, Napoli.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 71-80.

Il sistema sanitario cinese. Struttura, problemi e cambiamenti

MANUELA BIANCO, MARIA MICHELA GIANINO

The Chinese healthcare system, once celebrated for its equity and effectiveness, today is considered one of the most inefficient and inequitable in the world, generating a social alarm situation that constrain the Chinese government to an action. Aim of this paper is to describe the health system starting from its historical development up to 2003, focusing on the following key points of the current system: the financing system, the health care delivery system, modes of interaction between citizen-holders of the financing entities - providers of health services. This paper concludes with the delineation of the planned measures for 2009-2011 to strengthen the system, with a concise picture of the state of the art for the Chinese healthcare system for 2011.

Keywords: china, health reform, health policy

Parole chiave: cina, sistema sanitario, riforma sanitaria

Note sugli autori

Manuela Bianco è medico in formazione specialistica presso la Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università degli Studi di Torino; Maria Michela Gianino è professore associato di Igiene generale e applicata presso il Dipartimento di Sanità pubblica e microbiologia, Università degli Studi di Torino

1. Introduzione

La Cina è uno dei più vasti Paesi del mondo: si estende per oltre nove milioni di chilometri quadrati ed è popolato da oltre un miliardo e 300 milioni di persone.

La Cina è il Paese delle contraddizioni: negli ultimi anni ha registrato altissimi tassi di sviluppo economico, sempre oltre il 10% annuo, con una crescita prodigiosa della produzione industriale e, tuttavia, ancora metà della popolazione attiva è impegnata nell'agricoltura.

Il gran numero di abitanti, la cui crescita demografica è stata comunque mitigata dalla politica governativa del «figlio unico», fa sì che la Cina abbia a disposizione manodopera generica, specializzata e un altissimo numero di laureati disposti a spostarsi per lavorare e affermarsi ma, per contro, il numero dei disoccupati è ancora elevato e la situazione pare permarrà difficile ancora per anni.

Si registra una costante crescita di creazione di nuovi posti di lavoro nelle città e una grande eccedenza di forza-lavoro nelle campagne.

Il grande e veloce sviluppo economico, che sta facendo aumentare sempre di più il divario tra le regioni orientali, ricche e popolate, e quelle occidentali, molto più povere e prive di grandi agglomerati urbani, sta potenziando le disuguaglianze sociali e sta ampliando le disparità di accesso alla assistenza previdenziale e sanitaria.

Non stupisce, pertanto, che il Governo cinese, a fianco a una serie di interventi proposti per migliorare l'economia del Paese, si stia concentrando anche sulla emanazione di riforme che investono il settore sociale, e in particolare la stabilità sociale, nonché il sistema sanitario.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Evoluzione
3. Il sistema sanitario cinese al 2009
4. Le riforme intraprese nel 2009
5. La situazione del sistema sanitario al 2011
6. Conclusioni

Il presente lavoro, partendo dal quadro tratteggiato, si prefigge di delineare le caratteristiche del sistema sanitario cinese.

La trattazione si dipana in quattro diversi paragrafi relativi a:

1) la delimitazione della sua evoluzione storica;

2) la focalizzazione sulle caratteristiche del sistema attuale, così come si presenta dopo le riforme introdotte dal 2003. A tale fine, partendo dal concetto che un sistema economico è costituito dall'insieme di persone e organizzazioni che agiscono per soddisfare i bisogni della popolazione mediante l'utilizzo delle risorse di vario tipo, viene proposta una chiave di lettura del sistema sanitario che analizza:

– il sistema di finanziamento: evidenziando le modalità con cui avviene la raccolta delle risorse finanziarie e quali soggetti economici provvedano alla loro detenzione e gestione,

– il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie con attenzione alla tipologia e caratteristiche dei produttori,

– le modalità di interazione fra i cittadini, i soggetti detentori del finanziamento e i soggetti erogatori dei servizi sanitari;

3) l'esplicitazione di interventi previsti per il triennio 2009-2011 per consolidare il sistema;

4) la presentazione di una sintetica fotografia sullo stato dell'arte del sistema sanitario cinese al 2011.

2. Evoluzione

Seguendo l'impostazione di Dong (2008), il sistema sanitario cinese è interessato a una evoluzione che può essere scandita in differenti fasi storiche.

La prima fase (1949-1965) coincide con la nascita e lo sviluppo della Repubblica Popolare Cinese (RCP) proclamata il primo ottobre 1949 da Mao Tse-Tung in piazza Tienanmen.

In questa fase il Governo realizza un sistema di assistenza sanitaria fortemente centralizzato e totalmente pubblico in cui gli operatori sanitari diventano tutti dipendenti statali e lo Stato assume il controllo delle politiche di sanità pubblica. Si assiste, infatti, a un potenziamento dei servizi preventivi attraverso la promozione di campagne di immunizzazione e di mobilitazione di massa (es: eradi-

cazione della schistosomiasi) e l'accesso ai trattamenti diagnostici e di cura è universale. Mao propone un sistema sanitario che presenta connotati differenti in termini di modalità di organizzazione e di finanziamento dei servizi sanitari a seconda che si tratti di aree urbane o rurali: gli abitanti e le strutture delle città godono del finanziamento statale, le campagne invece fanno riferimento al Sistema medico cooperativo, un sistema assicurativo a base comunitaria, che copre tutti i lavoratori del settore agricolo.

La seconda fase (1966-1976) è fortemente influenzata dalla Rivoluzione culturale voluta da Mao.

In questo periodo viene implementato il programma dei «medici scalzi», per il quale a migliaia di contadini è impartita una formazione medico-sanitaria, della durata variabile da tre a sei mesi, al fine di garantire servizi medici di base, di prevenzione ed educazione alla salute nelle campagne. Le facoltà di medicina vengono chiuse per cinque anni e gli studenti in corso e i docenti sono mandati nelle zone rurali a svolgere attività di assistenza alla popolazione locale. È difficile stabilire quale fosse il reale stato di salute della popolazione cinese in quegli anni, in quanto è dubbia l'affidabilità delle statistiche sanitarie di quel periodo.

La terza fase (1977-1989) ricopre il periodo che intercorre dalla morte di Mao Tse-Tung (1976) alle proteste di piazza Tienanmen (1989). Alla morte di Mao, il potere vacante è lasciato a Deng Xiao Ping, che intuisce immediatamente che, dopo due decenni di stallo economico, è essenziale una riforma per la sopravvivenza del futuro della Cina e la sua crescita. Il sistema socialista è sostituito con un sistema di mercato (Hesketh, 1997) e la Cina vive un intenso sviluppo economico. In ambito sanitario, se da un lato la crescita economica e alcuni interventi particolarmente efficaci di sanità pubblica determinano un importante decremento del valore dei tassi delle malattie infettive, dei tassi di mortalità infantile e un parallelo aumento della speranza di vita alla nascita, dall'altro cominciano a manifestarsi palesemente problemi di equità.

Le ragioni sono molteplici e risiedono innanzitutto nel decentramento fiscale che delega il finanziamento della sanità alla tassazione locale (Province), favorendo in questo

modo le ricche province urbane e costiere, a scapito delle aree rurali e di quelle occidentali. In secondo luogo, se la proprietà delle strutture erogatrici rimaneva pubblica, il loro finanziamento è gradualmente privatizzato (Sidel, 1982), con la conseguenza che si verifica un aumento della erogazione di prestazione ad alto prezzo, come i servizi *hi-tech*, e un incremento del consumo di farmaci più costosi a scapito di quelli più economici.

L'impatto del ricorso al finanziamento privato determina un incremento della spesa sanitaria che grava in misura sempre più consistente sui bilanci familiari dei singoli cittadini.

Nelle zone rurali si assiste allo smantellamento del Sistema medico cooperativo che garantiva la copertura assicurativa di gran parte della popolazione rurale (pari al 90% negli anni '70). Infatti, i «medici scalzi» sono sostituiti dai «medici dei villaggi», professionisti poco qualificati che sono remunerati a prestazione e che prestano poca attenzione alle attività di prevenzione e di promozione della salute. Si tratta di professionisti che sono laureati in scuole mediche di medio livello e devono superare un generale e spesso incompleto esame di qualifica al fine di ottenere la certificazione di «medico di villaggio». Le loro conoscenze relative alla prevenzione, così come la capacità di diagnosi di malattie trasmissibili, sono deboli. In più, a causa di scarsi incentivi economici, questi medici trascurano i servizi di prevenzione e promozione alla salute e operano per lo più come medici privati pagati a prestazione.

Infine, è in questa fase che ha inizio il fenomeno dei movimenti migratori dalle campagne alle città, soprattutto da parte dei soggetti giovani e sani, le cui condizioni fisiche consentono loro di trasferirsi. Questo fenomeno ha l'effetto perverso di selezionare una popolazione più sana nelle città, dove è migliore l'assistenza sanitaria pubblica e maggiori sono i finanziamenti destinati alla sanità, e di aumentare la percentuale di malati tra gli abitanti delle campagne, che godono di un'assistenza di qualità inferiore.

Tra il 1990 e il 2002, si pone la quarta fase contraddistinta dal fallimento dei tentativi del Governo di contrastare l'aumento dei costi nella sanità e di estendere la copertura sanitaria a tutti i cittadini (Eggleston, 2008) (Hougaard, 2008).

La causa dell'insuccesso è in parte da attribuire agli interessi personali dei vari attori operanti nel settore come, per esempio, aziende farmaceutiche, grandi ospedali generali, e in parte al fatto che le province più povere non dispongono delle risorse necessarie per attuare le politiche sanitarie governative a livello locale.

La spesa sanitaria totale rispetto al Pil cresce dal 4,11% nel 1991 al 5,1% nel 1999, ma il carico è diversamente distribuito fra spesa privata, spesa locale e statale. Infatti, se nel 1991 le spese dei privati rappresentano il 38,8% del totale, nel 1999 ne coprono più del 59,2%. Nello stesso periodo le spese dello Stato per la sanità sono scese dal 22,8% del 1991 al 15,3% del 1999, e anche quelle delle Province denunciano un andamento analogo, dal 38,4% del 1991 al 25,5% del 1999.

La sperequazione fra le diverse fonti di finanziamento genera una iniquità nell'accesso alle cure che si manifesta principalmente sotto tre aspetti (Shaoguang, 2003):

– *differenze di disponibilità di fonti di finanziamento fra le aree geografiche del Paese.* La maggior parte dei fondi pubblici per le cure mediche proviene dalle finanze locali e non dalle centrali, e quindi la capacità fiscale di una Provincia determina la somma disponibile. Così si amplia la differenza fra le risorse finanziarie fruibili, come ad esempio si è verificato nella Provincia più ricca (Shanghai), che dispone di fondi in quantità dieci volte superiore a quella a disposizione della più povera (Henan);

– *differenze di accesso al finanziamento fra le aree urbane e rurali.* La maggior parte dei fondi dello Stato vanno verso le aree urbane, mentre solo una percentuale del 15-20% va verso le aree rurali, dove vive però la maggioranza della popolazione. Nel 1999, le persone coperte dall'assicurazione sanitaria erano il 49% nelle città e solamente il 7% nelle campagne (Brombal, 2008);

– *differenze fra le classi sociali.* Il mancato finanziamento da parte del Governo porta a un rapido aumento del costo delle cure mediche, e tra il 1999 e il 2001 l'aumento è stato doppio rispetto a quello del reddito urbano e triplo rispetto a quello rurale. Inoltre, lo scarso finanziamento pubblico determina un aumento della spesa sanitaria a carico dei privati. Infatti, la spesa dei privati per le cure

mediche, per gli abitanti delle città è passata dal 2% delle spese totali nel 1991 al 5,3% nel 1999, e dal 3,3% al 4,4% per gli abitanti delle campagne, mettendo bene in evidenza come le spese sanitarie stiano sempre più incidendo sui bilanci famigliari.

La quinta fase ha inizio con lo scoppio dell'epidemia di Sars nel 2003. Tale fenomeno, potenziato dalla risonanza mediatica dell'evento nel mondo intero e dall'opinione pubblica del Paese, che non ha mancato di far sentire il proprio malcontento, ha contribuito a una vigorosa sterzata verso un approccio più attento nei confronti delle necessità sanitarie della popolazione.

La conseguenza è che, nel 2003, il Governo cinese avvia un ambizioso programma di riforma sanitaria, destinato a concludersi nel 2020, ma all'inizio di aprile del 2009 sono emanati due nuovi documenti di riforma del sistema sanitario cinese. Il primo intitolato «Pareri sulla riforma del sistema sanitario», del Consiglio di Stato, definisce il quadro di riforma per il decennio fino al 2020. Il secondo, del Ministero della salute – «Piano di attuazione di priorità immediate della riforma del sistema sanitario 2009-2011» – fornisce una tabella di marcia con maggiori dettagli per i tre anni di riferimento. La riforma avviata nel 2003 introduce profonde modificazioni nel sistema sanitario cinese e il piano di azione per il triennio 2009-2011 dettaglia specifiche aree di intervento. Per tale ragione, sembra opportuno analizzarle separatamente. A tal fine seguiranno due paragrafi, il primo delinea il sistema sanitario cinese attuale così come risulta dopo le riforme avviate dal 2003, attraverso una lettura che lo qualifica, come anticipato nell'introduzione, secondo tre differenti dimensioni: sistema di finanziamento, di erogazione e modalità di interazione fra finanziatori ed erogatori di servizi sanitari.

Il secondo orienta il *focus* della trattazione sulle aree di intervento su cui il Governo cinese ha deciso di agire con maggior determinazione.

3. Il sistema sanitario cinese al 2009

In questo periodo il sistema sanitario cinese si connota come un sistema prevalentemente ad assicurazione sociale.

La sua struttura di base ricalca la separazione della popolazione in due principali gruppi: i residenti urbani (gruppo U) e residenti rurali (gruppo R) (Hougaard, 2008).

Il gruppo R è coperto dal nuovo schema medico cooperativo rurale (NRCMI) istituito nel 2003, in sostituzione dei vecchi accordi per la popolazione rurale. Si tratta di uno schema assicurativo che prevede la partecipazione volontaria da parte della popolazione e, al fine di evitare la selezione avversa, tutti i membri della famiglia devono effettuare una scelta univoca, di adesione o non partecipazione allo schema.

Il gruppo U è suddivisibile in tre sottogruppi, a seconda che si tratti di popolazione che non svolge (I) o svolge attività lavorativa e, in questo secondo caso, a seconda del tipo di lavoro svolto (II e III).

Ciascun sottogruppo è coperto da un diverso sistema assicurativo.

Il sottogruppo I, come specificato nello *State Council Policy Document 2007 n. 20* (State Council China, 2007), comprende i residenti disoccupati, i bambini piccoli e gli studenti delle scuole primarie e secondarie che non sono coperti da altro sistema assicurativo. La copertura è garantita dall'Assicurazione medica di base per i residenti urbani (URBMI), istituita nel 2007, che prevede una iscrizione su base volontaria e per nucleo familiare.

Il sottogruppo II comprende tutti i lavoratori dipendenti da imprese pubbliche, miste o private di area urbana e gli studenti di scuole professionali e istituti tecnici, coperti dall'Assicurazione di base per l'impiego urbana (UEBMI) istituita nel 1998 con iscrizione obbligatoria.

Infine, il sottogruppo III include il personale che opera in tutti i livelli di Governo, i partiti politici, e le risorse umane della organizzazione non governativa (Ong) - l'esercito, la sanità, le istituzioni di ricerca e le scuole. L'assistenza di tale sottogruppo è regolata dal «Public Health Service Administration Act» del 1988 (Ministry of Labour and Social Security Policy, 1988) che garantisce una iscrizione automatica al momento dell'occupazione del posto di lavoro.

3.1. Sistema di finanziamento

Il finanziamento del sistema è sostanzialmente in carico a tre attori principali: Organi di governo ai vari livelli, le imprese e gli individui.

In Cina vi sono tre livelli di governo: Governo centrale, Provincia e *City/Regional/County*. Il Governo centrale è responsabile della progettazione del sistema generale e della formulazione della politica e programmi di riforma, ma non esegue alcuna redistribuzione diretta del gettito fiscale. C'è, però, qualche elemento di trasferimento verticale di fondi alle Province che hanno bisogno di risorse aggiuntive per i programmi di assistenza sanitaria. La dimensione di questi fondi si basa su una procedura negoziale tra il Governo centrale e le Province. I Governi provinciali provvedono a riscuotere entrate fiscali proprie e gestire i piani di assistenza sanitaria. Essi sono anche co-responsabili con *City/Regional/County* per l'erogazione dei servizi. Il gettito fiscale in Cina deriva dalle imposte sui redditi, imposta sulla cifra d'affari per le imprese, imposta sul valore aggiunto.

Le imprese in Cina sono classificabili in totalmente statali, in proprietà miste e imprese private.

Subito dopo la riforma del 2003, sono state soprattutto le imprese pubbliche a contribuire al finanziamento del sistema, ma già nel corso del 2004 il Governo centrale ha enfatizzato la partecipazione attiva delle imprese private (*City Labor and Social Security Bureau*, 2004).

Infine, i pagamenti a carico dei singoli cittadini svolgono un significativo ruolo nel sistema sanitario cinese. Anche se il contributo individuale agli schemi assicurativi è piuttosto limitato, ci sono spese supplementari *out-of-pocket* per gli individui, poiché i sistemi sociali non sono in grado di coprire tutte le spese necessarie (*Cooperazione Italiana allo Sviluppo*, 2010).

I tre attori principali sono differenzialmente coinvolti nei diversi schemi assicurativi come sintetizzato nella **figura 1**.

Il NRCMS (figura 1) è co-finanziato da entrambe le amministrazioni centrali e locali e dalle famiglie. Il costo del pacchetto assicurativo nel 2009 era di 100 yuan (Y) per persona l'anno a livello nazionale [l'equivalente di 10 euro o 15 dollari statunitensi] per

una copertura minima garantita. Il costo del pacchetto assicurativo presentava valori diversi secondo le aree geografiche: a Ningbo, ad esempio, era di 300 yuan mentre a Shanghai di 500 yuan ed era notevolmente più alto nelle regioni orientali.

Questi 100 yuan nel 2009 sono stati finanziati come segue:

- contributi individuali per Y20 per persona l'anno (€ 2 o \$ 3), pari al 20%;
- sovvenzioni dal Governo centrale: Y40 per persona l'anno, pari al 40%;
- sovvenzioni da parte dei Governi locali: Y40 per persona l'anno, pari al 40%.

Il pacchetto base comprende cure ambulatoriali (cure primarie), farmaci essenziali e prestazioni di ricovero.

L'UEBMI (figura 1) presenta una modalità di finanziamento differente rispetto allo schema precedente. In particolare, è previsto un contributo a carico del datore di lavoro e del lavoratore proporzionale allo stipendio annuo.

Il contributo versato dal lavoratore con l'aggiunta del 30% del contributo a carico del datore va ad alimentare un Conto individuale, mentre il rimanente 70% dei contributi del datore di lavoro alimentano il Piano sociale (figura 1). Il Conto individuale rappresenta un accantonamento obbligatorio utilizzabile solo dal titolare e per spese sanitarie, mentre il Piano sociale è una assicurazione che svolge una funzione di *risk pooling* usufruibile dagli aderenti in modo indistinto.

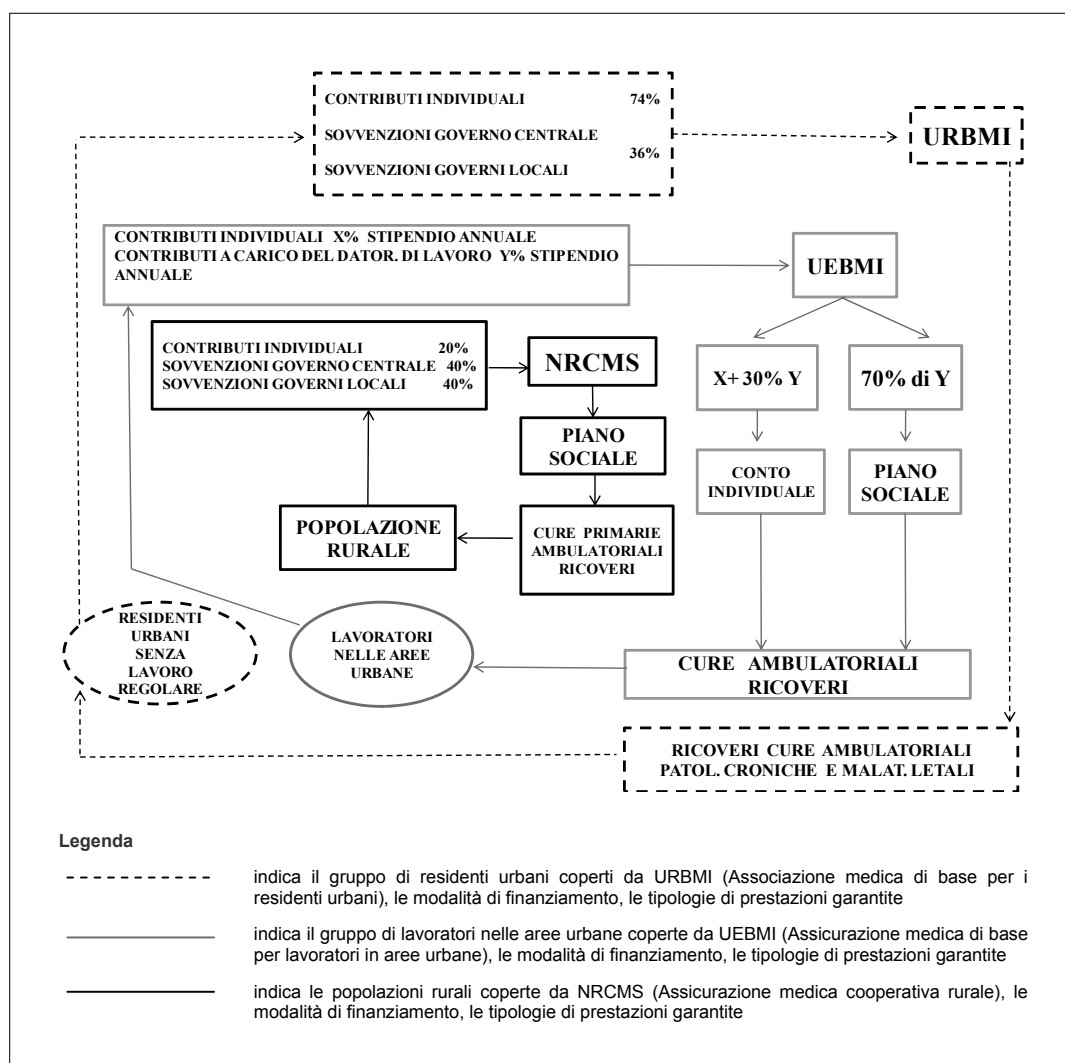
I tassi di contribuzione variano da area ad area geografica, secondo la situazione economica presente nel contesto di riferimento.

Il principio generale prevede che il Conto individuale copra i trattamenti ambulatoriali, mentre il Piano sociale garantisca le prestazioni di ricovero.

Secondo la politica dello Stato, il premio URBMI (figura 1) dovrebbe essere generalmente superiore a quello della NRCMS, ma inferiore a quello dell'UEBMI.

Il premio è co-finanziato da sovvenzioni a carico del Governo centrale e dei Governi locali e da contributi del singolo cittadino. Le sovvenzioni pubbliche possono variare a seconda della condizione economica della regione e lo *status* economico di ciascun individuo. Tuttavia, è richiesto dal Governo

Figura 1
Il sistema sanitario cinese



centrale che le sovvenzioni pubbliche annue per ogni iscritto all'URBMI non siano inferiori a 40 RMB (n.d.r. RMB è acronimo di Ren Min Bin ed è la valuta corrente della Repubblica Popolare Cinese). Nelle Province più povere della Cina centrale e nell'area occidentale, questa cifra è ridotta a un minimo di 20 RMB per partecipante l'anno. Un iscritto con difficoltà finanziarie o con una disabilità grave può ricevere un'ulteriore sovvenzione di 60 RMB l'anno, 30 RMB dei quali finanziati dal Governo centrale (State Council China, 2007). Ai Governi locali è attribuita piena autonomia nell'attuazione e sviluppo dell'URBMI secondo le loro specifiche esigenze (State Council China, 2007) ed è delegato il compito di determinare il finanziamento annuale.

Nel 2008 il Gruppo di valutazione del Consiglio di Stato per il Programma pilota URBMI (State council evaluation group for the URBMI pilot program, 2008) ha pubblicato i dati di un sondaggio realizzato nel corso del 2007 in alcune aree geografiche e ha reso noto che mediamente il premio aveva un valore di 236 RMB per gli adulti e 97 RMB per i minori (Lei, Lin, 2009).

Al pagamento del premio concorrevano le sovvenzioni del Governo centrale e di quelli locali per un valore pari al 36% circa e da contributi individuali per il rimanente 64% (Lei, Lin, 2009).

Il sistema assicurativo in oggetto concentra la propria attenzione su alcune tipologie di prestazioni e precisamente quelle di ricovero e quelle ambulatoriali per alcune patologie cro-

niche o letali, come diabete o malattie cardiologiche. Poiché la scelta del tipo e della numerosità di patologie è di competenza del Governo locale la mappa delle prestazioni garantite è estremamente disomogenea fra le diverse aree geografiche. Ad esempio, nella provincia di Jilin, nella Cina centrale, i cittadini godono di copertura assistenziale per tre patologie croniche: radioterapia e chemioterapia per tumori, servizi ambulatoriali e di dialisi per uremia, trattamento anti-rigetto dopo trapianto renale, mentre nella Provincia di Urumuqi, nella Cina orientale, la copertura riguardava 14 patologie e precisamente bronchite cronica, cuore polmonare cronico, ipertensione, aterosclerosi coronarica e cardiopatia, complicanze dopo gli accidenti cerebrovascolari, tumori, diabete e complicanze dopo il diabete, nefrite cronica, nefrite idropica insufficienza renale cronica, lupus eritematoso sistemico grave, epatite cronica attiva, epatocirrosi, epilessia (Lei, Lin, 2009).

Alle modalità di finanziamento degli schemi descritti occorre aggiungere quello relativo al gruppo III non contemplato nella figura 1. La modalità di raccolta delle risorse finanziarie cambia a seconda che si tratti di dipendenti statali o di lavoratori di altri enti pubblici. Nel primo caso, il finanziamento avviene mediante le imposte, mentre nel secondo caso è a parziale carico dell'ente di appartenenza (Hougaard, 2008). In linea generale, le due categorie di lavoratori pubblici hanno diritto alle stesse prestazioni di tipo ambulatoriale e di ricovero (Ministry of Labour and Social Security Policy, 1988).

3.2. Sistema di erogazione

Secondo il Ministero della salute, nel 2007, il 31% delle istituzioni sanitarie era di proprietà statale, mentre il 47% era privato e 21% era di proprietà mista (Ministry of Health of the People's Republic of China, 2008).

Le strutture ospedaliere sono classificate, in ordine decrescente, su tre livelli in base ai criteri clinici, e ogni livello contiene tre ulteriori sotto-classi. In una certa misura, questa classifica corrisponde alla struttura a tre livelli del Governo cinese. Cioè, gli ospedali di primo livello sono in genere gestiti dal Ministero della salute e sono quindi finanziati direttamente dal Governo centrale, mentre i livelli 2

Livello	Classi	N. ospedali
1 Livello		1.189
	1 Classe	719
	2 Classe	328
	3 Classe	12
2 Livello		6.704
	1 Classe	3.632
	2 Classe	2.219
	3 Classe	86
3 Livello		4.950
Altri non classificati		6.637
Totale		19.480

Tipologia di ospedale	N. ospedali	% ospedali
Ospedali generalisti	13.119	67,3
Ospedali specialistici	3.437	17,6
Ospedali TCM	2.924	15,0
Totale	19.480	100,0

	Tipologia di erogatori	N.
County	Ospedali generalisti	2.009
Town	Ospedali di comunità	20.907
Village	Centri medici di assistenza	583.209

e 3 sono gestiti dagli altri livelli di governo (**tabella 1**).

In generale, c'è un numero relativamente limitato di ospedali di primo livello, che ricopre solo il 6% della totalità, a fronte di un 34% e 25% dei livelli 2 e 3, rispettivamente. Il 34% degli ospedali è al di fuori del sistema di classificazione (tabella 1).

La maggior parte delle strutture ospedaliere è generalista, e solo il 17,6% presenta caratteristiche di presidi specialistici. Infine, una percentuale ancora importante, il 15%, è ricoperta dalle strutture che erogano prestazioni di Medicina tradizionale cinese (**tabella 2**).

Nelle zone rurali a livello di *town* e di *village* i pazienti hanno a disposizione oltre a ospedali generalisti anche ospedali di comunità e centri medici di assistenza (**tabella 3**).

Tabella 1

Frequenza di strutture ospedaliere per livelli e classi

Fonte: Chinese Health Statistical Digest (2009)

Tabella 2

Frequenza di strutture erogatrici per tipologia

Fonte: Chinese Health Statistical Digest (2009)

Tabella 3

Tipologia e frequenza di erogatori in aree rurali

Fonte: Chinese Health Statistical Digest (2009)

3.3. Modalità di interazione fra i cittadini, i soggetti detentori del finanziamento e soggetti erogatori dei servizi sanitari

Circa la modalità di interazione fra cittadini, finanziatori ed erogatori di prestazioni sanitarie, va innanzitutto evidenziato che ogni individuo sceglie direttamente tra i prestatori di servizi incaricati. Sussiste il principio della libera scelta del cittadino. Tale libera scelta è anche favorita dal fatto che non esiste la figura del Medico di medicina generale che potrebbe assumere il ruolo di *gatekeeper*.

Nelle aree urbane, i pazienti di solito si rivolgono direttamente a un presidio ospedaliero mentre nelle zone rurali, gli utenti più frequentemente accedono prima ai centri medici di assistenza.

Le modalità di interazione cambiano da sistema assicurativo a sistema assicurativo.

Le figure 1, 2, 3 e 4 illustrano le diverse modalità con cui operano.

Nello schema assicurativo NRCMS (figura 2) la situazione è estremamente disomogenea da regione a regione (Lei, Lin, 2009).

In generale, è possibile affermare che il cittadino può scegliere le strutture ambulatoriali e paga il prezzo delle prestazioni. A fronte del suo pagamento ottiene un rimborso dall'assicurazione che però non è mai pa-

ri al 100% del valore corrisposto. Il tasso di rimborso, infatti, oscilla fra valori che partono dal 10% e la rimanente parte è a carico del cittadino.

Diverso è il meccanismo delle spese relative ai ricoveri, in quanto una parte della cifra è corrisposta direttamente dall'assicurazione alla struttura erogatrice, l'altra è pagata e resta a carico del cittadino. L'assicurazione o copre una percentuale del valore totale del ricovero o interviene oltre una franchigia, che è la parte a carico del cittadino, con percentuali che crescono in corrispondenza di scaglioni progressivi di costo del ricovero (Eggleston, 2008).

Il pagamento delle fatture non costituisce la sola fonte di finanziamento delle strutture erogatrici, che ricevono sovvenzioni anche dai Governi centrali e locali che servono alla copertura dei costi fissi (quali tipicamente costi di attrezzature, personale e immobili).

Nello schema URBMI (figura 3) il cittadino sceglie liberamente la struttura e paga l'intero valore della prestazione.

Se si tratta di prestazioni ambulatoriali, ed esclusivamente quelle che riguardano le patologie croniche o fatali contemplate dall'assicurazione, il cittadino ottiene l'intero rimborso della cifra anticipata.

Se si tratta invece di prestazioni non inerenti alle patologie croniche o fatali, l'intero importo è a suo totale carico.

Diverso il regime delle prestazioni ospedaliere, dove è sempre previsto un parziale rimborso dalla URBMI.

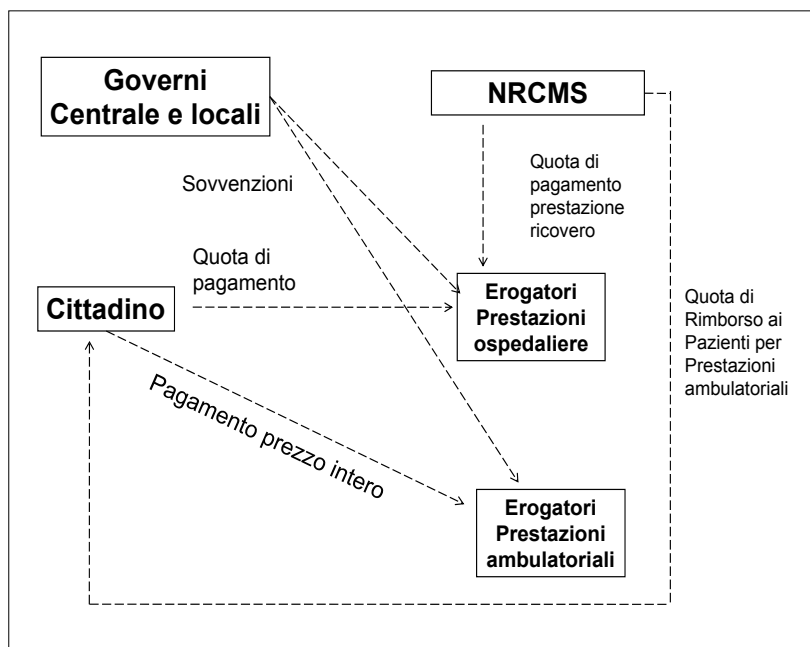
La quota cambia a seconda che si tratti di adulti o studenti e minori, a seconda del livello cui appartiene l'ospedale o a seconda della spesa complessiva.

Così, ad esempio, a Shaoxing, Cina centrale, se si tratta di adulti la percentuale varia fra 45-55% a seconda del valore complessivo del ricovero, mentre in Chengdu, Cina occidentale, la percentuale varia fra il 50 e il 65% per gli adulti, a seconda del livello di ospedale che ha erogato il ricovero, e fra il 65 e il 90%, secondo l'ammontare complessivo per gli studenti e i minori di 18 anni (Lei, Lin, 2009). In ogni caso è previsto un tetto massimo di copertura espresso in valore assoluto e in RMB.

Nell'UEBMI (figura 4) vige il principio generale che le spese sostenute dal cittadino per le prestazioni ambulatoriali siano intera-

Figura 2

Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo NRCMS - Assicurazione medica cooperativa rurale



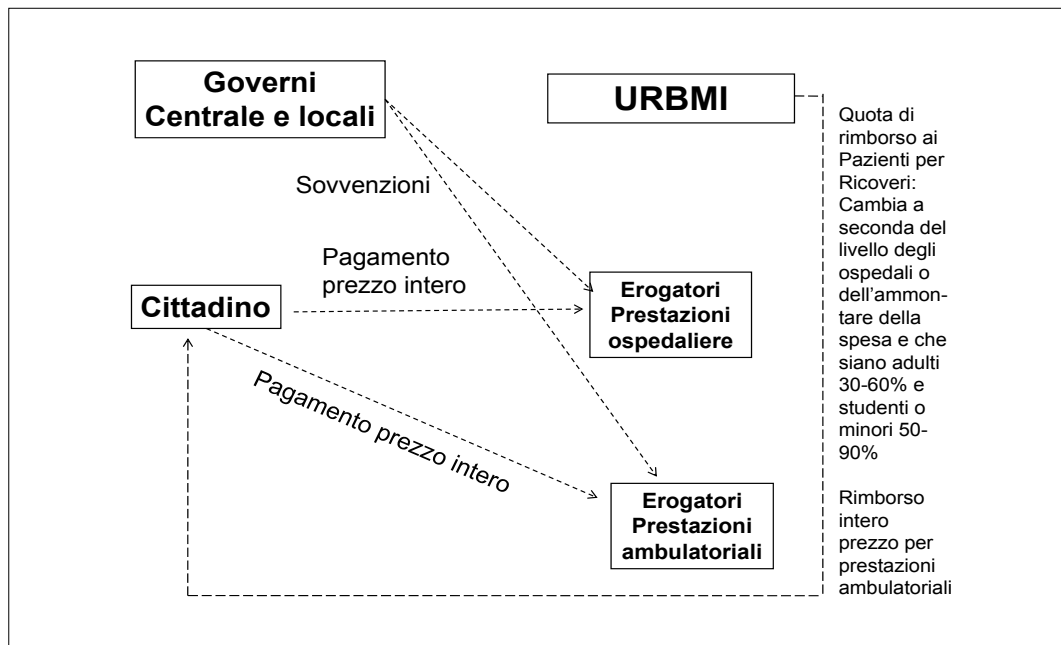


Figura 3
Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo URBMI - Assicurazione medica di base per i residenti urbani

mente rimborsate attingendo al Conto individuale. Le spese di ricovero sono, invece, solo parzialmente rimborsate sino a un certo valore-soglia mediante i fondi accumulati nel Piano sociale. La rimanente parte è a carico del dipendente.

Per i dipendenti dello Stato e degli altri enti pubblici, la cui assistenza è regolata dal *Public Health Service Administration Act* del 1988 (Ministry of Labour and Social Security Policy, 1988), sussiste la totale copertura delle spese a carico del *Public Health Service*.

4. Le riforme intraprese nel 2009

Nell'intento di salvaguardare la stabilità sociale ed economica del Paese e di garantire al popolo cinese il fondamentale diritto alla salute, il Governo ha ulteriormente varato nel 2009 una riforma mirata a riportare la sanità cinese su binari di equità ed efficacia, iniettando nel sistema una (relativamente) considerevole dose di fondi: 850 miliardi di yuan aggiuntivi per il periodo 2009-2011, il che costituisce un aumento delle risorse finanziarie disponibili compreso fra il 30 e il 35% su base annua. Al netto di tale incremento, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe attestarsi sul valore di 54 euro pro-capite l'anno (Wagstaff, 2008). Una somma assai limitata,

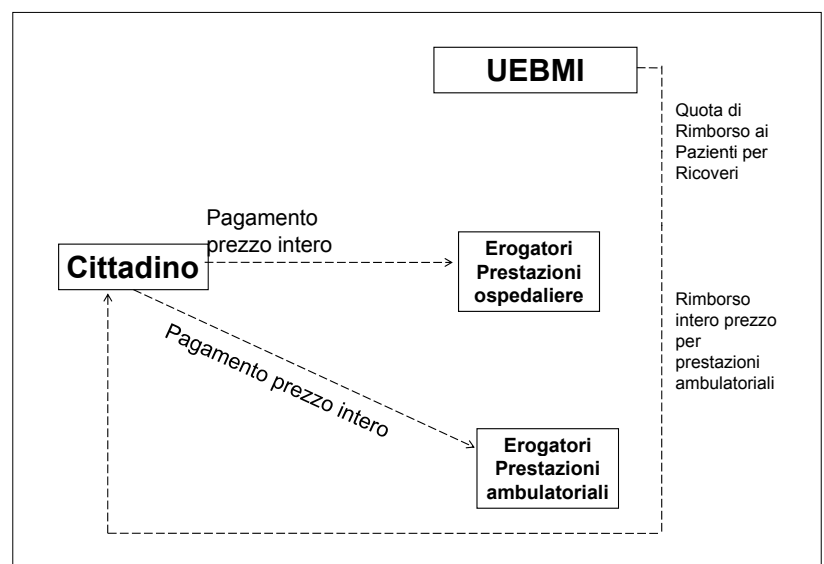


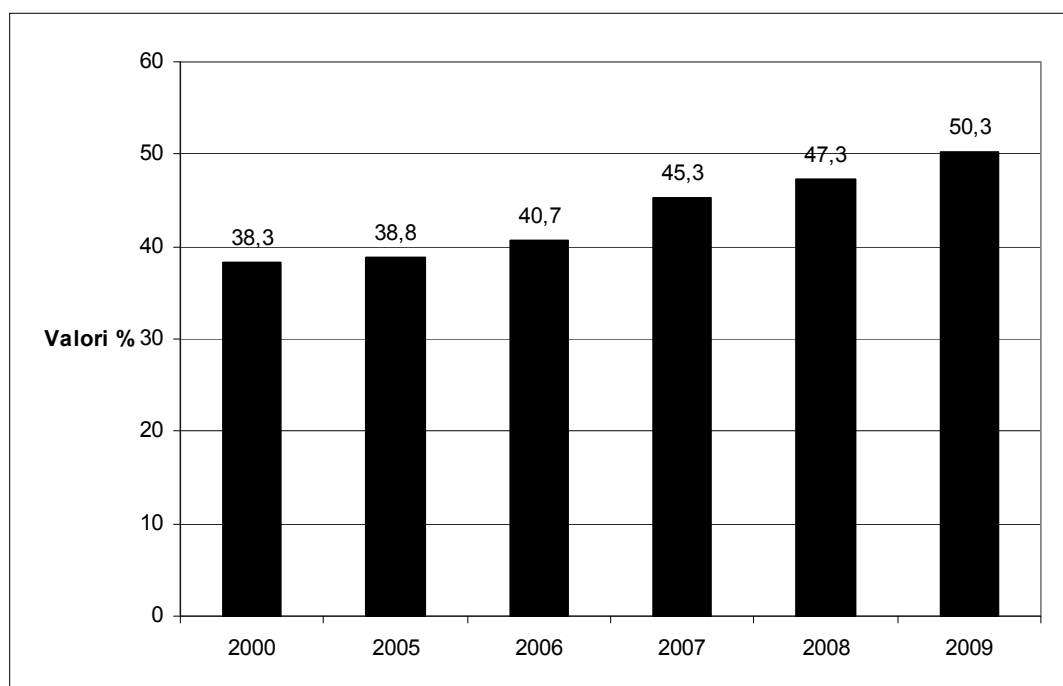
Figura 4
Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo UEBMI - Assicurazione medica di base per lavoratori in aree urbane

se confrontata con quella spesa in Italia (circa 2.000 euro l'anno pro capite) (Lei, Lin, 2009), tuttavia un segnale confortante, che conferma l'impegno governativo in ambito sanitario. Se, infatti, si analizza l'andamento della spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria dal 2000 al 2009, si evidenzia un trend crescente, a dimostrazione della volontà di confermare la presenza governativa nel settore sanitario passando dal 38,3% a oltre il 50% (figura 5).

Figura 5

Spesa sanitaria pubblica su totale spesa sanitaria - valori %

Fonte: World Health Organisation (2010)



Al di là delle risorse finanziarie stanziare, che costituiscono solo parte di un'equazione complessa che deve comprendere anche risorse umane e capacità gestionali, l'azione governativa in ambito sanitario nel triennio 2009-2011 individua aree prioritarie di intervento. In particolare, il dispositivo del Governo si articola su due livelli: un documento strategico redatto dal Comitato centrale del Partito e dal Consiglio di Stato che delinea le guide di indirizzo fino al 2020 e un piano di implementazione «d'emergenza» valido per il triennio 2009-2011.

In sintesi, quest'ultimo documento consta di cinque punti relativi ad altrettante aree di intervento:

- copertura universale del sistema assicurativo di base;
- creazione di un sistema nazionale di farmaci essenziali;
- rafforzamento della rete di erogatori delle cure primarie, in particolar modo a livello rurale;
- riforma degli ospedali pubblici;
- potenziamento della medicina preventiva ed educazione sanitaria per tutti.

Le diverse aree, di fatto, possono indurre ad apprezzabili cambiamenti nelle modalità

di finanziamento del sistema, tra i soggetti erogatori le prestazioni sanitarie e nella modalità di interazione fra cittadini-erogatori-assicurazioni, se si attuano così come proposte. Allo stato attuale, però, non è ancora possibile ridisegnare con tratto certo le figure 2, 3 e 4, in quanto la riforma è ancora in fase di realizzazione, con la conseguenza che ci si deve limitare alla specifica indicazione di cosa propongono e prevedono le singole aree previste nella riforma.

4.1. Area di riforma 1

Per quanto riguarda il settore assicurativo, le proposte introdotte nel 2009 per realizzare la copertura universale della popolazione, si muovono su cinque diverse direttive.

La prima è relativa all'ampliamento e omogeneità della quota di popolazione che aderisce a uno schema assicurativo. Per ciascuno dei tre schemi (EUBMI, NRCMI, UR-BMI) l'obiettivo è il 90% della popolazione di riferimento, in modo da colmare soprattutto i *gap* esistenti fra popolazione afferente allo schema rurale e quello dei residenti urbani. A tale ultimo fine viene proposto un incremento graduale delle sovvenzioni a carico dei Governi centrali e periferici tali da raggiungere i 120 RMB nel 2010 e crescere

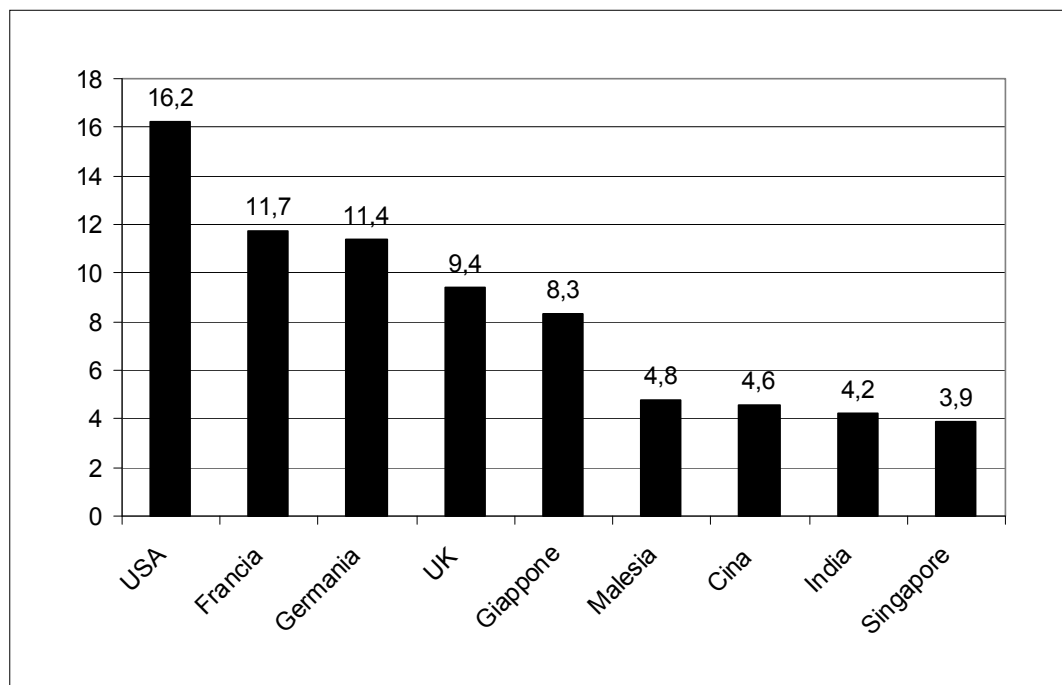


Figura 6
Spesa sanitaria totale sul Pil anno 2009
Fonte: World Health Organisation (2010)

ancora nel 2011. Inoltre, con particolare attenzione allo schema assicurativo UEBMI, si propone di estendere la possibilità di aderirvi anche ad altre categorie di lavoratori, come quelli che hanno un contratto a tempo determinato o gli studenti lavoratori o ancora i lavoratori che vivono in campagna ma lavorano nei centri urbani. La quarta direttrice riguarda una progressiva uniformità di tipologia di prestazioni garantite e quota di rimborso della spesa sostenuta al cittadino. Infine, si propone maggiore responsabilizzazione dei gestori dei tre schemi assicurativi attraverso la realizzazione di una contrattazione con i produttori sul valore al quale vengono vendute le prestazioni e impostando una modalità di pagamento che evita i pagamenti diretti da parte del cittadino e vede un finanziamento diretto fra assicurazione e struttura produttiva. L'obiettivo è chiaramente di contenere la spesa sanitaria, affiancato dalla necessità di evitare un'anticipazione dei fondi da parte del cittadino che, anche se godrà del rimborso, deve avere la somma di denaro a disposizione.

4.2. Area di riforma 2

Al fine di ridurre la spesa farmaceutica, si intende realizzare una lista di farmaci essen-

ziali (NEDL) che viene periodicamente aggiornata dal Governo centrale. La scelta dei farmaci da inserire nella lista deve avvenire nel rispetto di cinque criteri: necessità per la prevenzione o trattamento di una malattia, efficacia, economicità, praticità di utilizzo, possibilità di combinazione di uso fra la medicina occidentale e la tradizionale medicina cinese (TCM).

L'area di riforma prevede che i farmaci presenti nella lista siano oggetto di copertura da parte dei sistemi assicurativi e rimborsati in quota maggiore rispetto ai farmaci non inclusi. Per tale ragione è previsto che la Provincia sia responsabilizzata alla realizzazione di gare di acquisto di questi farmaci che dovranno avere un prezzo di acquisto inferiore a quello definito dal Governo centrale e che gli erogatori di prestazioni di base possano vendere solo farmaci inseriti nella NEDL e su di essi non possano applicare alcuna maggiorazione di prezzo.

4.3. Area di riforma 3

Il programma prevede un rafforzamento della rete di fornitori di assistenza sanitaria di base e il miglioramento della qualità dei professionisti che operano nelle cure primarie.

Il rafforzamento delle strutture si concentra prevalentemente nell'area rurale, dove è prevista la costruzione di 2.000 ospedali nelle *County*, il completamento della realizzazione di 29.000 centri di salute nelle *Town* e l'attivazione di centri medici di assistenza in ogni *Village*. Sul versante dei professionisti, è prevista l'attivazione di programmi di formazione che riguarderà operatori occupati nelle strutture presenti nei *Village* e nelle *Town*.

Il programma contempla anche la promozione dell'uso delle cure primarie incoraggiando i cittadini a rivolgersi alle strutture che le erogano come primo punto di consultazione, e a rivolgersi agli ospedali solo se hanno bisogno di cure secondarie e terziarie. I centri delle cure primarie saranno messi in condizione di erogare servizi di assistenza primaria usando tecniche appropriate, attrezzature e medicine essenziali.

4.4. Area di riforma 4

L'area in questione rappresenta un ulteriore sviluppo dell'area 3 e interessa le strutture ospedaliere. Prevede innanzitutto l'apertura alle strutture private e in particolare, almeno nella fase iniziale, a quelle *no-profit*. Nei loro confronti si contempla la possibilità di godere di benefici fiscali e di ottenere finanziamenti da soggetti privati.

La riforma opera altresì sul versante del finanziamento degli ospedali pubblici, prevedendo una progressiva riduzione del sovrapprezzo applicabile ai farmaci da compensare mediante maggiori sussidi governativi e la possibilità di maggiorare il prezzo di altri servizi.

Infine, è previsto un cambiamento inerente alla gestione degli ospedali, da un lato, mediante la separazione fra organi di gestione e organi di controllo e, dall'altro, attraverso la redazione di un mansionario che esplicita i compiti e le funzioni che devono essere svolti dai responsabili delle strutture ospedaliere.

4.5. Area di riforma 5

L'ultima area di riforma investe la sanità pubblica attraverso il lancio e, in alcuni più limitati casi, la prosecuzione di interventi di prevenzione. La logica con cui si muove la

riforma è di operare nei confronti di particolari categorie di utenti, come la fascia pediatrica e gli anziani, attraverso programmi di check-up periodici, e di tenere sotto controllo le patologie più gravi come Hiv/Aids.

Il sistema cinese, inoltre, prevede un ampio coinvolgimento della popolazione attraverso l'attivazione di una nuova stazione televisiva nel cui palinsesto sono previsti spettacoli, trasmissioni, rappresentazioni di educazione alla salute.

5. La situazione del sistema sanitario al 2011

Nel corso di una conferenza tenutasi a Pechino l'8 febbraio scorso per presentare la riforma sanitaria a rappresentanti della cooperazione internazionale, il Ministro della sanità, professor Chen Zhu, ha introdotto i progressi compiuti nelle aree prioritarie d'intervento, sottolineando gli spazi per ulteriore miglioramento e gli elementi di criticità (Cooperazione Italiana allo Sviluppo, 2010).

5.1. Area di riforma 1

Attualmente, l'87% della popolazione cinese è coperto da uno degli strumenti assicurativi governativi. L'elemento di novità più rilevante è l'estensione della copertura assicurativa nelle aree urbane, dove all'assicurazione medica di base per i lavoratori (UEBMI) è stata affiancata l'assicurazione medica di base per i residenti urbani (URBMI). La copertura congiunta di questi strumenti in contesto urbano ha raggiunto nel 2010 i 410 milioni di persone, pari a circa il 70% della popolazione urbana. Nelle campagne, la copertura del Nuovo schema medico cooperativo rurale (NRCMS) ha raggiunto il 94% della popolazione, pari a 833 milioni di persone (circa il 60% sul totale della popolazione cinese).

Il premio assicurativo minimo annuale per gli assicurati agli schemi URBMI e NRCMI è stato innalzato a 140 yuan pro-capite (120 a carico del governo, 20 del singolo utente). Tale aumento ha permesso l'estensione dei servizi coperti dall'assicurazione, con l'inclusione nel pacchetto di ulteriori spese ambulatoriali riconducibili a condizioni croniche e l'aumento dei rimborsi per le spese di ricovero (nei piani del Governo, i rimborsi

dovrebbero raggiungere il 50% delle spese ambulatoriali e il 60% delle spese in ospedalizzazione).

5.2. Area di riforma 2

Un nuovo sistema di farmaci essenziali è stato adottato in 30 Province e nel 70% delle *County* rurali. Comprende attualmente 307 farmaci essenziali per il trattamento delle malattie più comuni in Cina, a livello ambulatoriale. Di questi farmaci, la qualità, il prezzo e le modalità di commercializzazione sono stati standardizzati. Tali farmaci vengono attualmente utilizzati dal 60% delle strutture sanitarie cinesi. È stata inoltre avviata la raccolta di dati informatici relativi al monitoraggio dell'efficacia, costo/efficacia ed effetti collaterali di tali presidi. Il Ministero della sanità intende redigere un secondo elenco di farmaci per le cure ospedaliere, inclusivo anche delle tecnologie biomediche ritenute essenziali a livello di presidio.

5.3. Area di riforma 3

Sul piano delle infrastrutture, sono stati ristrutturati o costruiti *ex-novo* 830 ospedali di *County* (1/3 del totale), 1.900 centri sanitari di *Town*, oltre a 1.250 centri di salute di quartiere urbani e 8.000 ambulatori di *Village* in aree rurali.

A rinforzo della medicina rurale, ci si è avvalso della creazione di legami didattici/gestionali a cascata tra 900 grandi ospedali di II-III livello e 2.700 ospedali di *County* (ogni ospedale di II-III livello ha ricevuto ordine dal Ministero della sanità di supportare almeno tre ospedali di *County*) i quali a loro volta esercitano analoga funzione sui livelli inferiori (ospedali di *Town* e centri assistenziali di *Village*). Inoltre, 14.170 giovani medici sono stati reclutati per svolgere servizio a livello di cliniche rurali con fini di praticantato e formazione. Infine, si prevede un ulteriore potenziamento delle infrastrutture con costruzione e/o rifacimento di 2.000 nuovi ospedali di *County* e 5.000 nuovi centri nelle *Town*. Circa 5.000 giovani medici sono stati inviati con sponsorizzazioni governative in aree più o meno remote per lavorare in affiancamento e a sostegno dei medici di *Village* e di *Town*.

5.4. Area di riforma 4

Particolarmente interessante l'attività di sviluppo della gestione ospedaliera, area in cui si concentra una percentuale considerevole della spesa sanitaria. In tale area, nel corso del 2009, gli ospedali hanno visto un ulteriore incremento del costo delle cure, pari al 2,5% per il settore ambulatoriale e al 4,2% per i ricoveri. Al fine di governare maggiormente tale area di riforma, all'inizio del 2010 sono state selezionate come sedi di progetti pilota sedici aree urbane. L'obiettivo è di esplorare nuovi meccanismi di gestione con particolare riferimento alla attivazione di percorsi clinici, e tal fine ne sono già stati individuati per 112 patologie tra le più comunemente trattate in ambito ospedaliero, con l'obiettivo per il 2011, di arrivare alla definizione di 300 processi assistenziali relativi alla diagnosi e cura delle più frequenti affezioni riscontrate in regime di ricovero. La sperimentazione è arrivata, nel 2010, a interessare 110 strutture ospedaliere di secondo e terzo livello (Ministry of Health of P.R., 2007). Il 25 ottobre 2010 il Ministero della sanità cinese ha reso noti alcuni dati preliminari relativi all'adozione di protocolli di cura e di percorsi clinici in 54 ospedali, a carico di 8.826 pazienti. I risultati, pur con eccezioni che necessitano di ulteriore analisi, dimostrano una generale riduzione del costo delle cure e della degenza media per i pazienti che hanno seguito percorsi clinici standardizzati. La riduzione media della durata di degenza è stata di 3,93 giorni nell'Ospedale universitario «Huaxi» di Chengdu, mentre il costo del ricovero è calato del 33,4% nell'Ospedale del popolo di Jilin.

Inoltre, al fine di introdurre meccanismi di controllo dei costi attraverso diverse modalità di finanziamento delle prestazioni ospedaliere, il Ministro della sanità ha espressamente richiesto un supporto alle cooperazioni dei Paesi del G7 per agevolare l'introduzione del meccanismo di pagamento mediante il sistema di classificazione Drg anche in Cina. Altri provvedimenti sono previsti per il miglioramento della gestione ospedaliera, come l'estensione dell'orario di apertura e funzionamento di alcuni servizi ambulatoriali, passando dall'attuale fascia della mattinata in tutti i giorni feriali alla possibilità di accesso 24h su 24 e sette giorni a settimana.

	1990	2000	2009
Spettanza di vita alla nascita in anni	68	72	74
Mortalità infantile per 1000 nati	38	27	16

Tabella 4

Spettanza di vita alla nascita e mortalità infantile. Anni 1990-2009
Fonte: World Health Organisation (2010)

5.5. Area di riforma 5

Sul piano della sanità pubblica di base, nel 2009, sono stati effettuati esami gratuiti per 32 milioni di donne in età fertile e 980.000 esami di *screening* per il carcinoma mammario. Inoltre, sono stati assicurati la somministrazione di acido folico e il parto assistito in ospedale per 6,27 milioni di mamme. Settantotto milioni di cinesi hanno ricevuto la vaccinazione contro l'influenza H1N1 nel 2009.

È cominciata, inoltre, nel 2010 l'immunizzazione contro il virus dell'epatite B di 28,1 milioni di cinesi al di sotto dei 15 anni di età.

6. Conclusioni

Il sistema sanitario della Cina ha indubbiamente intrapreso un lungo e difficile percorso di rinnovamento volto a modificare la situazione che si è creata con gli interventi realizzati prima del 2003. I passi attuali della riforma si muovono sulla strada tracciata dalle prime modifiche introdotte nel corso del 2003 e caratterizzata per:

- mantenimento di un sistema di tipo assicurativo;
- priorità di attenzione alle fasce deboli della popolazione;

Tabella 5

Spesa sanitaria totale sul Pil e spesa sanitaria privata sul totale della spesa sanitaria
Fonte: Chinese Health Statistical Digest (2009)

	Spesa sanitaria totale sul Pil anno 2009	Spesa sanitaria privata su totale spesa sanitaria anno 2009
USA	16,2	51,4
Francia	11,7	20,8
Germania	11,4	21,2
UK	9,4	16,4
Giappone	8,3	18,5
Malesia	4,8	55,2
Cina	4,6	49,7
India	4,2	67,2
Singapore	3,9	58,5

- contenimento dei costi della sanità, e in particolare della quota a carico dei cittadini;
- ruolo più importante e pregnante del Governo centrale nella gestione del sistema sanitario.

Certamente notevoli miglioramenti sono stati introdotti e numerosi risultati sono stati raggiunti.

Se, infatti, si getta uno sguardo ad alcuni indicatori epidemiologici, come la spettanza di vita alla nascita e la mortalità infantile, è evidenziabile un miglioramento costante nel tempo al quale la politica sanitaria ha certamente contribuito (**tabella 4**). Tuttavia, se si analizza l'andamento della spesa sanitaria rispetto al Pil, è palese che essa mantiene un andamento di leggera crescita negli anni (pari al 4,2% nel 2007, passa al 4,3% nel 2008 e raggiunge il 4,6% nel 2009) a fronte, però, di un incremento decisamente più cospicuo del Pil sempre superiore al 9% annuo (International Monetary Fund, 2011). Ciò pare dimostrare che vi è un potenziale di crescita del settore sanitario che non ha ancora trovato piena soddisfazione.

Alla stessa conclusione si arriva se si effettua un confronto della spesa sanitaria rispetto al Pil fra la Cina e alcuni Paesi dell'area asiatica e alcuni dei Paesi più industrializzati dell'America e dell'Europa (**tabella 5**). Il valore della Cina è molto distante da quello degli USA e dei Paesi europei, mentre si allinea con quello degli altri Paesi asiatici. Inoltre, come negli altri Stati dell'Asia e negli USA, in Cina vi è ancora una rilevante percentuale di spesa sanitaria privata, che crea una netta differenziazione fra il sistema sanitario cinese e quelli, ad esempio, della Germania e della Francia.

La numerosità della popolazione, la sua dispersione geografica e le sue inique condizioni economiche sono di grande ostacolo alla realizzazione di un sistema sanitario universalistico con la conseguenza che numerose differenze continuano a sussistere: disparità sulla salute e iniquità all'accesso alle cure possono essere osservati tra le aree rurali e quelle urbane, fra soggetti con attività lavorativa e disoccupati fra fascia pediatrica e anziana della popolazione e popolazione in età attiva.

Il problema va probabilmente affrontato in una logica globale, partendo dalla consta-

tazione che il sistema sanitario è parte del più ampio sistema economico e, come tale, è influenzato dalle politiche intraprese negli altri settori, quali ambiente, industrie, terziario ed è costituito dall'insieme di persone e organizzazioni che agiscono per soddisfare i bisogni della popolazione mediante l'utilizzo delle risorse di vario tipo.

Diventa dunque importante uno spostamento di *focus* dell'azione politica se si vuole garantire un esito positivo all'intero processo riformista messo in atto.

In primis, occorre spostarsi da un riordino limitato esclusivamente al settore sanitario a una riforma che tenga conto delle influenze dei diversi settori sulla salute, come l'ambiente (il grado di inquinamento), l'istruzione (il livello di scolarità della popolazione), l'edilizia (il livello igienico delle zone di abitazioni), e agisca con una visione intersettoriale dei problemi di salute. A tal proposito, una revisione critica del sistema sanitario della Cina condotta da professori universitari statunitensi e cinesi (Claeson, 2004) ha evidenziato come una reale possibilità di successo delle riforme sanitarie risieda innanzitutto nella modifica della concezione della *Public Health* e nella sua riorganizzazione. Gli autori sono stati espliciti nell'enumerare una serie di problemi della sanità pubblica, il primo dei quali risiede nel fatto che la *Public Health*, che in Cina è tradizionalmente definita come l'attività degli enti che forniscono servizi di sanità pubblica, deve includere le altre componenti della salute pubblica lavorando a stretto contatto con altri attori quali comunità, scuole, imprese e mass media. Ciò comporta la necessità di investire sui professionisti della *Public Health*, mettendo mano alla loro formazione agendo direttamente sulle università. In Cina, infatti, sono pochi gli atenei che hanno attivato le specialità di sanità pubblica, inoltre la formazione che offrono è molto più orientata agli aspetti medico-clinici e meno alla epidemiologia, agli strumenti di gestione delle strutture sanitarie e dei servizi, alle scienze economiche o alle tecniche e modalità di promozione ed educazione alla salute.

In secondo luogo, è importante che l'azione politica non si limiti alla iniezione di risorse finanziarie nel settore sanitario, ma provveda anche all'effettivo governo delle modalità con cui tali fondi vengono utilizzati nella erogazione dell'assistenza sanitaria. Una grande op-

portunità è rappresentata dall'erogazione dei farmaci, in quanto il sistema potrebbe, da un lato, porre un freno all'eccesso di prescrizioni da parte delle strutture ospedaliere, dall'altro, spingere sull'impiego di farmaci generici e di farmaci da banco. Tale cambiamento impatterebbe anche sull'assetto dell'industria farmaceutica, permettendo la fusione di piccole società in una grande azienda produttrice capace di realizzare economie di scala e, quindi, di vendere i prodotti a prezzi inferiori. Nel 2007, infatti, in Cina si registravano circa 13.000 aziende farmaceutiche contro le 70 presenti negli USA e le 130 in Giappone.

In terzo luogo, è necessario che l'azione politica non solo provveda alla costruzione o riammodernamento delle strutture ospedaliere come presupposto per migliorare l'accesso ai servizi sanitari da parte di tutta la popolazione, ma si preoccupi anche di governare la capacità economica dei singoli di poter accedere alle infrastrutture. La necessità emerge dai dati forniti dal *China Statistical Yearbook* (China Statistics, 2010), che evidenziano come negli ospedali di I livello il tasso di utilizzazione di posti-letto oscilla tra il 38% e l'82% dal 2003 al 2008, mentre negli ospedali rurali di *Town* oscilla dal 35% al 50% circa nello stesso periodo. La causa è probabilmente da attribuirsi al sistema di rimborso esistente nei diversi schemi assicurativi che copre una residua percentuale del prezzo della prestazione svolgendo un ruolo deterrente. A tal proposito, Hougaard evidenzia come una azione sulle quote di rimborso sarebbe auspicabile per estendere la copertura assistenziale.

In merito al riammodernamento della rete ospedaliera, è stato osservato che una soluzione percorribile per accelerare i tempi è quella del partenariato pubblico-privato. In altri termini, in attesa che si realizzi il più lento processo di apertura alle strutture private per lo più *no-profit*, costituisce un'opportunità cercare di convogliare capitali dal settore privato al settore pubblico attraverso la realizzazione di società miste capaci di operare in quelle zone del Paese meno servite e più isolate.

Infine, pare necessario che l'intervento politico sposti la sua attenzione dal potenziamento delle risorse professionali in ambito sanitario e della loro competenza e capacità alla innovazione della normativa che disciplina i rapporti individuali di lavoro e ne regola

gli aspetti retributivi, in modo coerente con un sistema sanitario che vuole contenere le spinte tipiche del mercato liberista.

A tal proposito, un chiaro suggerimento viene fornito da Claeson (2004) che, nell'evidenziare come gli stipendi dei professionisti sanitari siano costituiti da due parti, di cui una è il salario standard e l'altra è una quota di partecipazione ai profitti delle istituzioni

sanitarie, sottolinea che vi è un chiaro incentivo a far sì che gli operatori sanitari forniscano servizi a pagamento agli utenti o moltiplichino le tipologie di prestazioni erogate. Al fine di garantire maggiore possibilità di accesso a tutta la popolazione ed evitare impennate di spesa sanitaria, pare opportuno agire anche sui contratti di lavoro, rendendoli coerenti con le nuove linee di riforma.

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

- BROMBAL D. (2008), «Cina», in *Osservatorio italiano sulla salute globale. Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni*, Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, ETS, Pisa, pp. 346-353.
- CHINA STATISTICS (2010), «China Statistical Yearbook 2010», <http://www.chinastatistics.net/china-statistical-yearbook-2010-m-9.html> (ultimo accesso 8 novembre 2011).
- CITY LABOR AND SOCIAL SECURITY BUREAU (2004), «Announcement about expansion of social insurance coverage in 2004», *Tianjing Policy News*, March 31.
- CLAESON M., WANG H., HU S. (2004), *A Critical review of Public Health in China*, World Bank, Washington DC.
- DONG Z., PHILLIPS M.R. (a cura di) (2008), «Evolution of China's health care system», *Lancet*, 372, pp. 1715-16.
- EGGLESTON K., LI L. (a cura di) (2008), «Health service delivery in China: a literature review», *Health Economics*, 17, pp. 149-165.
- HESKETH T., WEI XING Z. (a cura di) (1997), «Health in China from Mao to market reform», *British Medical Journal*, Vol. 314, 24 maggio, pp. 1543.
- HOUGAARD J.L., OSTERDAL L.P. (a cura di) (2008), «The Chinese health care system: structure, problems and challenges», *Applied Health Economics and Health Policy*, 9(1), pp. 1-13 <http://www.econ.ku.dk/Research/Publications/pink/2008/0801.pdf> (ultimo accesso 20 giugno 2011).
- INTERNATIONAL MONETARY FUND (2011), <http://www.imf.org/external/index.htm> (ultimo accesso 9 novembre 2011).
- LEI X., LIN W. (a cura di) (2009), «The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health?», *Health Economics*, July, 18 Suppl. 2, S25-46.
- COOPERAZIONE ITALIANA ALLO SVILUPPO (2010), *L'intervento della cooperazione italiana in Cina*, Ministero degli Affari Esteri, pp. 39-50.
- MINISTRY OF HEALTH OF P.R (2007), *China Health Statistical Digest*, Beijing, Peking union medical college press.
- MINISTRY OF HEALTH OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA (2008), «Chinese health annual report», <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moh-bgt/s8274/200809/37759/htm> (ultimo accesso 23 novembre 2010).
- MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL SECURITY POLICY (1988), «Public health service administration act of 1988», <http://trs.molss.gov.cn/was40/mainframe.htm> (ultimo accesso 7 novembre 2011).
- QIAN H.P., HUANG W.L. (2007), «The influence and comparison of finance scheme on the development of medical care system», *China Medical Research*, 1, pp. 101-3.
- STATE COUNCIL EVALUATION GROUP FOR THE URBMI PILOT PROGRAM (2008), «Report on URBMI Pilot Programs», China.
- SAI MA, NEERAJ SOOD (a cura di) (2008), «A Comparison of the Health Systems in China and India», Rand, Occasional Paper, pp. 5, traduzione libera.
- SHAOGUANG W. (2003), «People's health matters too», <http://chinastudygroup.net/2003/11/peoples-health-matters-too/>, 1 November.
- SIDEL R., SIDEL V.W. (a cura di) (1982), *The health of China*, Beacon Press, Boston.
- STATE COUNCIL CHINA (2007), «Instructions on establishing the urban employee essential medical scheme», State Council document n. 20.
- WAGSTAFF A., LINDELOW M. (a cura di) (2009), «Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme», *Journal Health Economics*, 28 (1), 26, pp. 1-19.
- WANCHUAN L., GORDON L. (a cura di) (2009), «The urban resident basic medical insurance: a landmark reform toward universal coverage in China», *Health Economics*, 18, pp. S83-S96.

Rendicontazione sociale e apprendimento organizzativo: il bilancio sociale di mandato della Asl Roma E

P. GRASSO, M. GOLETTI, A. TANESE, G. GUMIRATO, E. DI FILIPPO

The paper describes the steps through which the first Social Report in Asl Roma E has been drafted. The aim of project was explaining the process of change carried out in the period 2006-2010 to citizens and to the local community in a critical context troubled by economical and organizational difficulties. The project contains two distinctive elements of innovation: first, the professionals' involvement in hard work of «re-reading» the activities carried out, which allowed to keep track of the organizational change and was useful as a guide for future planning; the second element is represented by the participation of over 40 local stakeholders in the evaluation of the results gained by the public health authority, in order to give more transparency.

Keywords: social report, accountability, stakeholder engagement

Parole chiave: rendicontazione sociale, accountability, stakeholder

Note sugli autori

Pietro Grasso è stato direttore generale della Asl Roma E nel periodo agosto 2005-giugno 2010, Mauro Goletti è stato direttore sanitario della Asl Roma E nel periodo settembre 2005-settembre 2010, Angelo Tanese è stato direttore amministrativo della Asl Roma E nel periodo settembre 2005-febbraio 2010, Gino Gumirato è stato direttore amministrativo della Asl Roma E nel periodo febbraio-dicembre 2010, Emiliano Di Filippo ha coordinato l'attività metodologica e formativa del processo di realizzazione del Bilancio Sociale di mandato della Asl Roma E

1. Introduzione

L'articolo descrive il percorso di rendicontazione sociale realizzato tra il 2009 e il 2010 dall'Azienda Usl Roma E e che ha condotto alla realizzazione del primo bilancio sociale dell'Azienda, riferito al periodo 2006-2010.

La peculiarità del progetto realizzato può essere ricondotta ad alcuni elementi di contesto e alle scelte sottostanti l'iniziativa.

Rispetto al contesto, va sottolineato che la Asl Roma E ha operato, nel periodo oggetto di rendicontazione, all'interno di un sistema sanitario – quello della Regione Lazio – particolarmente critico. Sul fronte economico, l'emersione nel 2006 di un debito consolidato estremamente gravoso e l'esistenza di una situazione di deficit strutturale hanno comportato l'adozione di un Piano di rientro con misure drastiche di risanamento (quale, ad esempio, il totale blocco del *turn-over* dal 2007), confluite a partire dal 2009 nel commissariamento delle funzioni di governo regionale. Sul fronte finanziario, la riduzione progressiva di liquidità aveva condotto sin dalla fine del 2006 alla totale paralisi dei pagamenti dei fornitori di beni e servizi e all'incremento esponenziale di decreti ingiuntivi e pignoramenti. Sul fronte organizzativo, la Regione ha imposto tempi lunghi per l'adozione del nuovo atto Aziendale, con un *iter* completato solo nella primavera del 2008 e ha comunque sospeso le procedure di copertura di eventuali ruoli apicali vacanti.

La Direzione della Asl Roma E insediata nell'agosto-settembre 2005 ha avviato un profondo processo di riposizionamento

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il percorso di cambiamento della Asl Roma E: trasparenza, partecipazione e innovazione organizzativa
3. Obiettivi e finalità del progetto Bilancio sociale di mandato Asl Roma E
4. Il percorso di rendicontazione della Asl Roma E: metodologia e fasi di costruzione del documento
5. La struttura e i principali contenuti del Bilancio sociale di mandato
6. La rendicontazione delle aree sanitarie: dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati da parte degli *stakeholder*
7. Conclusioni. Punti di forza e di debolezza dell'esperienza realizzata

strategico, riorganizzazione interna e risanamento economico-finanziario dell'Azienda. L'enorme disavanzo ereditato dalla precedente gestione (l'esercizio 2005 si chiudeva con una perdita di ben 246 milioni di euro) e le criticità organizzative emerse da una analisi condotta nei primi mesi del nuovo mandato, obbligavano a porre in essere interventi strutturali immediati.

La volontà di realizzare un bilancio sociale 2006-2010 nasceva quindi, a fine 2009, dopo quattro anni di lavoro, come momento di rilettura e di esplicitazione all'interno e all'esterno dell'Azienda del percorso fatto, con l'obiettivo di favorire la condivisione interna e la rendicontazione ai portatori di interesse istituzionali e alla collettività dei cambiamenti realizzati. L'esito di tale percorso è un documento realizzato con il coinvolgimento di oltre cento professionisti dell'Azienda e consultando più di quaranta *stakeholder* esterni, in uno spirito di trasparenza e di partecipazione diffusa.

Il bilancio sociale della Asl Roma E 2006-2010 è stato così anche il tentativo di costruire una memoria del cambiamento per la Asl Roma E, lasciando all'organizzazione, alle successive direzioni e a tutti gli operatori una traccia sensibile del percorso realizzato e un quadro esplicito dei risultati raggiunti e delle questioni ancora aperte, a partire dal quale elaborare nuove strategie e azioni per il futuro.

2. Il percorso di cambiamento della Asl Roma E: trasparenza, partecipazione e innovazione organizzativa

2.1. Le criticità iniziali

Al momento dell'insediamento della Direzione aziendale nel settembre 2005, le condizioni della Asl Roma E erano tali da richiedere un notevole sforzo di ripensamento complessivo della modalità di governo dell'Azienda. In particolare, apparivano critici tre elementi strutturali:

1) un deficit significativo e in progressiva crescita, unito a una debolezza degli strumenti posti in essere per il governo economico dell'Azienda (vedi **figura 1**);

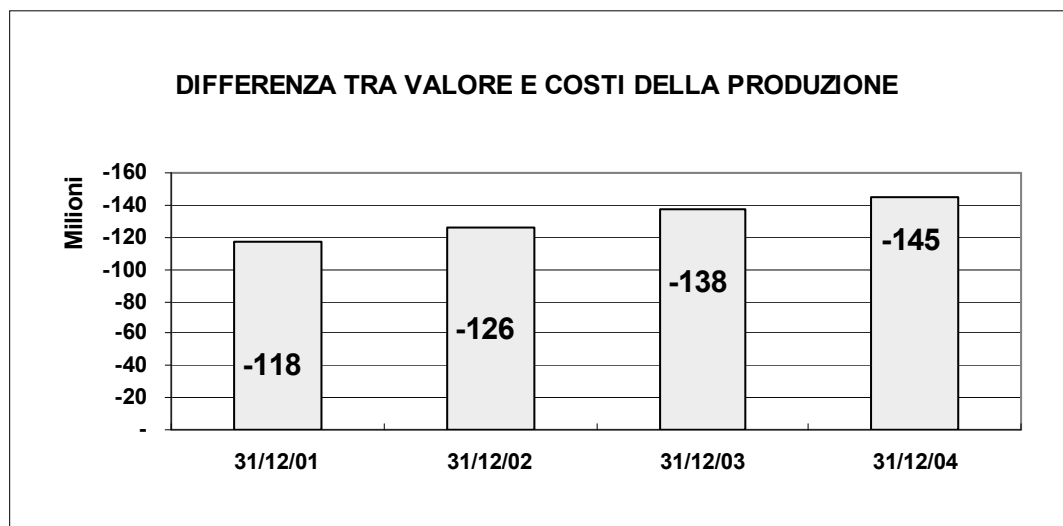
2) la presenza di oltre l'85% dell'offerta di servizi ai residenti erogata da altre aziende pubbliche o private provvisoriamente accreditate presenti sul territorio, con l'assenza di strumenti per assumere un effettivo ruolo di committenza da parte della Asl;

3) una diffusa mancanza di percezione di tale situazione all'interno dell'Azienda, priva delle condizioni organizzative in grado di consentire il recupero di un ruolo forte sul territorio.

La scelta iniziale è stata dunque, da subito, quella di orientare l'Azienda all'innovazione e al cambiamento, coniugando in un'unica strategia gli aspetti di governo economico e gestionale, da un lato, con quelli del governo

Figura 1

Le criticità economiche della Asl Roma E. Differenza tra valore e costi della produzione nel periodo 2001-2004



clinico, più orientati alla dimensione professionale e di servizio al cittadino, dall'altro.

Le criticità interne all'Azienda, peraltro, si inserivano in un quadro regionale più ampio altrettanto critico, con la prospettiva del commissariamento per il disavanzo strutturale, la progressiva riduzione delle risorse, la crisi di liquidità per far fronte ai pagamenti dei fornitori, ecc.

Appariva quindi necessario e urgente elaborare ed esprimere da subito degli orientamenti strategici chiari rispetto al percorso di cambiamento da porre in essere. Individuare la rotta e poi tenere ben salda la direzione da seguire. Per questo, i primi 100 giorni di governo dell'Azienda sono stati finalizzati a mettere in moto l'organizzazione avviando un percorso di cambiamento profondo, che sarà oggetto di un'azione continua e sistemica nell'arco degli anni successivi.

2.2. L'analisi partecipata della situazione di partenza e la definizione di un indirizzo strategico

Nei mesi di settembre e ottobre 2005 la Direzione aziendale ha realizzato un'attività di ricognizione e di analisi organizzativa sui servizi e sul funzionamento dell'Azienda, anche con il coinvolgimento di tutti i dirigenti responsabili delle macrostrutture aziendali (dipartimenti, aree, distretti e presidi ospedalieri).

Questa prima fase ha condotto (novembre 2005) a una prima diagnosi condivisa con i dirigenti apicali in merito alle principali criticità dell'Azienda, relative a evidenti disfunzioni organizzative, un utilizzo non adeguato delle risorse aziendali e un basso livello di cultura del risultato. L'analisi aveva peraltro evidenziato anche dei valori positivi presenti nell'organizzazione, che lasciavano emergere un buon livello di cultura professionale da parte degli operatori e un'aspettativa diffusa di cambiamento.

Il 30 novembre 2005 sono stati quindi presentati e discussi gli indirizzi strategici aziendali per il triennio 2006-2008, recuperando un orientamento di fondo alla qualità dei servizi, alla qualificazione della produzione e all'efficienza dei processi organizzativi, che potesse fornire a tutti gli operatori nuovi e chiari indirizzi per il cambiamento:

1) costruire reti nel socio-sanitario, nell'offerta assistenziale e nei servizi di supporto;

2) sviluppare politiche di promozione della salute e di prevenzione dei rischi e dei danni;

3) basare le scelte aziendali su logiche di *health care policy*;

4) orientare professionalità e organizzazione alla qualità dei servizi e al governo clinico;

5) migliorare l'accessibilità ai servizi;

6) adottare politiche per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze del personale;

7) ottimizzare i processi per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni;

8) realizzare un piano di risanamento economico e di qualificazione degli investimenti.

Inoltre, per garantire il ripristino delle condizioni per il governo dell'Azienda e il perseguimento degli indirizzi strategici, alla fine del 2005 si sono contemporaneamente avviati:

1) il processo di *budget operativo* 2006, con la definizione di una scheda per ciascuna struttura complessa dell'Azienda, contenente gli obiettivi specifici e gli indicatori per il monitoraggio e la misurazione dei risultati;

2) l'attivazione di specifici *cantieri aziendali*, vale a dire di *task force* e gruppi di lavoro trasversali a diverse strutture aziendali, con il compito di affrontare e risolvere criticità prioritarie dell'Azienda, attraverso una forte integrazione tra i servizi e una maggiore responsabilizzazione sui risultati;

3) il percorso di realizzazione e di riallineamento degli atti di *bilancio* dell'Azienda, al fine di garantire una reale emersione del disavanzo aziendale relativo agli esercizi 2004-2005 e il quadro complessivo del debito pregresso al 31 dicembre 2005, nonché la predisposizione del bilancio di previsione 2006 in linea con le direttive regionali di riduzione dei costi.

Alla fine dei «primi 100 giorni» appariva dunque avviato un lavoro faticoso e altrettanto necessario di definizione di regole, procedure, obiettivi, progetti, processi organizzativi e gestionali, strumenti di monito-

raggio e controllo dei costi e di misurazione dei risultati, con i quali garantire il ripristino di livelli accettabili di funzionalità, costruendo così una nuova organizzazione.

2.3. Le tappe del successivo percorso di cambiamento

Nel periodo 2006-2010 l'Azienda ha sviluppato il processo di cambiamento avviato sin dalla fine del 2005, con l'obiettivo di rendere coerenti tutte le azioni intraprese con il perseguimento degli indirizzi strategici definiti. Gli elementi chiave e qualificanti della strategia di cambiamento sono stati:

- il processo di riorganizzazione dell'Azienda;
- il processo di programmazione, controllo e valutazione dei risultati;
- il processo di riqualificazione dell'offerta di servizi;
- il processo di rafforzamento della funzione di committenza,

portati avanti in parallelo nell'arco del quinquennio.

Elemento cardine della nuova strategia di governo dell'Azienda è stata la chiara individuazione dei dirigenti, e in particolare dei circa cento direttori di struttura complessa, quali principali protagonisti e responsabili del processo di cambiamento.

Con il tempo, le criticità individuate nei primi mesi si sono sempre più evidenziate. Il cambiamento, infatti, implica necessariamente il conflitto con abitudini, resistenze e comportamenti, interni ed esterni all'Azienda, che possono ostacolare o rallentare il percorso.

Il Piano di rientro regionale, introdotto con la Del. G.R. n. 149 del 6 marzo 2007, ha introdotto per l'Azienda ulteriori vincoli e obiettivi, riducendone gli spazi di autonomia.

Il biennio 2008-2009 è stato, inoltre, interessato da nuovi cambiamenti nei rapporti con il livello regionale, che ha visto l'avvicendamento di diversi direttori regionali dell'Assessorato, le dimissioni dell'Assessore regionale alla Sanità, la nomina del presidente della Giunta regionale quale commissario *ad acta* e di un sub-commissario, per

finire con le dimissioni dello stesso presidente della Giunta, con l'individuazione di un nuovo commissario *ad acta* di nomina governativa.

Malgrado l'insieme di tutti questi elementi di incertezza, l'Azienda ha proseguito con costanza il percorso avviato seguendo una linea di consolidamento progressivo del cambiamento.

Le tappe di questo percorso sono sintetizzate nel **box 1**.

3. Obiettivi e finalità del progetto Bilancio sociale di mandato Asl Roma E

3.1. Il bilancio sociale come espressione della responsabilità propria dell'ente pubblico

Il progetto aziendale «Rendicontazione Sociale di mandato» dell'Asl Roma E si colloca nel quadro delle iniziative attuate negli ultimi anni da tante amministrazioni pubbliche, anche in ambito sanitario, nella sperimentazione di nuove forme di rendicontazione, superando la centralità del bilancio economico-finanziario. Sempre più diffusa è, infatti, la necessità di leggere e valutare l'operato delle aziende sanitarie anche in termini di benefici per la collettività, ricostruendo la catena di senso tra obiettivi, risorse utilizzate, azioni intraprese e risultati raggiunti.

Va peraltro sottolineato che anche la Regione Lazio aveva promosso tali percorsi con la Legge finanziaria per l'anno 2007, in cui prevedeva l'adozione del bilancio sociale quale strumento di rendicontazione per le aziende sanitarie e di sperimentazione di una «modalità di gestione partecipata e di meccanismi di confronto, dialogo e concertazione con gli enti locali, le associazioni di categoria e le associazioni dei pazienti sulla nuova programmazione sanitaria, al fine di renderla il più possibile partecipata».¹

In tale prospettiva, nella seconda metà del 2009 il Collegio di direzione dell'Asl Roma E ha condiviso l'opportunità di avviare un processo di rendicontazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'Azienda nel periodo di mandato dell'allora direzione, al fine di accrescere la trasparenza dell'azione amministrativa e il dialogo con gli interlocutori interni ed esterni.

Box 1

Il percorso di cambiamento
«a tappe» della ASL
Roma E 2006-2010

2006 - Anno della programmazione e della razionalizzazione amministrativa

- avvio del processo di *budget* con valutazione dei risultati
- garanzia del rispetto del vincolo economico
- attivazione dei cantieri aziendali e valutazione dei risultati raggiunti
- drastica riduzione del contenzioso e dei costi per patrocinio legale
- riduzione dei costi diretti di gestione
- introduzione di obiettivi integrati tra ospedale e territorio
- procedure concorsuali
- stabilizzazione di alcune strutture

2007 - Anno del cambiamento

- completamento processo di revisione Atto aziendale
- attuazione delle azioni previste dal Piano di rientro
- inversione di tendenza della spesa farmaceutica
- azioni per l'integrazione tra ospedale e territorio
- partecipazione civica e realizzazione dell'*Audit* civico
- definizione del Piano attuativo territoriale

2008 - Anno dei risultati

- approvazione regionale dell'Atto aziendale
- miglioramento e/o attivazione di nuovi servizi ai cittadini
- attribuzione degli incarichi dirigenziali
- pieno controllo della spesa e rispetto vincoli economico-finanziari
- avvio pagamenti fornitori con riduzione tempi e interessi di mora

2009 - Anno del consolidamento

- processi e percorsi diagnostico-terapeutico
- consolidamento del nuovo assetto organizzativo e regolamenti
- rispetto dei vincoli del Piano di rientro con azioni strutturali
- priorità degli interventi sui bisogni di salute della popolazione
- ulteriore conferma rispetto vincoli economico-finanziari
- pagamento fornitori a 180 giorni

3.2. Gli obiettivi del progetto

Nello specifico, il percorso di rendicontazione sociale, avviato nel mese di novembre 2009 e conclusosi a giugno 2010, ha inteso perseguire gli obiettivi di:

– integrare le logiche di responsabilità sociale nei processi di programmazione e controllo dell'Azienda;

– individuare gli indicatori più pertinenti per valutare il «valore sociale» prodotto dall'Asl per la propria comunità di riferimento;

– rendere comparabili i risultati raggiunti nel tempo (evoluzione del dato negli anni) e nello spazio (confronto tra distretti della stessa Azienda);

– coinvolgere tutte le diverse strutture (ospedali, distretti, dipartimenti, staff) nella sua costruzione, aumentando così il grado di consapevolezza degli operatori nel raggiungimento degli obiettivi aziendali dal punto di vista del destinatario finale, e favorendo una visione di sistema dell'Azienda, non sempre e a tutti evidente;

– utilizzare il bilancio sociale come base informativa su cui attivare una più stretta e rappresentativa relazione con i diversi interlocutori e impostare momenti di dialogo per aumentare la legittimazione e l'efficacia delle scelte aziendali e la qualità dei servizi;

– diffondere la pratica di rendicontazione sociale, coinvolgendo per primi nel percorso e nella cultura di responsabilità sociale enti, aziende e organizzazioni che partecipano

all'implementazione delle politiche e all'erogazione dei servizi dell'Asl Roma E.

Con la sperimentazione del Bilancio sociale di mandato, ovviamente, non si è voluto sostituire o ridurre l'importanza di altri strumenti di rendicontazione, e soprattutto del bilancio economico-patrimoniale che, in una situazione di disavanzo strutturale dell'Azienda, non poteva che assumere una funzione fondamentale di governo. Al contrario, si è cercata l'integrazione con essi (e in particolare con l'adozione del bilancio di esercizio 2009), mostrando una nuova chiave di lettura nella rappresentazione dei risultati raggiunti dall'Azienda: rileggere le performance dal «punto di vista» del destinatario esterno, gli utenti dei servizi e la comunità di riferimento.

3.3. L'approccio: «rendersi conto» per «rendere conto»

L'originalità del progetto consiste nell'aver sperimentato un modello di rendicontazione sociale e, in particolare, di Bilancio sociale di mandato, che incorpora al suo interno sia la dimensione di maggiore consapevolezza e coinvolgimento degli attori (il «rendersi conto») sia la dimensione di visibilità e trasparenza delle azioni e dei risultati (il «rendere conto») in una prospettiva di *accountability*. Il Bilancio sociale non è stato dunque concepito come mero strumento di comunicazione e di «promozione dell'immagine», ma come l'esito di un processo più profondo di partecipazione degli attori interni ed esterni alla ricostruzione della «catena di senso» della programmazione, gestione e valutazione delle politiche intraprese e degli interventi realizzati.²

Infatti, come si vedrà più nello specifico successivamente, il processo di rendicontazione sociale realizzato dall'Azienda ha previsto, quale elemento di rilievo nel panorama nazionale delle esperienze di Bilancio sociale nelle aziende sanitarie, un coinvolgimento strutturato dei portatori di interessi. Al fine di evitare l'autoreferenzialità del documento si è, infatti, cercato di confrontare e mettere in evidenza le azioni poste in essere e i risultati raggiunti dall'Azienda con i giudizi e le valutazioni dei principali interlocutori.

4. Il percorso di rendicontazione della Asl Roma E: metodologia e fasi di costruzione del documento

4.1. Il modello teorico di riferimento

Il Bilancio sociale di mandato 2006-2010 dell'Asl Roma E è stato redatto in conformità ai contenuti e alle indicazioni metodologiche definite dalla Direttiva sulla rendicontazione sociale del Dipartimento della funzione pubblica contenente le Linee guida per la redazione del bilancio sociale specifiche per il settore pubblico.³ Tale metodologia era già maturata nell'ambito del Programma Cantieri del Dipartimento della funzione pubblica, attraverso la pubblicazione del Manuale *Rendere conto ai cittadini*, per la realizzazione del Bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche e la sperimentazione della stessa presso 70 amministrazioni pubbliche di diversi livelli di governo (Tanese, 2004).

Tali riferimenti sono stati considerati un valore aggiunto nella scelta della metodologia da parte della Direzione aziendale, anche perché molti degli standard di redazione disponibili sono nati prevalentemente da esperienze realizzate in aziende private e, quindi, non in grado di tenere conto delle specificità del contesto pubblico.

4.2. La costituzione di un gruppo-guida

Dopo aver scelto la metodologia e prima di avviare la fase di elaborazione del documento, sono state realizzate alcune attività di impostazione del percorso. La prima è stata quella di definire il Gruppo di lavoro Bilancio sociale, composto da un livello guida e un livello tecnico-operativo, denominato «Laboratori di rendicontazione».

Il Gruppo guida ha: indirizzato il processo di rendicontazione e lo ha adeguato alle esigenze gestionali e comunicative dell'Azienda sanitaria; esplicitato gli obiettivi del percorso e definito il piano di lavoro; orientato alle logiche di responsabilità sociale l'intero ciclo gestionale, integrando i sistemi di programmazione, controllo, comunicazione e valutazione con il processo di rendicontazione sociale; creato sinergie con altri progetti strategici in corso di svolgimento, come il premio all'eccellenza e all'innovazione.⁴ Al suo interno, al momento dell'avvio, sono sta-

ti presenti il Direttore generale, il Direttore sanitario, il Direttore amministrativo, alcuni direttori di Dipartimento, Area e Distretto, nonché il consulente coordinatore del progetto.

4.3. I Laboratori di rendicontazione

Il livello tecnico del Gruppo, che comprende i soggetti referenti degli ambiti di attività rendicontati, si è occupato di rendicontare le azioni, individuare gli indicatori e raccogliere i dati.

Le fasi in cui si è articolato il processo sono state le seguenti (**tabella 1**):

1) attivazione del gruppo-guida per la gestione del processo di rendicontazione sociale;

2) individuazione delle aree di rendicontazione (aree di risultato);

3) individuazione dei soggetti interni da coinvolgere nei laboratori di rendicontazione diretti all'elaborazione del documento;

4) avvio dei laboratori formativi e ricostruzione della «catena di senso» bisogni-obiettivi-azioni-risultati delle aree sanitarie di rendicontazione, a partire dall'istruttoria dei documenti strategici, programmatici e di *reporting* e dall'analisi svolta con i partecipanti ai gruppi di lavoro;

5) impostazione e redazione delle schede di rendicontazione delle azioni relative agli obiettivi definiti nella «catena di senso»;

6) individuazione degli indicatori di risultato ed effetto, con particolare attenzione a volumi di attività, analisi dei pazienti, risorse umane e materiali per lo svolgimento delle attività;

7) individuazione e coinvolgimento dei portatori di interessi (*stakeholder* esterni e

interni). Per ciascuna delle aree rendicontate sono stati individuati alcuni rappresentanti dei soggetti che collaborano con l'Azienda all'attuazione dei servizi e delle organizzazioni locali e nazionali coinvolte nelle tematiche considerate. Il coinvolgimento degli *stakeholder* è consistito nel richiedere, attraverso un'apposita scheda di valutazione, il giudizio su politiche e progetti realizzate dalla Asl Roma E e su come migliorare tali attività;

8) redazione del Bilancio sociale di mandato e integrazione del documento con le valutazioni espresse dagli interlocutori coinvolti;

9) presentazione pubblica del Bilancio sociale di mandato durante il convegno di chiusura dell'intero progetto;

10) valutazione degli esiti del percorso e definizione degli obiettivi di miglioramento.

4.4. L'attività di formazione

Per omogeneizzare i linguaggi, chiarire gli approcci e gli aspetti metodologici di riferimento e impostare l'attività di elaborazione del Bilancio sociale di mandato della Asl Roma E, l'intero processo di rendicontazione è stato accompagnato da una formazione teorica iniziale relativa ai temi dell'*accountability* e del bilancio sociale nelle aziende sanitarie, della mappatura dei portatori di interessi, dello *stakeholder engagement* e della misurazione dell'efficacia gestionale e di quella sociale in ambito sanitario.

È stata realizzata successivamente, nell'ambito dei laboratori di rendicontazione, una formazione più tecnica in cui i concetti esposti sono stati applicati alle specifiche realtà delle aree di rendicontazione indivi-

Tabella 1
Cronogramma attività progetto

2009-2010								
Fasi	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu
Definizione piano di lavoro e struttura interna di gestione del processo								
Analisi dell'identità, dei bisogni, degli obiettivi e delle attività								
Individuazione e calcolo degli indicatori								
Coinvolgimento <i>stakeholder</i> e redazione interna del documento								
Comunicazione e valutazione finale								

duate. A tali attività di formazione e laboratorio hanno partecipato più di cento persone tra direttori, dirigenti e operatori di tutti i Dipartimenti, Aree e Distretti dell'Azienda; nel periodo indicato, sono state dedicate tre giornate formative al gruppo di coordinamento, circa quindici giornate ai gruppi di rendicontazione delle aree e dieci riunioni dedicate al gruppo di redazione del documento finale.

5. La struttura e i principali contenuti del Bilancio sociale di mandato

Il Bilancio sociale di mandato dell'Asl Roma E rappresenta, in modo completo e non frammentato, l'attività sanitaria e amministrativa riferita all'intero periodo di mandato istituzionale della Direzione aziendale, pertanto, le informazioni contenute sono relative alle azioni poste in essere a partire dal mese di settembre 2005 a giugno 2010.

Al fine di rendere il documento chiaro, comprensibile e accessibile a tutti e non solo agli «addetti ai lavori», sono state utilizzate tabelle e figure facilmente leggibili e box di approfondimento. Inoltre, per favorire la

lettura sia delle ricadute sociali sulla collettività prodotte dalle attività di promozione e tutela della salute realizzate sia delle risorse umane, economiche e finanziarie impiegate, i contenuti sono stati articolati in base alle aree di risposta ai bisogni dei cittadini e alle aree di governo delle risorse aziendali e non rispetto alla struttura organizzativa dell'Asl Roma E (**box 2**).

Il documento si articola in tre macro-sezioni:

- L'identità aziendale;
- I servizi ai cittadini: politiche, azioni e risultati;
- Il governo delle risorse.

5.1. L'identità aziendale

La prima sezione, oltre a descrivere la storia e il contesto territoriale, presenta dettagliatamente la rete di offerta con l'elenco delle tipologie di servizi sanitari presenti sul territorio, sia a gestione diretta che da strutture private accreditate. In questa parte del documento sono spiegati anche i ruoli dei principali organi: la Direzione aziendale, il Collegio sindacale e gli organismi collegiali; inoltre è rappresentato il sistema delle relazioni con i portatori di interessi dell'Asl Roma E (**figura 2**).

Nella sezione *Identità*, un capitolo di particolare rilevanza, riguarda le principali scelte strategiche intraprese e le azioni di cambiamento attuate nel corso del mandato.

Sono descritte, infatti, le condizioni di partenza, in particolare la situazione di deficit economico-finanziario e il profilo organizzativo dell'ente al momento dell'insediamento della Direzione aziendale. Nelle pagine seguenti è presa in esame analiticamente la strategia di cambiamento con la descrizione degli elementi chiave e qualificanti del percorso e le relative tappe:

- il processo di riorganizzazione;
- il processo di programmazione, controllo e valutazione dei risultati;
- il processo di riqualificazione dell'offerta di servizi;
- il processo di rafforzamento della funzione di committenza.

Box 2

Indice del Bilancio sociale di mandato 2006-2010
Asl Roma E

Presentazione
Nota metodologica

L'IDENTITÀ AZIENDALE

La Asl Roma E
La strategia di governo

I SERVIZI AI CITTADINI: POLITICHE, AZIONI E RISULTATI

Area della Prevenzione
Area della Fragilità
Area della Continuità assistenziale
Area Ospedaliera
Area del Farmaco
Attività del Dipartimento di epidemiologia

IL GOVERNO DELLE RISORSE

Governo dell'organizzazione
Governo delle risorse umane
Governo economico-finanziario
Governo del patrimonio e delle tecnologie
Governo della rete degli erogatori accreditati

5.2. I servizi ai cittadini: politiche, azioni e risultati

La sezione relativa a *I servizi ai cittadini*, che risulta essere quella più consistente, descrive con informazioni di tipo sia qualitativo che quantitativo la maggior parte delle politiche, delle attività e delle prestazioni realizzate in ambito sanitario.

La scelta è stata quella di rendicontare tutta l'attività attraverso aree di risultato trasversali alla struttura organizzativa, secondo cinque differenti aree di bisogno/assistenza/presa in carico:

- 1) area della Prevenzione;
- 2) area della Fragilità;
- 3) area della Continuità assistenziale;
- 4) area Ospedaliera;
- 5) area del Farmaco.

Per facilitare la lettura di tale sezione è stata elaborata, per ciascuna delle aree sanitarie rendicontate, una tabella di sintesi che

anticipa la struttura e i contenuti del capitolo, esplicitando la relazione tra i bisogni dei cittadini e dei pazienti, le scelte effettuate, le azioni realizzate e i risultati ottenuti all'interno di una cornice unitaria.

La rendicontazione dei servizi resi è stata poi integrata dalle attività e dai risultati raggiunti dal Dipartimento di epidemiologia, quale struttura afferente alla Asl Roma E ma con valenza regionale, quale struttura di riferimento del Servizio sanitario della Regione Lazio.

5.3. Il governo delle risorse

L'ultima sezione è dedicata alla rappresentazione delle strategie attuate, degli interventi realizzati e dei risultati più significativi raggiunti nell'ambito del governo delle risorse aziendali: dalle azioni di sviluppo del modello organizzativo, di valorizzazione delle risorse umane e del patrimonio, a quelle di gestione delle risorse economico-finanziarie



Figura 2
La mappatura degli stakeholder

e di coinvolgimento degli erogatori accreditati.

In linea anche con le indicazioni del Dipartimento della funzione pubblica, il Bilancio sociale della Asl Roma E ha inteso rendere conto delle risorse di cui l'amministrazione ha potuto disporre per svolgere la propria attività e delle modalità della loro gestione. Tale aspetto della rendicontazione è stato considerato particolarmente importante per un'Azienda pubblica chiamata a gestire e a ridurre un disavanzo significativo e per la quale il patrimonio di risorse professionali e tecnologiche costituisce un «valore aggiunto» fondamentale ai fini della qualità del servizio reso al cittadino.

Per ciascuna delle aree individuate in questa sezione si è cercato di rappresentare le criticità incontrate e le azioni poste in essere per la razionalizzazione o lo sviluppo delle risorse, con una indicazione quantitativa e qualitativa dei principali risultati raggiunti.

6. La rendicontazione delle aree sanitarie: dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati da parte degli stakeholder

6.1. Il confronto preliminare su «cosa» rendicontare e «come»

Fin dal suo avvio, il percorso ha coinvolto tutti i dirigenti e gli operatori dell'Asl individuati come soggetti chiave, data la loro conoscenza approfondita della gestione dei servizi sanitari e dei sistemi informativi interni.

La rappresentazione delle aree sanitarie ha visto prima una riflessione iniziale con i gruppi che ha permesso, oltre all'individuazione dei contenuti da rendicontare e agli ambiti di responsabilità e competenze delle strutture coinvolte, di tracciare le criticità e le opportunità esistenti all'inizio del mandato e di identificare di conseguenza, gli obiettivi, le strategie e le azioni che hanno caratterizzato il mandato amministrativo.

Tale attività è stata appunto quella di capire quali obiettivi e azioni rendicontare, momento particolarmente importante se si pensa alla complessità organizzativa e gestionale dell'Azienda. Il Bilancio sociale, infatti, si è dimostrato capace di rispondere a precise esigenze informative della Asl Roma E, sia interne che esterne, favorendo la ricostruzione della catena di senso delle attività realiz-

zate e dando la possibilità al cittadino/utente di aiutarlo a comprendere il valore prodotto dal lavoro svolto dai manager, dai medici e da tutti gli operatori professionali.

Inoltre, questa rilettura delle azioni collegate agli obiettivi e ai bisogni ha permesso all'Azienda, da una parte, di aumentare la capacità di mettere a fuoco quello che è stato effettivamente prodotto nel corso del mandato, dall'altra, di accrescere la consapevolezza di quanto i risultati raggiunti rispondano non solo agli obiettivi e alle strategie programmati inizialmente ma, soprattutto, quanto abbiano risposto ai bisogni delle comunità di riferimento.

6.2. La ricostruzione della «catena di senso» dell'Azienda

Di seguito si presenta uno stralcio delle tabelle che sintetizzano gli obiettivi e le azioni rendicontate relative all'area sanitaria; ciascuna delle azioni elencate è stata poi dettagliatamente rendicontata evidenziandone i processi qualificanti, i principali risultati conseguiti attraverso indicatori quantitativi e qualitativi e il punto di vista a riguardo di alcuni *stakeholder* coinvolti (**tabella 2**).

Validata la catena di senso delle 5 aree, si è proceduto agli incontri con i gruppi per avviare l'analisi delle attività svolte. In particolare, gli incontri hanno avuto l'obiettivo di:

- contestualizzare logiche e strumenti della responsabilità sociale nelle 5 aree;
- avviare la rendicontazione delle azioni strategiche del mandato;
- impostare il sistema degli indicatori di controllo secondo logiche di responsabilità sociale.

6.3. La rilettura a partire dal punto di vista dei destinatari degli interventi

In questa fase sono state raccolte le informazioni relative alle azioni e associati i relativi indicatori di performance. È stato molto utile per gli operatori coinvolti rileggere e descrivere le attività realizzate attraverso il punto di vista dell'interlocutore esterno cercando di misurare le azioni che costituiscono priorità per gli *stakeholder*. In sintesi, nella definizione delle azioni da misurare si è tenuto conto:

- dell’oggetto della rendicontazione;
- delle politiche definite;
- delle priorità degli *stakeholder*;
- delle competenze istituzionali dell’ente;
- dell’ambito di governo.

In questa rappresentazione è stata molto importante la scelta di rendere il documento più affidabile e meno autoreferenziale, indicando chiaramente le politiche intraprese e gli obiettivi programmati, spiegando la realizzazione degli stessi oppure i motivi della non realizzazione o dei risultati raggiunti parzialmente nonché affiancando agli indicatori i commenti degli *stakeholder*.

6.4. La costruzione degli indicatori

La rendicontazione delle prestazioni sanitarie e la costruzione degli indicatori relativi è stata la fase più complicata. All’inizio, probabilmente anche per la difficoltà di reperire dati sull’efficacia degli interventi, sono stati sviluppati indicatori di tipo quantitativo che hanno mostrato i volumi di attività dei vari servizi. Successivamente, poiché tali indicatori riferiti al numero di utenti cui è stato fornito il servizio o al numero di procedimenti attivati, non permettevano di far capire i risultati raggiunti, si è cercato di aggiungere a tali dati dimensionali indicatori riferiti ai

BISOGNI UTENTE/PAZIENTE	OBIETTIVI	AZIONI INTRAPRESE	RISULTATI OTTENUTI
Utilizzo del farmaco giusto con l’indicazione appropriata	Valutare le prescrizioni terapeutiche in base alle evidenze scientifiche e fornire informazioni esaustive sul farmaco	Appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni	Miglioramento del profilo generale di appropriatezza sull’uso dei farmaci e dei dispositivi medici per i diabetici, evidenziando casi di inappropriata prescrizione. Diffusione di informazioni corrette e rispondenti a bisogni del cittadino
		Attività Commissione prontuario aziendale	
		Attività del farmacista clinico	
		Distribuzione farmaci a pazienti emofilici sottoposti a interventi di chirurgia ortopedica maggiore	
Servizi farmaceutici rispondenti a criteri di qualità	Garantire e tutelare che tutte le prestazioni farmaceutiche siano a norma e che rispettino quanto previsto dalla vigente legislazione	Attività di vigilanza sulle farmacie e parafarmacie del territorio	Ottimizzazione della qualità dei servizi offerti al cittadino da parte delle farmacie e delle parafarmacie. Contributo al miglioramento delle procedure di gestione delle farmacie aperte al pubblico
		Attività di farmacovigilanza	Garanzia di attento monitoraggio del farmaco con particolare attenzione alle reazioni avverse
Semplificazione delle procedure per la cura delle malattie gravi e croniche	Agevolare l’accesso e semplificare i percorsi autorizzativi per l’erogazione dei prodotti farmaceutici, inclusi quelli non previsti dai Livelli essenziali di assistenza	Attività commissioni farmaci speciali e dispositivi medici	Maggiori opportunità di ricevere prestazioni farmaceutiche secondo criteri di equità, omogeneità e trasparenza altrimenti non erogabili in pazienti affetti da malattie rare o da patologie per le quali non esistono valide alternative terapeutiche
		Assistenza farmaceutica indiretta	

Tabella 2
La ricostruzione della catena di senso: area del farmaco

tempi di erogazione, alle liste di attesa, alla soddisfazione dei cittadini, al rapporto tra utenza servita e utenza potenziale, in modo da rendere il quadro conoscitivo più completo (figure 3, 4 e 5).

6.5. Il coinvolgimento degli interlocutori istituzionali

L'esperienza di Bilancio sociale di mandato dell'Asl Roma E ha tentato di rispondere pienamente alla direttiva del Dipartimento della funzione pubblica sulla rendicontazione sociale, che abbiamo visto precedentemente essere fondamentale per accrescere la trasparenza dei processi decisionali e dunque la *governance* responsabile. La direttiva sottolinea che «*nello spirito del dialogo con i diversi interlocutori, l'amministrazione deve prevedere forme di partecipazione del Bilancio sociale e di raccolta di giudizi, valutazioni e commenti da parte dei destinatari [...]. Tale attività di ascolto deve essere finalizzata sia a valutare il gradimento e l'efficacia comunicativa del Bilancio sociale, sia il giudizio dei destinatari sui risultati raggiunti dall'amministrazione. È necessario che,*

attraverso momenti di coinvolgimento e di partecipazione, la realizzazione del Bilancio sociale conduca nel tempo al consolidamento di un dialogo permanente tra l'amministrazione e i suoi interlocutori, al fine di migliorare sia il processo di programmazione che il processo stesso di rendicontazione».

L'Asl Roma E ha pertanto deciso di prevedere un percorso strutturato di coinvolgimento degli *stakeholder*. Tra l'altro, l'Azienda, nel periodo 2006-2009, aveva già realizzato altre pratiche partecipative, quali ad esempio: il progetto regionale di «Audit Civico» promosso da *Cittadinanzattiva* Lazio, con l'obiettivo di rendere trasparente e partecipata l'azione dell'Azienda attraverso una valutazione della qualità dei servizi realizzata congiuntamente da cittadini e operatori; il progetto «Carta della qualità in chirurgia», per una condivisione e esplicitazione tra clinici e utenti dei principi e degli standard di servizio; il progetto «Carta Europea dei Diritti del Malato», nato per promuovere e migliorare la relazione tra servizi sanitari e cittadini-utenti attraverso l'impegno delle strutture aziendali al rispetto dei 14 diritti previsti dalla Carta.

Figura 3

Indicatori dei tempi di attesa mammografie per ambulatorio

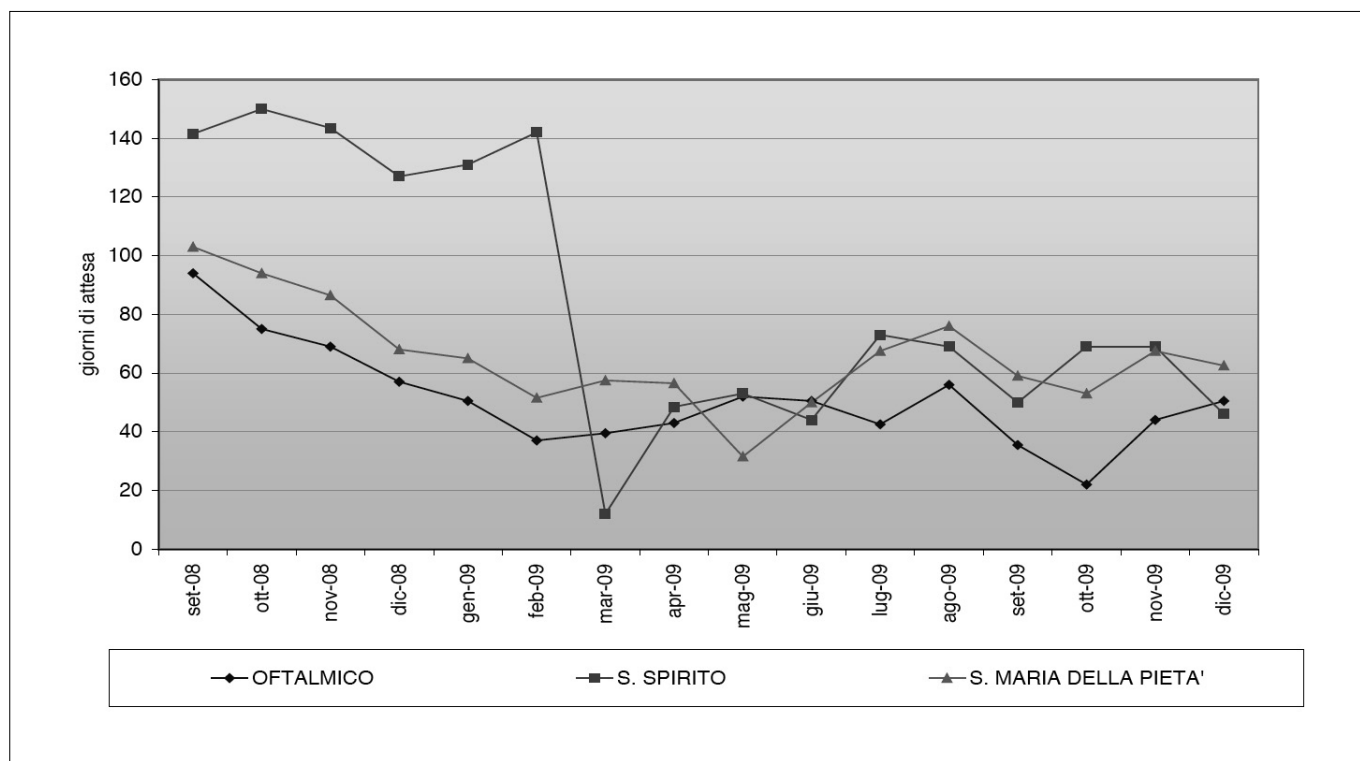


Figura 4

Indicatori su ausili e protesi a domicilio

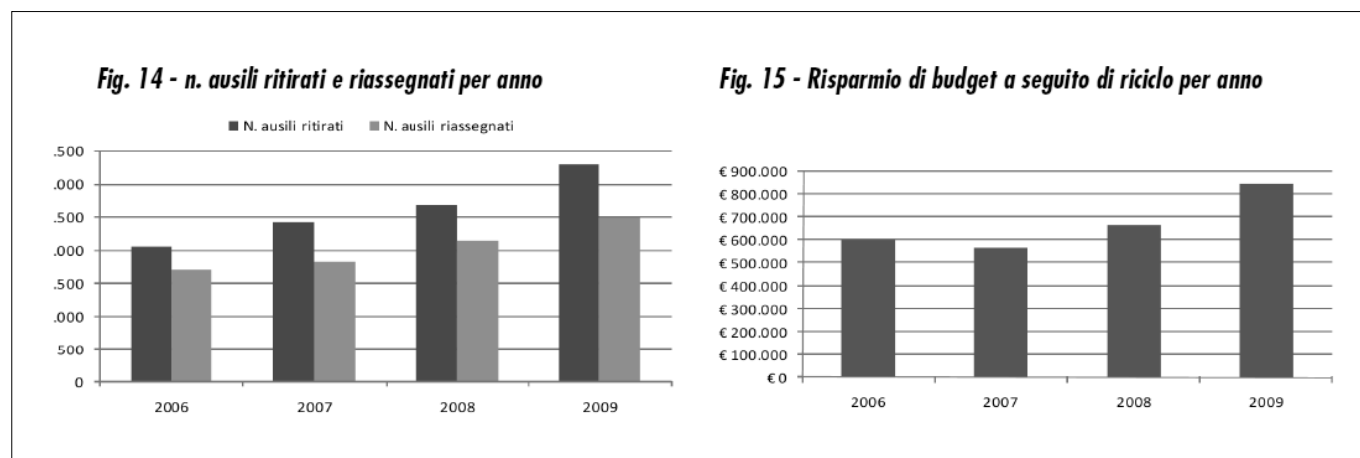
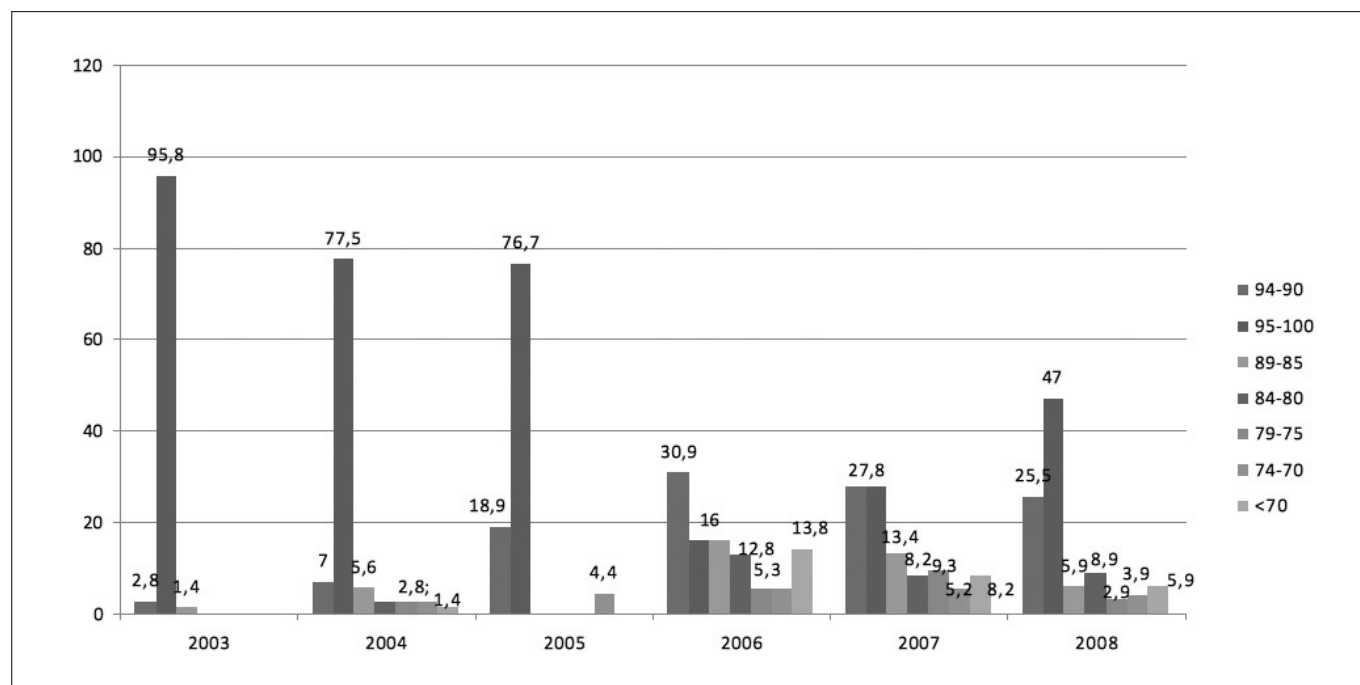


Figura 5

Sistema premiante: ripartizione dei punteggi conseguiti dai Centri di responsabilità (anni 2003-2008)



Il Gruppo guida confrontandosi con i gruppi operativi ha, in un primo momento, selezionato, per ciascuno degli ambiti rendicontati nel documento, gli interlocutori da coinvolgere sulla base della loro competenza in merito al tema oggetto della consultazione

e della loro capacità di rappresentare interessi diffusi della collettività.

Nella tabella della **figura 6** sono riportati i nomi delle organizzazioni rappresentate.

Gli interlocutori sono stati invitati a prendere parte al percorso tramite l'invio di una

Figura 6

Gli interlocutori coinvolti nella rendicontazione sociale dell'Asl Roma E

ORGANIZZAZIONE RAPPRESENTATA E TITOLO DEL REFERENTE
Collegio Ipasvi
Coordinatore branca di patologia clinica Anisap Lazio
Coordinatore RSU
Delegato del Sindaco del Comune di Roma e Presidente della Conferenza sanitaria locale Asl Roma E
Direttore generale CTP di Roma e Provincia
Direttore generale Istituto nazionale migranti e povertà
Direttore scientifico dell'Area Tabagismo della Lega italiana per la lotta contro i tumori
Dirigente scolastico ITC P. Calamandrei
Dirigente scolastico Liceo scientifico E. Torricelli
Docente referente Istituto magistrale V. Gassman
Docente referente per l'educazione alla salute Liceo Scientifico Farnesina
Fiduciario FIMMG ASL Roma E
Intersindacale medica Asl Roma E
Istituto Leonarda Vaccari per la rieducazione dei fanciulli minorati psichici
Nucleo di valutazione ASL Roma E
Opera Don Calabria
Presidente Associazione diritti anziani
Presidente Associazione regionale volontari assistenza sanitaria
Presidente Associazione volontari ospedalieri
Presidente Consulta disabili
Presidente Consulta salute mentale
Presidente Cuore sano Onlus
Presidente Federfarma
Presidente Fenice Lazio Onlus - Resp.le Osservatorio per la Tutela e lo sviluppo dei diritti - Ass. Dossetti
Presidente Municipio XVII Comune di Roma
Presidente Municipio XVIII Comune di Roma
Presidente Municipio XIX Comune di Roma
Presidente Municipio XX Comune di Roma
Rappresentante FIMP Comitato d'azienda per la pediatria di famiglia
Rappresentante UNP Comitato d'azienda per la pediatria di famiglia
Referente coop. Sociale Apriti Sesamo
Referente Federlazio
Referente medici specialisti Asl Roma E - Resp. Branca Pneumologia e referente Lazio Sitab (soc. it. Tabaccologia)
Referente SNAMI zonale
Responsabile U.O. SECS Municipio XVII Comune di Roma
Segretario aziendale SMI Asl Roma E
Segretario generale Associazione malati di reni Onlus
Segretario regionale Associazione nazionale emodializzati
Segretario regionale Cittadinanzattiva
Vice direttore e coordinatore Area Pedagogica Istituto penale minorenni «Casal del Marmo»
Vice presidente AIOP Lazio
Vice presidente Associazione Anna Teresa Saraceni Onlus

lettera di presentazione del lavoro da parte del Direttore generale, cui ha fatto seguito una telefonata di accompagnamento.

L'Azienda ha proposto ai propri interlocutori una scheda di valutazione su gli otto ambiti di rendicontazione su cui av-

viare il confronto: area dell'Ospedale, area della Continuità assistenziale, area della Fragilità, area della Prevenzione, area del Farmaco, Governo delle risorse umane, Governo dell'organizzazione e Governo economico.

Per far sì che la partecipazione degli interlocutori fosse consapevole e informata, a ciascuno di loro è stato inviato l'estratto del documento di bilancio di mandato relativo all'area di rendicontazione di competenza.

Complessivamente, il livello di partecipazione è stato buono, infatti, il 70% dei soggetti invitati (31 interlocutori su un totale di 45) ha risposto positivamente all'iniziativa compilando in modo attento la scheda di valutazione; tutti i giudizi e i commenti inviati dagli *stakeholder* sono stati inseriti integralmente nel documento di rendicontazione sociale pubblicato dall'Asl.

Questa esperienza di coinvolgimento degli *stakeholder* nella valutazione delle politiche e dei servizi dell'Azienda ha rappresentato una grande occasione per verificare direttamente la percezione esterna dell'operato, realizzando una rendicontazione non unilaterale né autoreferenziale.

7. Conclusioni. Punti di forza e di debolezza dell'esperienza realizzata

Coerentemente con il processo di cambiamento portato avanti nel periodo 2006-2010, anche l'esperienza di rendicontazione sociale della Asl Roma E è stata impostata come un percorso di apprendimento organizzativo.

Il coinvolgimento dei professionisti, il recupero di una visione d'insieme e di sistema, la rilettura condivisa delle azioni poste in essere e dei risultati raggiunti, costituiscono senza dubbio un obiettivo di per sé che si è cercato di raggiungere.

Come si è avuto modo di segnalare, la Asl Roma E, per la situazione di grave criticità in cui si trovava sia come Azienda che come contesto regionale, non ha seguito un percorso di cambiamento lineare. L'esigenza di dare immediato corso al risanamento e alla riqualificazione gestionale hanno impedito di seguire un *iter* «classico» in cui si parte dalla definizione di un Piano strategico, si fa discendere da questo la programmazione annuale e si rende conto dei risultati raggiunti misurando gli scostamenti rispetto agli obiettivi previsti.

In questo percorso «emergenziale» è probabilmente tutta la forza e, al tempo stesso, la debolezza del percorso di rendicontazione. Da un lato, infatti, esso ha potuto agganciarsi a un cambiamento reale, essere l'elemento fi-

nale di sintesi e di rimessa in ordine di tutti i «pezzi» del cambiamento realizzato, proprio nel senso sopra indicato della ricostruzione della «catena di senso» dell'amministrazione. E in questo la realizzazione di un Bilancio sociale di mandato costituisce, quindi, un'esperienza reale, fatta dalle persone e con le persone, senza mediazioni o altre finalità, che non quella di esplicitare obiettivi, azioni e risultati.

Dall'altro lato, tuttavia, si tratta di una esperienza che non ha avuto la possibilità di sedimentarsi all'interno di un processo circolare di programmazione-rendicontazione-nuova programmazione, in quanto arrivata solo a conclusione del mandato della Direzione e rimasta come un'esperienza unica.

In un certo senso, è mancata la possibilità di «utilizzo» del bilancio sociale come strumento guida per una nuova fase di sviluppo dell'Azienda e di ulteriore rafforzamento delle relazioni interne ed esterne. Una seconda e successiva esperienza di rendicontazione potrebbe, ad esempio, affinare gli indicatori e costruire una maggiore continuità e comparabilità delle azioni e dei risultati raggiunti.

Inoltre, una nuova edizione, magari annuale, avrebbe consentito di dare al documento una forma più agile e snella. Il bilancio sociale di mandato 2006-2010 è, infatti, un documento particolarmente corposo, in considerazione del periodo temporale di riferimento e della scelta di approfondimento operata sulle singole aree di rendicontazione. D'altronde, si è preferito fornire in un unico documento una lettura ragionata di tutti i contenuti piuttosto che ricorrere a sintesi che non rendessero evidente tutto il lavoro fatto e l'elaborazione delle informazioni da parte dei Laboratori di rendicontazione.

Un secondo elemento che può essere considerato, al tempo stesso, come punto di forza e di debolezza è il fatto che la realizzazione del Bilancio sociale sia stata per la Asl Roma E una iniziativa autonoma, autogenerata, non collegata, né a monte né a valle a iniziative o utilizzi regionali. È un punto di forza, nella misura in cui conferma la finalità di apprendimento e di trasparenza dell'Azienda, che non era tenuta a questo enorme impegno organizzativo se non dalla propria consapevole necessità di «chiudere il cerchio» di un percorso di cambiamento quinquennale, capitalizzando il valore generato e l'impatto sul

sistema di relazioni, all'interno e all'esterno. Era, insomma, un'iniziativa del tutto priva di valore formale e del rischio del mero adempimento di direttive regionali o nazionali.

Al tempo stesso, però, il fatto che la Regione sia stata così assorbita dalla definizione e dall'attuazione del Piano di rientro ha impedito una «capitalizzazione» delle esperienze di innovazione portate avanti, spesso con estrema fatica, nelle singole aziende, appiattendolo la funzione di *governance* nel rispetto dei vincoli di bilancio e di razionalizzazione delle risorse. In questo senso, il processo di rendicontazione sociale della Asl Roma E appare ulteriormente come un'esperienza isolata, al di fuori di collegamenti sia con il governo regionale sia con esperienze analoghe condotte in altre aziende sanitarie.

Rimane la consapevolezza che, a distanza di cinque anni, la Asl Roma E dispone di un sistema completo di programmazione e controllo (bilancio, *budget* economico, *budget* operativo, valutazione dei risultati e sistemi premianti, rendicontazione sociale) e di una consolidata rete di relazioni di collaborazione con numerosi interlocutori esterni (Comune, Municipi, Consulte, Organizzazioni civiche e di volontariato). Proprio in un contesto di forte delegittimazione sociale, come quello della sanità laziale, la realizzazione di un Bilancio sociale costituisce un elemento di trasparenza, che rende conto di un servizio pubblico capace – nonostante le difficoltà – di prevedere, monitorare e controllare i costi, in modo da garantire il pieno rispetto degli obiettivi di bilancio.

Così come è importante dare evidenza del fatto che, pur in situazione di grave carenza e riduzione di risorse, il servizio pubblico non ha perso la capacità di innovare e di migliorare la qualità dei servizi al cittadino, come si evince dal documento.

Ne risulta un'Azienda con un'identità più nitida, con un ruolo più chiaro all'interno del contesto municipale e regionale, più consapevole dei propri punti di forza e dei propri limiti, e per questo maggiormente in grado di

governare gli uni e gli altri. Il governo della Asl Roma E è oggi facilitato da un insieme di regole, di strumenti e di comportamenti già sperimentati e, in parte, entrati a far parte dell'esperienza e del vissuto dell'Azienda, con la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti.

Ciò non significa che tutti gli obiettivi sono stati sempre centrati e che tutte le criticità dell'Azienda siano state risolte. Il processo di sviluppo dell'organizzazione deve essere costantemente alimentato, tenuto in tensione e rivisto rispetto alle necessità dell'oggi.

Di qui l'auspicio che il bilancio sociale di mandato 2006-2010 della Asl Roma E sia considerato uno strumento utile «per l'organizzazione», un termine di confronto per la programmazione e la definizione di nuovi ambizioni traguardi, che possono essere letti e misurati anche grazie all'esistenza di parametri già definiti e indicatori di performance già rilevati, oltre che momenti di dialogo e di confronto con tutti gli interlocutori, interni ed esterni, già consolidati e maturi.

Note

1. Senza tuttavia fornire ulteriori e successive indicazioni sulle modalità di realizzazione del bilancio sociale.
2. L'espressione «catena di senso» è ripresa da Rogate, Tarquini (2004).
3. G.U. n. 63 del 16 marzo 2006.
4. Nell'anno 2010 l'azienda ha promosso all'iniziativa di assegnare un premio economico «una tantum» ai dipendenti del comparto. Tale elemento innovativo nella gestione delle risorse umane è stato finalizzato a premiare coloro che si erano particolarmente distinti per iniziative volte a migliorare i servizi al cittadino, innovare i processi organizzativi, risolvere situazioni di particolare criticità e realizzare azioni significative di lotta agli sprechi nel periodo 2008-2009. La selezione ha previsto un processo motivato e partecipato, in cui ogni direttore/responsabile di struttura complessa e semplice dipartimentale ha proposto l'attribuzione del premio a uno o più dipendenti afferenti la propria struttura. Le proposte sono state in prima istanza esaminate e condivise all'interno della macrostruttura di riferimento e, successivamente, sottoposte al Collegio di direzione, che ha individuato i 100 dipendenti da premiare.

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

- ALESANI D., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 55, pp. 9-34.
- BORGONOVÌ E., RUSCONI G. (a cura di) (2008), *La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse*, Franco Angeli, Milano.
- DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA - FORMEZ (2006), *Bilancio sociale. Linee guida per le amministrazioni pubbliche*.
- ROGATE C., TARQUINI T. (2003), *Il bilancio sociale nell'ente locale*, Rimini, Maggioli.
- TANESE A. (a cura di) (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione, Dipartimento della Funzione Pubblica, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
- TANESE A. (2009), «Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale in Sanità», Fondazione Smith Kline, in *Rapporto Sanità 2009*, il Mulino, Bologna.

Rivista aperta a contributi

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

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

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

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

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

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

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

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

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che 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**.

Il decoupling nelle organizzazioni sanitarie: il caso dei dipartimenti ospedalieri italiani

FEDERICA MORANDI, DANIELE MASCIA, AMERICO CICHETTI

The present study analyzes Italian health care organizations in respect to the adoption and implementation of clinical directorate model. We collected data about more than a thousand of clinical directorates introduced in the Italian NHS from 1990 to 2005. We surveyed the adoption and implementation of the clinical directorate model by monitoring the presence of clinical governance tools, before and after the passage of Legislative Decree 229/99. Our findings indicate that before the passage of the Decree clinical directorates have implemented more clinical governance tools than directorates introduced after it. The law compelled hospitals to adopt the new arrangement but not to implement internal practices and tools for quality improvement.

Keywords: decoupling, clinical directorates, clinical governance

Parole chiave: decoupling, dipartimenti, governo clinico

Note sugli autori

Federica Morandi, Daniele Mascia e Americo Cicchetti, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia Sede di Roma

Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro comune, il § 1 è da attribuire ad Americo Cicchetti; i §§ 2 e 3 sono da attribuire a Federica Morandi. I §§ 4 e 6 sono da attribuire a Daniele Mascia, mentre il § 5 è frutto del lavoro congiunto tra gli autori

1. Introduzione

Gli studi organizzativi hanno ampiamente dibattuto sul motivo e sul modo in cui le organizzazioni adottano e implementano nuovi modelli e pratiche organizzative (Westphal, Zajac, 2001; Hallet, Ventresca, 2006; Fiss, Zajac, 2004; Kennedy, Fiss, 2009). Secondo un primo approccio (Tolbert, Zucker, 1983), di stampo razionalista, l'adozione e l'implementazione di nuovi modelli e pratiche è riconducibile alla volontà da parte delle organizzazioni di realizzare migliori performance economiche, aumentando l'efficienza. Il secondo approccio invece, basato su una prospettiva sociologica, sostiene che le organizzazioni adottano nuovi modelli organizzativi perché spinte dalla necessità di ottenere legittimazione da parte degli *stakeholder* esterni, o dalle altre organizzazioni (Di Maggio, Powell, 1983). Numerose evidenze hanno dimostrato tuttavia che le organizzazioni sono spesso portate ad adottare ma non ad implementare nuovi modelli organizzativi (Westphal, Zajac, 2001; Hallet, Ventresca, 2006; Fiss, Zajac, 2004; Kennedy, Fiss, 2009), evidenziando un atteggiamento di *decoupling*. Tale fenomeno si riferisce al comportamento in base al quale le organizzazioni, al fine di ottenere legittimazione, adottano nuove strutture organizzative che hanno carattere simbolico, idonee alle richieste dell'ambiente esterno, pur rimanendo tuttavia scollegate dall'effettivo funzionamento interno dell'organizzazione (Meyer, Rowan, 1977; Oliver, 1991; Fiss, Zajac, 2004).

Sebbene questo atteggiamento sia particolarmente frequente in quelle organizzazioni che operano in ambienti fortemente istituzionalizzati (Ruef, 2000; Thornton, Ocasio,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. *Background* teorico
3. Obiettivi dello studio
4. Metodologia
5. Analisi e risultati
6. Discussione

1999; Goodrick, Salancik, 1996), come ad esempio il settore scolastico o del volontariato, esistono poche evidenze empiriche sul *decoupling* testimoniate all'interno del settore sanitario (Kennedy, Fiss, 2009; Flood, Fennel, 1995; Scott *et al.*, 2000), mantenendo il dibattito a un livello prevalentemente teorico (Hallet, Ventresca, 2006; Orton, Weick, 1990; Sauder, Espeland, 2009; Youshikawa, Tsui, Mc Guire, 2007).

Obiettivo del presente studio è colmare almeno parzialmente questo *gap*, indagando empiricamente il fenomeno del *decoupling* nell'ambito del settore sanitario italiano. A tal fine è stato considerato il comportamento delle aziende sanitarie rispetto all'adozione e alla implementazione del modello organizzativo dipartimentale. Con l'intento di verificare se l'adozione di tale configurazione organizzativa sia da ricondursi a una scelta meramente formale, è stata analizzata all'interno dei dipartimenti l'introduzione di alcuni strumenti finalizzati a garantire una migliore assistenza al paziente, denominati nel complesso strumenti per il governo clinico (Sally, Donaldson, 1998; Fontana, 2005).

La dinamica di adozione dei dipartimenti e di implementazione degli strumenti per il governo clinico è stata osservata in due periodi storici distinguibili in ragione della emanazione del D.L.vo n. 229 del 1999 (di seguito D.L.vo 229/99), che ha imposto l'adozione del modello organizzativo dipartimentale per le aziende sanitarie del Ssn.

Il lavoro è strutturato come segue: il paragrafo due è dedicato all'inquadramento teorico dello studio, mentre il terzo contiene la descrizione delle caratteristiche del modello organizzativo dipartimentale e l'illustrazione degli strumenti operativi di governo clinico, che aprono la strada alla formulazione delle ipotesi di ricerca. Seguono la descrizione della metodologia e dei dati utilizzati nell'analisi, e la presentazione dell'analisi e dei risultati. Il lavoro si conclude con una sezione dedicata alla discussione e alla presentazione delle implicazioni dello studio.

2. Background teorico

Il fenomeno del *decoupling* indica il comportamento di quelle organizzazioni che adottano formalmente ma non implementano sostanzialmente nuovi modelli e pratiche

organizzative (Fiss, Zajac, 2004). Attraverso il *decoupling* i membri delle organizzazioni hanno la possibilità di «continuare a fare il proprio lavoro» (Cohen, March, 1974). Le organizzazioni, infatti, in virtù di tale atteggiamento, sono in grado di modificare esternamente la loro forma, senza andare a intaccare significativamente il modo in cui le attività sono realizzate dai professionisti (Fiss, Zajac, 2004). La motivazione di ciò risiede nello specifico interesse delle organizzazioni di apparire legittimate, piuttosto che ad intraprendere effettivi cambiamenti. Ciò deriva in particolare dall'importanza che la legittimazione riveste all'interno del settore sanitario, in virtù della prerogativa degli attori appartenenti all'ambiente istituzionale di imporre regole di progettazione e di realizzazione dei processi, cui le organizzazioni sono tenute a conformarsi, per ottenere e/o mantenere la legittimazione (Meyer, Rowan, 1977; Scott *et al.*, 2000). Quest'ultima rappresenta il segnale di rispettabilità tramite cui le organizzazioni sono ritenute idonee da parte degli *stakeholder* esterni o dalle altre organizzazioni, a ricevere le risorse necessarie per il loro funzionamento e la loro crescita (Alexander, D'Aunno, 2003; Yang *et al.*, 2007). Tuttavia le pratiche e i modelli cui le organizzazioni devono conformarsi al fine di ottenere la legittimazione possono richiedere l'introduzione di cambiamenti sostanziali, capaci spesso di generare forti esigenze di variazione nel modo di agire e di realizzare le attività organizzative.

Gli studi di management hanno evidenziato come le organizzazioni sottoposte a questo tipo di pressione tendano a scollegare gli elementi «istituzionali» da quelli di tipo tecnico, adottando modelli organizzativi che consentono di conformarsi alle richieste provenienti dall'ambiente, senza di contro implementare nuove pratiche organizzative coerenti con l'atteso funzionamento (Meyer, Rowan, 1977; Alexander, Scott, 1984; Edelman, 1990; 1992). Il fenomeno del *decoupling* inoltre risulta tanto più frequente e accentuato quanto maggiori sono le incongruenze tra le pressioni esterne al cambiamento e gli obiettivi organizzativi interni (Oliver, 1991).

Il settore sanitario appare particolarmente sensibile su questo fronte. Esso, infatti, risulta esposto a regole sia di carattere tecnico

che istituzionale (Meyer, Rowan, 1977; Sauder, Espeland, 2009). In tale ambito i vincoli imposti dall'ambiente esterno sono avvertiti in maniera pressante, poiché è dalla coerenza con essi che dipende la nascita o la morte delle organizzazioni (Scott *et al.*, 2000; Ruef, Scott, 1998). Se da una parte le organizzazioni sanitarie appaiono condizionate dalla necessità di ottenere la legittimazione, essenziale per la loro sopravvivenza (Orrù *et al.*, 1991), dall'altra esse devono considerare la natura tecnica delle loro attività tentando di implementare modelli e pratiche finalizzati a migliorare l'efficienza (Kennedy, Fiss, 2009; Yoshikawa *et al.*, 2007).

Le regole tecniche nello specifico si riferiscono all'insieme dei dettami derivanti dai sistemi di produzione dei servizi e delle risorse a ciò strumentali, oltre che a tutti i fattori capaci di influenzare la domanda, come ad esempio le caratteristiche socio-demografiche della popolazione, nonché la quantità e le caratteristiche dei concorrenti. Le regole istituzionali invece comprendono il sistema culturale, il *framework* normativo, il sistema regolatorio (Cicchetti, 2004; Scott *et al.*, 2000). In particolare le regole istituzionali risultano essere altamente influenti in ambito sanitario, rendendo le organizzazioni esposte sia a pressioni dal lato dell'efficienza che dal lato istituzionale.

Le considerazioni fatte fino a questo momento sono rintracciabili nel contesto sanitario italiano, in cui sia le pressioni tecniche che quelle istituzionali manifestano un impatto rilevante sulle principali scelte di progettazione organizzativa degli ospedali (Cicchetti, 2004). In tale ambito l'analisi della dinamica di adozione e implementazione del modello organizzativo dipartimentale, apre la strada alle ipotesi di ricerca formulate nei paragrafi che seguono.

3. Obiettivi della ricerca

Il contesto sanitario italiano appare particolarmente idoneo per analizzare il fenomeno del *decoupling*. Le riforme che hanno interessato nel corso degli anni '90 il Ssn, infatti, hanno previsto l'adozione di nuovi modelli organizzativi finalizzati a una razionalizzazione del sistema, nonché al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi assistenziali, agendo sulla responsa-

bilizzazione manageriale dei vertici delle organizzazioni (Anessi Pessina, Cantù, 2006). È nel corso del 1999 che il Legislatore pone particolare enfasi sull'adozione da parte delle aziende sanitarie del modello organizzativo dipartimentale (Lo Scalzo *et al.*, 2009), attraverso il D.L.vo 229/99.

Se da una parte l'intervento legislativo rappresenta un vincolo coercitivo all'adozione dei dipartimenti (Lega, 2008; Dacin, 1997), generandone un'ampia diffusione nelle organizzazioni sanitarie, l'ambiguità del testo legislativo è ravvisabile come una delle cause della scarsa implementazione del modello (Edelman, 1992; Cicchetti, 2004). Alla luce di ciò risultano formulate le ipotesi di ricerca di seguito esposte.

3.1. Il modello dipartimentale nel Servizio sanitario nazionale

Il modello organizzativo dipartimentale si configura come una unità organizzativa semi-autonoma, assimilabile a una *business division* (Mintzberg, 1979) volta a integrare unità organizzative tra loro interdipendenti che, per omogeneità, affinità o complementarietà, perseguono fini comuni in termini assistenziali, pur mantenendo ciascuna una propria autonomia e una propria responsabilità clinico-professionale (Cicchetti, 2004; Braithwaite, 2006a; Braithwaite *et al.*, 2006; Lega, 2008). Introdotto inizialmente negli ospedali universitari statunitensi, il modello nasce per integrare competenze iper-specializzate, rispettando le aree di abilità dei professionisti, e consentendo contestualmente lo sfruttamento di economie di scala e di scopo attraverso una costante condivisione delle risorse (Cicchetti, 2004). La letteratura specialistica ha individuato nel dipartimento un modello organizzativo in grado di garantire il raggiungimento di diversi obiettivi all'interno delle realtà ospedaliere. Si tratta nello specifico di obiettivi di natura organizzativa connessi alla possibilità di migliorare il coordinamento tra professionisti, affidando la responsabilità di direzione e coordinamento a un unico manager; obiettivi clinico-assistenziali, legati alla capacità del dipartimento di migliorare l'assistenza al paziente, favorendo lo sviluppo di linee-guida dipartimentali, nonché un confronto sistematico tra professionisti. Obiettivi di

natura economico-finanziaria, legati alla condivisione di risorse strutturali e tecnologiche; e infine obiettivi di natura strategica, coerenti con la possibilità di realizzare una maggiore fertilizzazione incrociata di idee (Cicchetti, 2004; Braithwaite, 2006b). In relazione agli obiettivi che si intende conseguire, la letteratura e la pratica organizzativa (Cicchetti, 2004; Cicchetti *et al.*, 2009) riconoscono differenti criteri attraverso cui è possibile accorpate le unità operative afferenti ai dipartimenti. Essi riguardano: le *classi di età*, secondo cui le unità organizzative vengono accorpate in unità divisionali per dare assistenza a una particolare fascia di età di pazienti (dipartimento «materno-infantile» o «geriatrico»); *l'intensità delle cure*, che intende favorire l'accoglimento di tecnologie e competenze che intervengono nelle fasi più critiche del processo salute-malattia-salute di un paziente (dipartimento di «emergenza» o dipartimento di cure riabilitative); il criterio *nosografico*, coerente con gli obiettivi di coordinamento organizzativo e clinico delle attività. Esso risponde a necessità di integrazione di competenze e risorse finalizzate a una soddisfazione trasversale e continua dei bisogni assistenziali dei pazienti (dipartimento «oncologico»). L'accorpamento per *area specialistica*, teso alla concentrazione delle conoscenze relative a una stessa branca specialistica e coerente con il perseguimento di un obiettivo economico-finanziario (dipartimento di «chirurgia»); il criterio *organo/apparato*, il quale enfatizza la natura processuale dell'attività ospedaliera aggregando unità accomunate da attività assistenziali riferite a organi/apparati comuni (dipartimento di «nefro-urologia»); infine il criterio dei *servizi*, in cui sono riunite unità che svolgono attività di supporto per gli altri dipartimenti.

L'analisi sulla diffusione del modello dipartimentale nel Ssn ha lasciato più volte aperta la questione sulle reali motivazioni legate alla sua adozione. Sebbene la letteratura internazionale sia ricca di contributi finalizzati a esplicitare l'efficacia del modello dipartimentale (Stuart, Spurgeon, Cook, 1995; Zorab, Lloyd, 1995; Hanlon *et al.*, 1997; Braithwaite, 2006a; Braithwaite *et al.*, 2006), a livello nazionale il dibattito sul tema ha più volte individuato nell'adozione del

dipartimento la mera risposta delle aziende a una imposizione legislativa (Baraldi, Cicchetti, 2003; Lega, 2008). Facendo seguito alle indicazioni contenute nel D.L.vo 229/99 (art. 17 bis), in cui il Legislatore impone l'obbligo di adozione del modello dipartimentale per le strutture ospedaliere, indicando per la prima volta, una fascia retributiva *ad hoc* in cui inquadrare la figura del Direttore di dipartimento, il modello si diffonde ampiamente nelle organizzazioni sanitarie italiane (Lega, 2008; Cicchetti *et al.*, 2009), pur in maniera estremamente eterogenea (Anessi Pessina *et al.*, 2003; Cicchetti *et al.*, 2009).

Sebbene chiaro rispetto alla necessità di adottare il modello, il provvedimento legislativo non sembra tuttavia fornire indicazioni circa il modo in cui il dipartimento debba essere progettato, o su come debbano essere realizzati i processi assistenziali. Tale ambiguità si riflette in un comportamento non omogeneo da parte delle organizzazioni sanitarie, nel modo di realizzare la nuova configurazione organizzativa. Come sottolineato da Edelman (1992), il processo di risposta agli adempimenti normativi ambigui lascia ampi spazi di mediazione da parte delle organizzazioni. Esse infatti hanno in genere interesse a mantenere lo *status quo* e a lasciare inalterato lo spazio decisionale del management, opponendo resistenza al controllo coercitivo realizzato attraverso norme di legge (Vaughn, 1982; Coleman, 1984). Le norme ambigue determinano maggiore discrezionalità per le organizzazioni, che nell'ambito dello spazio a loro disposizione potranno dare vita a risposte di natura puramente simbolica, aderendo al contempo solo formalmente agli obblighi di legge.

Dichiarando di adottare il modello dipartimentale, le organizzazioni sanitarie sono in grado, infatti, di ottenere la legittimazione necessaria per continuare a operare nell'ambito del Ssn, mantenendo inalterate nel contempo le attività e i processi organizzativi interni.

Tali considerazioni conducono alla formulazione della prima ipotesi di ricerca:

H1: L'implementazione di nuovi modelli organizzativi è influenzata dagli interventi regolatori finalizzati a diffondere nuovi modelli organizzativi e pratiche nel settore sanitario.

3.2. Gli strumenti operativi del governo clinico

La letteratura specialistica (Scally, Donaldson, 1998; Taroni, Grilli, 2004; Fontana, 2005) e alcune riforme regionali (Regione Emilia Romagna, L.R. 29/2004) riconoscono al dipartimento la capacità di realizzare gli obiettivi per i quali esso viene introdotto nelle organizzazioni sanitarie (Cicchetti, 2004) a patto che in esso sia implementata una serie di attività, processi e strumenti finalizzati al miglioramento delle cure del paziente e dell'efficienza nella gestione, complessivamente denominati strumenti operativi per il governo clinico. L'assenza di tali strumenti all'interno dei dipartimenti, per contro, indica la realizzazione di un contenitore organizzativo formale, in cui il modo di lavorare dei professionisti non cambia rispetto al passato.

Il governo clinico è inteso come quell'approccio alla gestione caratterizzato dall'integrazione di strumenti clinici e gestionali. Esso si snoda in differenti aspetti quali la valutazione degli esiti e degli *outcome*, la pratica basata sull'evidenza, l'utilizzo dell'*audit*, la gestione del rischio, l'adozione di linee-guida cliniche, la collaborazione multidisciplinare, la ricerca e sviluppo costante, il coinvolgimento del paziente, la gestione dei reclami, la comunicazione e i *record* individuali, l'approfondimento e l'educazione continua dei professionisti (Scally, Donaldson, 1998). Secondo tale approccio, la qualità nell'assistenza non dipenderebbe unicamente dalle competenze dei singoli operatori, ma soprattutto da specifiche scelte di organizzazione dei servizi sanitari (Taroni, Grilli, 2004). Ciò che appare fondamentale per l'efficace realizzazione del governo clinico è tuttavia la multidisciplinarietà e l'integrazione tra prospettive differenti. Condivisione della conoscenza e approccio multidisciplinare possono essere attuati sia su un terreno prettamente clinico, attraverso l'adozione di linee-guida e loro traduzione in percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, sia su un terreno gestionale e organizzativo, tramite l'adozione di soluzioni in grado di facilitare il coordinamento e l'integrazione; sotto tale prospettiva risulteranno strategici quegli strumenti in grado di garantire agli operatori il facile accesso alle informazioni.

Il governo clinico tuttavia non si esplica soltanto da un punto di vista di politica sanitaria, ma anche attraverso l'azione sugli strumenti amministrativi disponibili, compresi quelli che presiedono alla definizione e alla allocazione delle risorse (Casolari, Grilli, 2004).

Alla luce di ciò, il governo clinico trova in alcuni strumenti sopra citati il proprio naturale alleato, nonché il modo più immediato per renderne possibile l'utilizzo da parte dei decisori clinici (Casolari, Grilli, 2004; Fontana, 2005; Damiani, Ricciardi, 2005).

Nello specifico le linee-guida (Kinsman *et al.*, 2010) rappresentano delle raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare medici e pazienti nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. I percorsi assistenziali (Jackson, Feder, 1998), invece, sono dei piani assistenziali integrati multi professionali e multidisciplinari, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute, per specifiche condizioni cliniche e categorie di pazienti, che identificano la sequenza degli atti diagnostico-terapeutici da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali. Lo strumento della telemedicina (Sood *et al.*, 2007) viene definito come l'integrazione, il monitoraggio, la gestione, nonché l'educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti e alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono. La valutazione degli esiti e degli *outcome* clinici (Barnsley *et al.*, 1996) indica l'attività di monitoraggio e valutazione, tramite specifici indicatori, degli esiti delle prestazioni erogate. Il sistema di *budget* (Clark, 2005) è invece riferito al programma di previsione implementato al fine di raggiungere specifici obiettivi in un definito periodo di tempo, con stima delle risorse da impiegare e dei relativi costi. La presenza di un *budget* unico di dipartimento assume un forte connotato strategico ed è a tal fine fondamentale il ruolo del Direttore di dipartimento, al quale viene affidato il compito di negoziare lo stesso. Il piano di formazione e aggiornamento dei dipendenti (Hopkinson, 1994) si

concretizza attraverso la predisposizione di una programmazione annuale degli interventi formativi rispetto al fabbisogno rilevato all'interno del personale del dipartimento. Infine, il sistema informativo di dipartimento (Button, Roberts, 1997) costituisce uno dei metodi indicati per la realizzazione dei collegamenti orizzontali attraverso lo scambio continuo di informazioni tra i diversi attori coinvolti (Ministero della salute, 2004).

Sebbene il D.L.vo 229/99 abbia indicato con forza la necessità per le aziende sanitarie di adottare il modello dipartimentale, esso non individua con altrettanta fermezza l'obbligatorietà nella implementazione degli strumenti di governo clinico. Tale decisione è pertanto lasciata nelle mani del management aziendale, implicando la possibile realizzazione di configurazioni dipartimentali prive dei suddetti strumenti. Alla luce di ciò risulta formulata la seconda ipotesi di ricerca:

HP2: A seguito dell'introduzione del D.L.vo 229/99 i dipartimenti ospedalieri nel Ssn non sempre mostrano la presenza di strumenti di governo clinico che ne favoriscono la reale implementazione, rappresentando una soluzione organizzativa solo formalmente esistente.

Con l'obiettivo di verificare le due ipotesi di ricerca, il presente studio analizza il comportamento delle aziende sanitarie italiane rispetto all'adozione e alla implementazione del modello dipartimentale, verificando la presenza nei dipartimenti ospedalieri degli strumenti di governo clinico prima e dopo l'introduzione del D.L.vo 229/99.

4. Metodologia

4.1. Dati e fonte dei dati

I dati utilizzati nel presente lavoro sono stati raccolti nell'ambito di una *survey* condotta nel 2006 in collaborazione con il Ministero della salute (Dipartimento della programmazione). L'obiettivo della ricerca era duplice: mappare le strutture organizzative dipartimentali nelle aziende sanitarie in Italia, assumendo il singolo dipartimento ospedaliero come unità di analisi, e realizzare una analisi comparativa delle forme dipartimentali adottate nelle diverse Regioni in Italia. La ricerca

è stata realizzata mediante un questionario strutturato, articolato in due sezioni, inviato a mezzo posta a tutte le aziende sanitarie presenti sul territorio nazionale. Il questionario, inviato all'attenzione del Direttore generale è stato inoltre oggetto di pubblicazione sul sito del Ministero della salute, unitamente alle relative istruzioni per la compilazione. La prima sezione del questionario prevedeva diversi *item* utili a rilevare la descrizione anagrafica della struttura istituzionale in cui è inserito il dipartimento, l'attuazione o la non attuazione del modello organizzativo dipartimentale, l'anno della prima delibera istitutiva del dipartimento.

La seconda sezione, rivolta per la compilazione ai Direttori di dipartimento della struttura sanitaria oggetto dell'indagine, era finalizzata invece alla raccolta di informazioni inerenti alle caratteristiche interne di ciascun dipartimento. Tali informazioni riguardano la denominazione che la struttura ha indicato per il Dipartimento, l'anno dell'effettiva implementazione del modello; le soluzioni organizzative adottate con particolare riferimento alla distribuzione tra strutturali/funzionali; aziendali/interaziendali. Tale scheda ha inoltre rilevato: la complessità organizzativa, ovvero il numero e la tipologia delle unità operative semplici o complesse afferenti al dipartimento; gli organi collegiali presenti nel dipartimento (ad esempio, Comitato di dipartimento e Assemblea di dipartimento). Infine, il questionario prevedeva l'indicazione degli strumenti e dei processi del governo clinico (per esempio, linee-guida di dipartimento, *audit* clinico). Il questionario, elaborato con il supporto di alcuni esperti e *opinion leader* del Ssn, prima di essere somministrato alla popolazione di aziende sanitarie è stato testato presso cinque aziende ospedaliere del campione.

Al marzo 2006 sono stati ottenuti complessivamente 222 questionari (59,5% tasso di *compliance*) riferiti ad altrettante aziende, nell'ambito delle quali sono stati censiti 1805 dipartimenti ospedalieri. Le aziende inizialmente raggiunte dal questionario erano 376, così distribuite: 195 Asl, 97 Aziende ospedaliere, 51 Irccs, 22 Aziende ospedaliere universitarie e 11 Policlinici universitari. Di esse 121 Asl (62%), 61 Aziende ospedaliere (63%), 17 Irccs (33%), e infine 4 Policlinici universitari (36%) rappresentano il campione

dei rispondenti. Rispetto alla localizzazione geografica le aziende contattate sono distribuite come segue: 165 al Nord, 69 al Centro, e 120 al Sud e Isole, di esse hanno risposto il 73% delle aziende localizzate al Nord, il 65% al Centro, mentre il 48% è localizzato nel Sud e Isole. Escludendo i questionari incompleti o illeggibili, si è arrivati a un campione composto da 1137 osservazioni corrispondenti ad altrettanti dipartimenti.

4.2. Variabili

Variabile dipendente: gli strumenti operativi di governo clinico elencati precedentemente rappresentano la variabile dipendente di ciascun modello utilizzato per verificare empiricamente l'obiettivo dello studio. Le variabili dipendenti saranno pertanto:

- la Telemedicina;
- la Valutazione degli esiti e degli *outcome*;
- i Percorsi diagnostico-terapeutici;
- le Linee-guida;
- il *Budget*;
- il Piano di formazione e aggiornamento;
- il Sistema informativo di dipartimento.

Ciascuna variabile è rappresentata da una *dummy* in cui il valore «1» indica la dichiarata attivazione dello strumento e «0» indica la non attivazione.

Variabile indipendente

La probabilità di adozione degli strumenti operativi di governo clinico è stata analizzata rispetto alla variabile indipendente relativa al periodo temporale di adozione, di seguito esposta:

Periodo 2000-2005: è stata analizzata l'adozione del modello dipartimentale e l'implementazione degli strumenti del Governo clinico, prendendo in considerazione il comportamento delle diverse strutture rispetto a un momento saliente rappresentato dalla introduzione del D.L.vo 229/99. Sulla base di precedenti studi che hanno investigato l'implementazione dei modelli organizzativi (Westphal, Gulati, Shortell, 1997; Kennedy, Fiss, 2009), è stata utilizzata una variabile dicotomica in cui il valore «1» indica se l'ado-

zione del dipartimento e l'implementazione dello strumento sono avvenute nel periodo successivo all'introduzione della legge, ovvero tra il 2000 e il 2005, e il valore «0» in caso contrario.

Variabili di controllo

Nell'analisi sono inoltre state considerate alcune variabili che possono essere utili a interpretare il comportamento nell'attivazione degli strumenti operativi di governo clinico. Esse sono: la Configurazione dipartimentale, la Tipologia aziendale, la Localizzazione geografica, il Modello di *governance* regionale, il Livello del dipartimento; la Tipologia dipartimentale.

Configurazione dipartimentale: la variabile *configurazione dipartimentale* indica il criterio utilizzato per l'accorpamento delle unità operative afferenti al dipartimento: classi di età, intensità di cure, nosografico, area specialistica, organo apparato, servizi, (si rimanda al paragrafo 3.1 per l'approfondimento). Tale variabile, di tipo categorico da 1 a 6, è stata scomposta in sei variabili dicotomiche che assumono valore 0-1. La variabile dipartimento nosografico è stata considerata *base level group*.

Tipologia Aziendale è anch'essa di tipo categorico (da 1 a 5) e considera la diversa natura delle strutture a cui si riferiscono i dipartimenti censiti. Nel Ssn è possibile individuare cinque diverse tipologie aziendali: Azienda sanitaria locale (Asl) (1), Aziende ospedaliere (Ao) (2), Aziende ospedaliero-universitarie (Aou) (3), Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) (4), Policlinici universitari (Pu) (5).¹ Tale variabile è stata scomposta in cinque variabili dicotomiche. La variabile Policlinico universitario è stata considerata *base level group*.

Localizzazione geografica è una variabile di tipo categorico che rappresenta la localizzazione geografica della struttura sanitaria in cui il dipartimento è stato attivato: Nord, Centro, Sud e Isole. Nel modello vengono impiegate tre variabili dicotomiche a cui è stato assegnato «1» se il dipartimento presso cui è stato attivato lo strumento di governo clinico insiste nell'area geografica specifica, «0» se altrove. La variabile Sud e Isole è stata considerata *base level group*.

La variabile *Modello di governance* assume valore «0» o «1» a seconda che il modello regionale di gestione sia di tipo programmatico, con un ruolo predominante da parte della Regione nel governare l'offerta di servizi sanitari «0», oppure di quasi-mercato, con un ampio spazio lasciato alla libera concorrenza tra strutture sanitarie «1» (Mapelli, 2007).

La variabile *Livello del dipartimento* è di tipo binario e assume valore «0» se si tratta di dipartimento Interaziendale e «1» se di tipo Aziendale. Infine la variabile *Tipologia dipartimentale* assume valore «0» se Funzionale e «1» se Strutturale. Coerentemente con la terminologia diffusa (Cicchetti, 2004;

Lega, 1999), per aggregazione «funzionale» si intende quella modalità che riunisce unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici o complesse, appartenenti contemporaneamente a dipartimenti diversi. A tale tipologia di dipartimenti saranno affidate funzioni di coordinamento e tecnico scientifiche (Bergamaschi, Lega, 2000). Il criterio strutturale, invece, caratterizzato da una natura gestionale, aggrega gerarchicamente unità organizzative omogenee sotto il profilo delle attività, delle risorse umane e tecnologiche impiegate. In tale ambito le responsabilità del Direttore di dipartimento riguarderanno la gestione del dipartimento (Bergamaschi, Lega, 2000).

Tabella 1

Correlazione e statistiche descrittive delle variabili

		Media	Dev_std	Min	Max	1	2	3	4	5	6	7
1	Telemedicina	0,22	0,41	0	1	1						
2	Valutazione esiti	0,57	0,50	0	1	0,10	1					
3	Percorsi diag. terapeutici	0,57	0,50	0	1	0,15	0,26	1				
4	Linee guida	0,62	0,49	0	1	0,14	0,27	0,55	1			
5	Budget	0,78	0,42	0	1	0,07	0,22	0,09	0,29	1		
6	Formazione	0,83	0,38	0	1	0,09	0,26	0,16	1,31	0,27	1	
7	Sistemi informativi	0,48	0,50	0	1	0,22	0,18	0,11	1,20	0,13	0,13	1
8	Periodo 2000-2005	0,71	0,46	0	1	-0,017	-0,04	-0,08	-0,10	-0,092	-0,10	-0,10
9	Classi di età	0,03	0,17	0	1	-0,012	-0,012	0,10	0,09	0,03	-0,007	-0,037
10	Intensità di cure	0,08	0,27	0	1	-0,052	0,05	0,13	0,10	-0,001	0,06	-0,036
11	Organo apparato	0,16	0,37	0	1	0,11	0,08	0,06	0,01	0,01	-0,055	0,02
12	Servizi	0,24	0,43	0	1	0,13	-0,06	-0,24	-0,12	0,01	0,05	0,18
13	Area specialistica	0,42	0,49	0	1	-0,16	-0,03	0,04	0,28	0,01	-0,040	-0,145
14	Asl	0,51	0,50	0	1	-0,005	-0,02	-0,012	-0,009	0,04	0,07	-0,001
15	Ao	0,29	0,45	0	1	0,01	-0,001	-0,008	0,00	-0,030	-0,038	-0,004
16	Aou	0,12	0,33	0	1	-0,022	0,07	0,04	0,25	0,02	0,02	0,02
17	Irccs	0,05	0,23	0	1	0,04	-0,031	-0,0001	-0,006	-0,024	-0,072	0,01
18	Governance regionale	0,34	0,47	0	1	-0,006	-0,03	0,01	0,10	-0,051	-0,077	-0,034
19	Strutturale/funzionale	0,68	0,46	0	1	0,02	-0,002	0,03	-0,008	0,01	0,04	-0,037
20	Aziendale/interaziendale	0,94	0,24	0	1	-0,06	-0,05	-0,052	-0,118	0,15	0,05	-0,035
21	Nord	0,64	0,48	0	1	0,01	-0,062	-0,029	0,11	-0,067	-0,048	-0,064
22	Centro	0,20	0,40	0	1	0,05	0,03	0,04	-0,027	0,03	0,06	0,05

Sono considerati «aziendali» i dipartimenti costituiti da unità operative della stessa azienda; sono «interaziendali» quelli derivati dall'aggregazione di unità appartenenti ad aziende sanitarie diverse (in genere di aziende ospedaliere e di aziende sanitarie locali) (Cicchetti, 2004).

La **tabella 1** mostra la correlazione e le statistiche descrittive di tutte le variabili.

5. Analisi e risultati

Il processo di adozione del modello dipartimentale nel Ssn italiano viene rappresentato graficamente nella **figura 1**, in cui si evidenzia sia il dato relativo al numero di

dipartimenti adottati annualmente, sia il dato cumulato.

Dal grafico è possibile evincere la dinamica di diffusione dei dipartimenti ospedalieri in Italia. Rispetto alla distribuzione annuale si osserva come a eccezione di pochi isolati casi di adozione precedenti, è a partire dal 1995 che si riscontra una più ampia introduzione del modello organizzativo in ambito nazionale. Un primo picco significativo è collocabile nel 1999, seguito da una flessione nel 2000, momento da cui inizia la progressiva adozione della configurazione dipartimentale, che raggiunge il punto di massimo nel 2004. A livello cumulativo si osserva un andamento progressivamente crescente nel

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1														
0,01	1													
0,05	-0,053	1												
0,01	-0,077	-0,129	1											
-0,003	-0,101	-0,169	-0,247	1										
-0,008	-0,15	-0,255	-0,372	-0,488	1									
0,12	-0,058	0,03	-0,139	0,05	0,10	1								
-0,206	-0,003	-0,056	0,04	-0,001	-0,012	-0,65	1							
0,01	0,05	0,01	0,06	-0,033	-0,056	-0,38	-0,237	1						
0,10	-0,018	0,05	0,12	-0,026	-0,127	-0,24	-0,152	-0,089	1					
0,08	-0,058	-0,147	0,09	-0,041	0,09	0,04	-0,037	-0,038	0,36	1				
-0,022	0,04	0,042	-0,035	-0,006	0,11	-0,035	0,01	-0,014	0,01	0,23	1			
0,00	-0,023	-0,011	-0,031	-0,115	0,18	0,02	-0,057	0,02	0,18	-0,034	0,77	1		
0,09	0,05	0,05	0,03	-0,011	-0,090	0,00	-0,039	0,00	0,26	2,62	-0,017	-0,017	1	
-0,074	-0,046	-0,005	0,00	-0,061	0,09	-0,002	0,03	0,02	-0,043	-0,357	0,19	0,32	-0,66	1

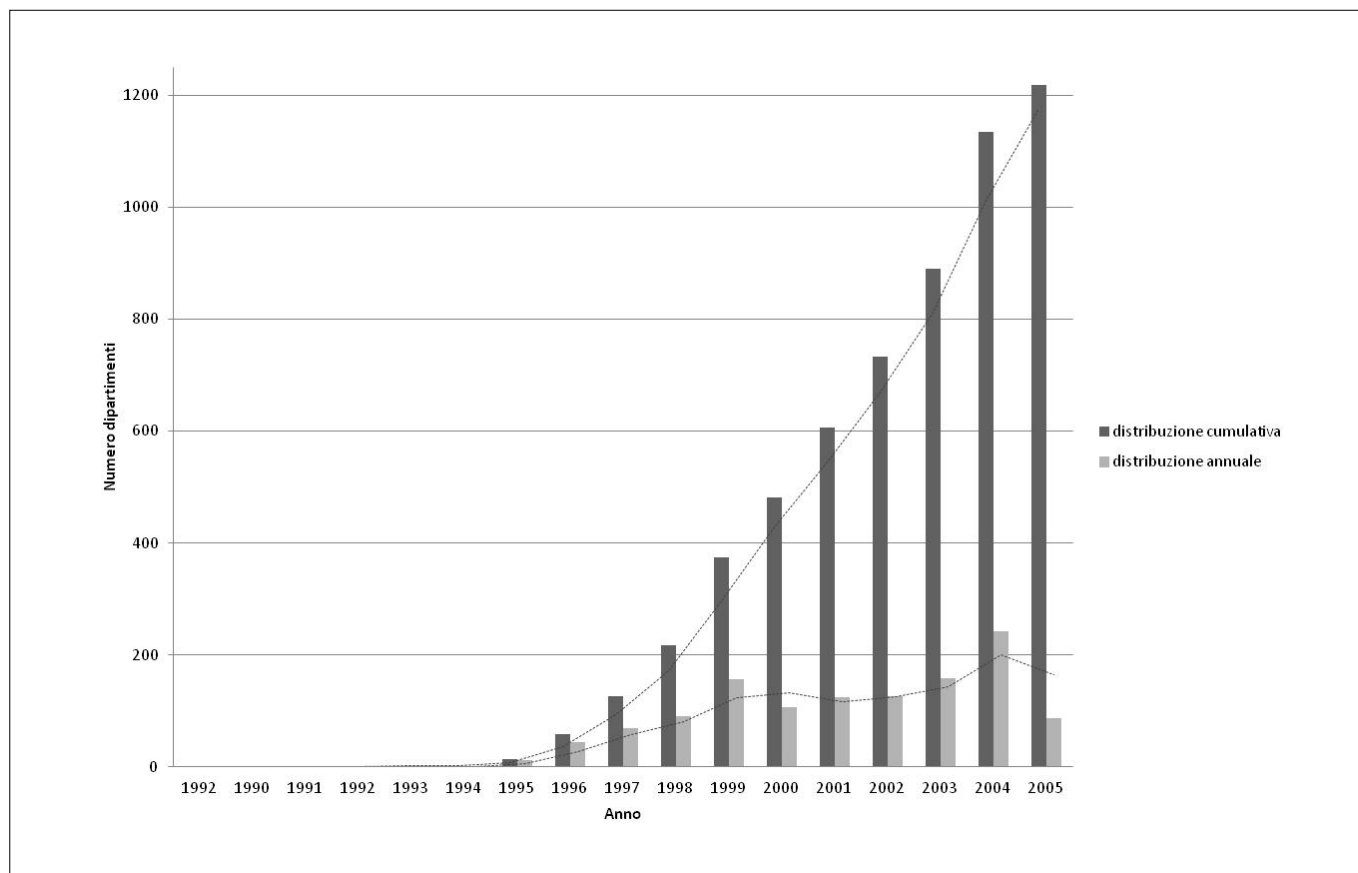


Figura 1

Diffusione del modello dipartimentale nel Ssn

Fonte: nostra elaborazione da Ministero della salute (indagine conoscitiva 2005)

corso degli anni. Dall'analisi grafica si evince come, a partire dal 2000, le aziende sanitarie italiane hanno gradualmente adottato il modello dipartimentale, determinandone una diffusione crescente.

La **tabella 2** mostra i risultati delle analisi di regressione condotte per ciascuno degli strumenti operativi di governo clinico, che costituiscono la variabile dipendente di ogni modello testato. A tal fine sono stati elaborati per ciascuno strumento, due modelli (modello 1 e modello 2) ove nel primo non è stata inserita la variabile temporale, introdotta al contrario nel secondo, con la finalità di verificare il fenomeno del *decoupling* nel nostro sistema sanitario a seguito dell'introduzione del D.L.vo 229/99.

Data la natura dicotomica della variabile dipendente, il modello di regressione prescelto è di tipo Logit (Scott Long, Freese, 2006; Woolridge, 2002, 2009).

I risultati mostrano come il periodo storico influenzi l'adozione della maggioranza

degli strumenti di governo clinico analizzati. I coefficienti relativi a: Valutazione degli esiti ($\beta = -0,203$), Adozione di percorsi diagnostico-terapeutici di dipartimento ($\beta = -0,407$), Adozione delle linee-guida ($\beta = -0,571$), Implementazione del *budget* dipartimentale ($\beta = -0,645$), Formazione ($\beta = -0,501$) e Attivazione di sistemi informativi di dipartimento ($\beta = -0,373$), mostrano una associazione negativa e significativa con la variabile Periodo 2000-2005. Ciò evidenzia la riduzione della probabilità di adozione degli strumenti nel periodo 2000-2005, rispetto al periodo 1990-1999.

Accanto a questa prima indicazione l'analisi degli *odd's ratio* indica la magnitudo di tale fenomeno. In particolare, la valutazione degli esiti presenta una riduzione dell'80% circa nella probabilità di essere adottata nel periodo 2000-2005 rispetto al periodo 1990-1999, mentre la probabilità di adozione dei percorsi diagnostico-terapeutici diminuisce con una intensità pari al 66% e quella delle

Tabella 2

Risultati delle regressioni Logit → ($p \leq 0,001$ ***; $p \leq 0,05$ **; $p \leq 0,01$ *; $p \leq 0,1$ ●; standard error in parentesi)

	Telemedicina		Valutazione esiti		Percorsi diag. Ter.		Linee guida		Budget		Formazione		Sistemi informativi	
	Modello 1	Modello 2	Modello 1	Modello 2	Modello 1	Modello 2	Modello 1	Modello 2	Modello 1	Modello 2	Modello 1	Modello 2	Modello 1	Modello 2
Periodo 200012005	-	-0,077 (0,17)	-	-0,203● (0,141)	-	-0,407** (0,151)	-	-0,571*** (0,151)	-	-0,645*** (0,178)	-	-0,501** (0,194)	-	-0,373** (0,141)
Classi di età	0,01 (0,549)	0,017 (0,55)	-0,328 (0,443)	-0,309 (0,449)	1,056● (0,579)	1,108● (0,596)	-0,66 (0,494)	-0,632 (0,517)	1,07● (0,594)	1,15* (0,594)	-0,04 (0,585)	0,018 (0,590)	-0,486 (0,441)	-0,456 (0,441)
Intensità di cure	-0,458 (0,435)	-0,447 (0,436)	0,383 (0,349)	0,415 (0,351)	0,597 (0,379)	0,658● (0,379)	-0,720● (0,385)	-0,668● (0,385)	0,453 (0,353)	0,548 (0,358)	0,656 (0,488)	0,735● (0,490)	-0,361 (0,329)	-0,312 (0,325)
Organo apparato	0,595● (0,343)	0,6● (0,343)	0,259 (0,301)	0,274 (0,302)	-0,163 (0,317)	-0,135 (0,321)	-0,768* (0,346)	-0,759* (0,345)	0,575● (0,309)	0,637* (0,314)	-0,306 (0,371)	-0,252 (0,369)	-0,033 (0,287)	-0,007 (0,284)
Servizi	0,597● (0,333)	0,603● (0,33)	-0,337 (0,286)	-0,322 (0,287)	-1,348*** (0,305)	-1,326*** (0,309)	-1,208*** (0,33)	-1,208*** (0,33)	0,631* (0,295)	0,687* (0,299)	0,259 (0,367)	0,310 (0,364)	0,630* (0,276)	0,656* (0,272)
Area specialistica	-0,437 (0,34)	-0,432 (0,341)	-0,167 (0,279)	-0,151 (0,28)	-0,376 (0,294)	-0,345 (0,296)	-0,658* (0,324)	-0,643* (0,322)	0,456● (0,282)	0,512● (0,285)	-0,198 (0,375)	-0,147 (0,355)	-0,434● (0,267)	-0,411 (0,262)
Asl	0,364 (0,505)	0,354 (0,505)	0,051 (0,374)	0,028 (0,374)	0,467 (0,389)	0,424 (0,379)	0,496 (0,375)	0,434 (0,378)	0,77* (0,401)	0,715● (0,396)	0,77● (0,436)	0,728● (0,434)	0,273 (0,414)	0,231 (0,417)
Ao	0,32 (0,513)	0,295 (0,517)	0,078 (0,381)	0,016 (0,384)	0,416 (0,397)	0,296 (0,389)	0,495 (0,382)	0,327 (0,388)	0,655● (0,410)	0,468 (0,407)	0,485 (0,441)	0,335 (0,439)	0,211 (0,419)	0,093 (0,424)
Aou	0,121 (0,538)	0,109 (0,538)	0,429 (0,407)	0,4 (0,407)	0,667 (0,429)	0,618 (0,419)	0,750● (0,413)	0,676● (0,416)	0,844* (0,445)	0,769● (0,44)	0,800● (0,486)	0,736 (0,484)	0,430 (0,441)	0,376 (0,444)
Ircs	0,586 (-0,58)	0,587 (0,579)	-0,322 (0,457)	-0,319 (0,458)	0,36 (0,472)	0,373 (0,467)	0,385 (0,462)	0,399 (0,468)	0,55 (0,501)	0,581 (0,499)	0,078 (0,532)	0,087 (0,523)	0,436 (0,483)	0,444 (0,486)
Governance regionale	0,077 (0,176)	0,837 (0,176)	-0,045 (0,149)	-0,034 (0,149)	0,292● (0,154)	0,318* (0,155)	0,026 (0,156)	0,06 (0,158)	-0,159 (0,174)	-0,137 (0,175)	-0,257 (0,183)	-0,241 (0,183)	-0,024 (0,147)	-0,005 (0,148)
Strutturale/funzionale	0,193 (0,169)	0,191 (0,169)	0,055 (0,137)	0,049 (0,137)	0,202 (0,14)	0,188 (0,14)	0,137 (0,14)	0,123 (0,14)	0,006 (0,163)	-0,002 (0,164)	0,228 (0,177)	0,219 (0,178)	-0,077 (0,135)	-0,085 (0,135)
Aziendale/interaziendale	-0,276 (0,281)	-0,278 (0,282)	-0,475● (0,269)	-0,481● (0,276)	-0,753* (0,31)	-0,772* (0,321)	-1,364*** (0,376)	-1,409*** (0,379)	1,23*** (0,261)	1,24*** (0,270)	0,532● (0,321)	0,53● (0,321)	-0,076 (0,266)	-0,086 (0,266)
Nord	0,433● (0,231)	0,437* (0,231)	-0,465* (0,183)	-0,455* (0,183)	-0,271 (0,18)	-0,253 (0,18)	-0,134 (0,183)	-0,104 (0,183)	-0,417● (0,226)	-0,396● (0,227)	-0,034 (0,227)	-0,014 (0,227)	-0,233 (0,173)	-0,215 (0,172)
Centro	0,745** (0,27)	0,747** (0,270)	-0,181 (0,215)	-0,182 (0,215)	0,086 (0,217)	0,082 (0,216)	-0,25 (0,214)	-0,255 (0,213)	-0,234 (0,270)	-0,25 (0,271)	0,265 (0,293)	0,248 (0,292)	0,137 (0,211)	-0,132 (0,211)
Constant	-2,103** (0,667)	-2,04** (0,679)	1,039* (0,537)	1,2 (0,561)	0,931 (0,595)	1,282* (0,621)	2,154*** (0,616)	2,66*** (0,642)	-0,736 (0,555)	-0,244 (0,573)	0,396 (0,619)	0,784 (0,628)	-0,036 (0,553)	0,260 (0,561)
Number of observations	1137	1137	1085	1085	1075	1075	1098	1098	1102	1102	1102	1102	1100	1100
Wald Chi2	49,85	50,06	28,5	50,06	86,08	89,98	31,32	43,96	40,09	52,11	32,54	39,36	55,59	62
Prob > Chi 2	0,0000	0,0000	0,0122	0,0000	0	0,0000	0,0001	0,0001	0,0002	0,0000	0,0034	0,0006	0,0000	0,0000
Log pseudo likelihood	-552,35	-552,251	-727,28	-552,251	-684,415	-680,632	-701,479	-694,026	-567,392	-560,817	-495,46	-492,085	-731,70	-728,175

linee-guida del 56%. La probabilità di utilizzo del *budget* dipartimentale si riduce nel 2000-2005 di circa il 50%, mentre la predisposizione di piani di formazione e aggiornamento di dipartimento di circa il 60%; infine i sistemi informativi di dipartimento presentano una diminuzione della probabilità di essere adottati tra il 2000 e il 2005 rispetto al periodo precedente pari al 68% circa.

Rispetto alle variabili di controllo si riscontra la significatività per alcune di esse. Nello specifico i dipartimenti accorpatisi secondo il criterio della classe di età mostrano una probabilità maggiore di adozione del *budget* di dipartimento ($\beta = 1,15$) rispetto ai dipartimenti di tipo nosografico (*base level group*). All'interno dei dipartimenti accorpatisi secondo il criterio dell'intensità di cure si riduce la probabilità di adozione delle linee-guida ($\beta = -0,668$), mentre aumenta quella di implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ($\beta = 0,658$) e dei piani di formazione e aggiornamento ($\beta = 0,735$). I dipartimenti progettati in una logica di organo apparato determinano una diminuzione della probabilità di adottare linee-guida ($\beta = -0,759$) rispetto ai dipartimenti nosologici, mentre la telemedicina ($\beta = 0,6$) e il *budget* ($\beta = 0,637$) presentano coefficienti positivi e significativi. Anche i dipartimenti di servizi, se confrontati con il *base level group*, danno luogo ad alcune considerazioni. In essi è infatti ravvisabile la diminuzione nella probabilità di adozione di percorsi diagnostico-terapeutici ($\beta = -1,326$) e delle linee-guida di dipartimento ($\beta = -1,208$), mentre si riscontra l'aumento nella adozione della telemedicina ($\beta = 0,603$), del *budget* di dipartimento ($\beta = 0,687$) e dei sistemi informativi dipartimentali ($\beta = 0,656$). In confronto con il *base level group*, infine, i dipartimenti progettati per area specialistica mostrano una riduzione nella probabilità di adozione delle linee-guida ($\beta = -0,643$), mentre aumenta la probabilità di implementazione del *budget* ($\beta = 0,512$).

Anche la variabile relativa alla tipologia istituzionale evidenzia alcuni risultati significativi. In particolare sono le Asl e le aziende ospedaliere-universitarie a mostrare risultati significativi rispetto ai policlinici universitari. Nelle Asl, ad aumentare è la probabilità di adozione del *budget* ($\beta = 0,715$) e dei piani formativi di dipartimento ($\beta = 0,728$), men-

tre nelle Aou aumenta l'implementazione delle linee-guida ($\beta = 0,676$) e del *budget* ($\beta = 0,769$).

Rispetto al modello di *governance* regionale, è nelle Regioni organizzate su criteri di quasi mercato che aumenta la probabilità di adozione di percorsi diagnostico-terapeutici da parte dei dipartimenti ($\beta = 0,318$).

In relazione al livello del dipartimento, è possibile affermare come nei dipartimenti aziendali diminuisca la probabilità di realizzare la valutazione degli esiti ($\beta = -0,481$) e di adottare percorsi diagnostico-terapeutici ($\beta = -0,772$) e linee-guida ($\beta = -1,409$); mentre aumenta la probabilità di implementazione del *budget* ($\beta = 1,24$) e di piani di formazione e aggiornamento ($\beta = 0,53$).

Infine, per quanto attiene la localizzazione geografica, il Nord e il Centro mostrano un aumento nella probabilità di adozione della telemedicina (Nord: $\beta = 0,437$; Centro: $\beta = 0,747$) rispetto al Sud e isole. Di contro, i dipartimenti che insistono nelle Regioni del Nord rispetto a quelli localizzati al Sud e nelle isole presentano una riduzione nella probabilità di realizzare la valutazione degli esiti ($\beta = -0,455$) e di implementare un sistema di *budget* ($\beta = -0,396$).

6. Discussione

Il presente studio analizza il fenomeno del *decoupling* all'interno del settore sanitario italiano, attraverso l'esame di un campione di dipartimenti adottati dalle aziende sanitarie tra il 1990 e il 2005. L'attenzione è rivolta in modo specifico all'analisi della effettiva implementazione del modello, misurata attraverso l'adozione degli strumenti di governo clinico (Taroni, Grilli, 2004). L'analisi è stata condotta con l'intento di verificare in primo luogo se l'implementazione di nuovi modelli organizzativi è influenzata dagli interventi regolatori, e in seconda battuta di esaminare le eventuali differenze nell'adozione degli strumenti operativi di governo clinico da parte dei dipartimenti ospedalieri prima e dopo l'emanazione del D.L.vo 229/99.

Entrambe le ipotesi di ricerca appaiono verificate. I risultati confermano che prima dell'introduzione del D.L.vo 229/99 l'adozione del modello dipartimentale coincide con la sua effettiva implementazione, men-

tre a seguito della legge, pur aumentando la diffusione del modello, si riduce l'adozione degli strumenti di governo clinico.

In tale ambito, la letteratura documenta come normalmente le organizzazioni che per prime introducono l'innovazione sono indotte a farlo per motivi di natura tecnica, mentre quelle che seguono adotteranno con l'intento di apparire legittimate nel proprio contesto di riferimento (Tolbert, Zucker, 1983). I risultati confermano questo assunto evidenziando come gli ospedali che adottano il dipartimento in assenza di legge implementano in esso gli strumenti di governo clinico spinti dal miglioramento nella realizzazione dei processi operativi; al contrario gli ospedali che adottano il dipartimento dopo l'emanazione della legge appaiono più interessati alla legittimazione connessa all'adozione del modello, che agli obiettivi perseguibili attraverso esso.

Le aziende sanitarie italiane dunque, a partire dal 1999, risultano più impegnate nel dotarsi di dipartimenti per rispondere a un obbligo formale di legge, che nell'implementare strutture complete di tutti quegli strumenti necessari a un effettivo funzionamento del nuovo modello organizzativo. L'adozione dei dipartimenti senza l'introduzione degli strumenti di governo clinico, consente l'ottenimento della legittimazione, non modificando tuttavia le procedure svolte nei confini organizzativi.

Il linguaggio ambiguo utilizzato nell'ambito del D.L.vo 229/99 lascia alle organizzazioni ampi spazi discrezionali sul modo in cui il management può progettare il nuovo modello organizzativo (Edelman, 1992).

Accanto a ciò i risultati portano a dedurre che il management delle organizzazioni sanitarie potrebbe percepire in maniera negativa l'imposizione della legge verso l'adozione di nuovi modelli organizzativi. Il *decoupling* in questo senso non deriverebbe soltanto dal bisogno di ottenere legittimazione da parte delle organizzazioni sanitarie, ma anche dalla scarsa fiducia da parte del management circa l'effettiva bontà di un modello organizzativo imposto dalla legge.

Il presente studio apre la strada alla formulazione di alcune implicazioni manageriali e di *polycymaking*. Alla luce dell'analisi empirica condotta, è possibile affermare che gli ospedali italiani intraprendono comportamenti di adozione finalizzati a rispettare le

istanze provenienti dall'ambiente circostante, in linea con l'atteggiamento tipico delle organizzazioni che operano in settori istituzionalizzati. L'intervento diretto da parte degli *stakeholder*, attraverso l'indicazione di nuovi modelli da introdurre nelle organizzazioni, produce come conseguenza l'adozione di strutture la cui unica funzione è quella di andare incontro a richieste dell'ambiente esterno, sviando l'attenzione dalla reale operatività (Cohen, March, 1974).

Sebbene l'intento dei *policy maker* sia diffondere una configurazione organizzativa ritenuta efficace, a livello organizzativo la carenza di indicazioni precise implica una adozione solo formale del modello, finalizzata alla conformazione con il dettato legislativo, senza tuttavia determinare una reale variazione nel modo di realizzare i processi assistenziali.

Per evitare ciò il Legislatore, dopo aver individuato nel modello dipartimentale la configurazione organizzativa più adatta per il miglioramento della qualità dell'assistenza e per il contenimento dei costi di gestione ospedaliera, dovrebbe verificare e incentivare la presenza degli strumenti che stimolano l'effettivo funzionamento delle strutture dipartimentali. Lo spazio di manovra conferito alle organizzazioni sanitarie per stabilire come realizzare il nuovo modello organizzativo, è infatti causa di notevole variabilità nelle soluzioni adottate, e responsabile, come testimoniato in questo lavoro, della manifestazione di fenomeni di *decoupling*.

Il presente studio è caratterizzato da alcune limitazioni. La prima riguarda la particolare scelta degli strumenti del governo clinico per studiare l'effettivo funzionamento dei dipartimenti. Il funzionamento del modello dipartimentale è piuttosto complesso, poiché riguarda lo svolgimento di attività diversificate di natura clinica, gestionale, e spesso, nel caso degli ospedali di insegnamento, anche di ricerca e didattica. In questo studio l'effettiva implementazione non è stata verificata attraverso l'utilizzo di dati di attività dei dipartimenti ma, al contrario, sono state utilizzate informazioni circa la presenza degli strumenti di governo clinico. Questa scelta sembra tuttavia essere ragionevole, alla luce dei numerosi colloqui preliminari intercorsi con *opinion leader* nel campo della sa-

nità e con il *panel* di esperti costituito presso le strutture del Ministero della Salute.

La seconda limitazione è legata alla implementazione del modello dipartimentale. Tale implementazione è stata analizzata considerando la presenza degli strumenti per il governo clinico nel singolo dipartimento. La mera presenza di tali strumenti non ne garantisce tuttavia la concreta attuazione né tantomeno la misura della stessa. Inoltre, la presenza degli strumenti è stata rilevata attraverso un questionario e, quindi, può essere condizionata dall'autodichiarazione fornita dagli intervistati. Dai colloqui intercorsi con i referenti dei vari ospedali durante la fase di pre-test del questionario è emersa con chiarezza nella persona del Direttore di dipartimento la figura più adatta a rispondere alle domande del questionario utilizzato nella *survey*.

Sebbene non sia possibile confermare la veridicità delle affermazioni, nel periodo 2008-2009 gli autori hanno condotto un'analisi presso sessanta strutture dipartimentali afferenti al campione di aziende, intervistando altrettanti Direttori di dipartimento, e realizzando visite presso gli stabilimenti ospedalieri, consultando dati di archivio e *report* con informazioni dettagliate sul tipo di attività svolte a livello dipartimentale (linee-guida dipartimentali, valutazione degli esiti, ecc.). Tale analisi qualitativa svolta successivamente mostra che l'autodichiarazione circa la predisposizione degli strumenti del governo clinico è consistente rispetto all'effettiva presenza di attività di governo clinico.

Un ultimo limite è legato al contesto investigato, il settore sanitario italiano. Si tratta di un settore fortemente regolato che

rappresenta uno specifico contesto nazionale. L'importanza delle norme istituzionali è testimoniata in questo studio dalla pressione delle organizzazioni che realizzano i modelli organizzativi imposti dalla legge solo da un punto di vista formale. Future ricerche saranno chiamate ad approfondire la generalizzabilità di tale comportamento in contesti sanitari afferenti ad altre realtà nazionali.

Infine, ulteriori sviluppi dello studio saranno rivolti a porre in luce le eventuali correlazioni esistenti tra implementazione degli strumenti di governo clinico e le variazioni nei livelli di performance.

Note

1. Si fornisce una descrizione sintetica delle caratteristiche delle diverse tipologie di organizzazioni sanitarie previste nel Ssn. Azienda sanitaria locale: è una azienda pubblica con caratterizzazione territoriale. Nella sua autonomia rappresenta l'articolazione locale del Sistema sanitario delle Regioni. Azienda ospedaliera: deriva dalla riconversione e la concessione di autonomia ad enti ospedalieri prima integrati nelle Unità sanitarie locali (D.L.vo 502/92). Essa è chiamata ad erogare diversi servizi di assistenza sanitaria. Azienda ospedaliera universitaria: prevista dal D.L.vo 517/99 opera nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, mostrando tuttavia delle peculiarità legate alla triplice funzione di didattica, assistenza e ricerca che è chiamata a realizzare. Policlinico universitario: Azienda dell'università dotata di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della Facoltà di Medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi fissati per l'azienda ospedaliera. Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico: si tratta di un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca, unitamente a prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità relativamente a patologie di rilevanza nazionale.

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

- ALEXANDER J.A., D'AUNNO T.A. (2003), «Alternative perspectives on institutional and market relationship in the U.S. health care sector», in S.S. Mick, M.E. Wyttenbach, *Advances in health care organization theory*, Jossey-Bass, San Francisco.
- ALEXANDER J.A., SCOTT W.R. (1984), «The impact of regulation on the administrative structure of hospitals: toward an analytic framework», *Hospital and health service administration*, 29 (3), pp. 71-85.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), «Whither managerialism in the Italian National Health Service?», *International Journal of Health Planning and Management*, 21, pp. 327-355.
- ANESSI PESSINA E., CICCETTI A., CIFALINÒ A., MEMMOLA M. (2003), «Il punto di vista delle aziende», in S. Baraldi (a cura di), *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie*, Collana di sanità Pubblica, Accademia Nazionale di Medicina, Genova.
- ANESSI PESSINA E., CIFALINÒ A., D'ANGELO G., MEMMOLA M. (2003), «Un'analisi critica della letteratura», in S. Baraldi (a cura di), *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie*, Collana di sanità Pubblica, Accademia Nazionale di Medicina, Genova.
- BARALDI S., CICCETTI A. (2003), «Il punto di vista degli opinion leader», in S. Baraldi (a cura di), *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie*, Collana di sanità Pubblica, Accademia Nazionale di Medicina, Genova.
- BERGAMASCHI M., LEGA F. (2000), «L'organizzazione delle strutture ospedaliere: il dipartimento», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- BARNESLEY J., LEMIEUX-CHARLES L., BAKER G.R. (1996), «Selecting clinical outcome indicators for monitoring quality of care», *Healthcare management forum*, 9(1), pp. 5-21.
- BRAITHWAITE J. (2006a), «An empirical assessment of social structural and cultural changes in Clinical Directorates», *Health Care Analysis*, 14, pp. 185-193.
- BRAITHWAITE J. (2006b), «Analysing structural and cultural change in acute settings using a Giddens-Weick paradigm approach», *Health care analysis*, 14, pp. 91-102.
- BRAITHWAITE J., WESTBROOK M., HINDLE D., IEDEMA R.A., BLACK D.A. (2006), «Does restructuring hospitals result in greater efficiency? an empirical test using diachronic data», *Health Service Management Research*, 19, pp. 1-12.
- BUTTON W., ROBERTS G. (1997), «Communication, clinical directorates, and the corporate NHS», *Journal of public relations research*, vol. 9(2), pp. 141-162.
- CASOLARI L., GRILLI R. (2004), «Il governo clinico del sistema sanitario», in R. Cinotti (a cura di), *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- CICCETTI A. (2004), *La progettazione organizzativa*. Franco Angeli, Milano.
- CICCETTI A., GHIRARDINI A., MASCIA D., MORANDI F., CECCARELLI A., VIGILIANO V., POLETTI P., CARDONE R., MUROLO G. (2009), «Il modello organizzativo dipartimentale nel SSN: risultati dall'indagine nazionale», *Politiche sanitarie*, vol. 10, n. 3.
- CLARK J. (2005), «Improving hospital budgeting and accountability: a best practice approach», *Healthcare financial management*, 59(7), pp. 78-83.
- COHEN M., MARCH J. (1974), *Leadership and ambiguity*, Harvard University Press, Boston MA.
- COLEMAN J.S. (1984), «Introducing social structure into economic analysis», *American economic review*, 74 (2), pp. 84-88.
- DACIN T. (1997), «Isomorphism in context: the power and prescription of institutional norms», *Academy of management journal*, 40 (1), pp. 48-61.
- DAMIANI G., RICCIARDI G. (2005), *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*, Idelson-Gnocchi, Napoli.
- DI MAGGIO P.J., POWELL W.W. (1983), «The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational field», *American sociological review*, 48, pp. 147-160.
- EDELMAN L.B. (1990), «Legal environments and organizational governance: the expansion of due process in the American workplace», *American journal of sociology*, 95, pp. 1401-40.
- EDELMAN L.B. (1992), «Legal ambiguity and symbolic structures: organizational mediation of civil rights law», *The American journal of sociology*, vol. 97, n. 6, pp. 1531-1576.
- FISS P.C., ZAJAC J. (2004), «The diffusion of ideas: over contested terrain: the (non)adoption of a shareholder value orientation among German firms», *Administrative science quarterly*, 49, pp. 501-534.
- FLOOD A.B., FENNEL M.L. (1995), «Through the lens of organizational sociology: the role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system», *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 154-169.
- FONTANA F. (2005), *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, Franco Angeli, Milano.
- GOODRICK E., SALANCIK G.R. (1996), «Organizational discretion in responding to institutional practices: hospitals and cesarean births», *Administrative science quarterly*, 41, pp. 1-28.
- HALLETT T., VENTRESCA M.J. (2006), «How institutions form: loose coupling as mechanism in Gouldner's patterns of industrial bureaucracy», *American behavioral scientist*, vol. 49, 908.
- HANLON P., BECK S., ROBERTSON G., HENDERSON M., MCQUILLAN R., CAPEWELL S., DORWARD A. (1997), «Coping with the inexorable rise in medical admissions: evaluating a radical reorganization of acute medical care in Scottish District General Hospital», *Health bulletin* 55(3), pp. 176-184.
- HOPKINSON R.B. (1994), «The Role of hospital consultants in clinical directorates: the syncromesh report», *BMJ*, 308, p. 1725.
- JACKSON R., FEDER G. (1998), «Guidelines for Clinical Guidelines. A simple, pragmatic strategy for guideline development», *BMJ*, 317, p. 427.

- KALEV A., KELLY E., DOBBIN F. (2006), «Best practices or best guesses? Assessing the efficacy of corporate affirmative action and diversity policies», *American sociological review*, vol. 71, n. 4, pp. 589-617.
- KENNEDY M.T., FISS P.C. (2009), «Institutionalization, framing, and diffusion: the logic of TQM adoption and implementation decision among U.S. hospitals», *Academy of management journal*, vol. 52, n. 5, pp. 897-918.
- KINSMAN L., ROTTER T., JAMES E., SNOW P., WILLIS J. (2010), «What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate», *Biomed central medicine*, 8, p. 31.
- LEGA F. (1999), «Dalle strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 30, pp. 9-24.
- LEGA F. (2008), «The rise and fall(acy) of Clinical Directorates in Italy», *Health policy*, 85, pp. 252-262.
- LO SCALZO A., DONATINI A., ORZELLA L., CICHETTI A., PROFILI S., MARESSO A. (2009), «Health care system in transition. Italy: Health system review», *Health Systems in Transition*, vol. 11, n. 6, pp. 1-216.
- MAPELLI V. (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, a cura di S. Boni, Quaderni Formez, 57, Formez, Roma.
- MEYER J.W., ROWAN B. (1977), «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», *The American Journal of Sociology*, vol. 83, n. 2, pp. 340-363.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- OLIVER C. (1991), «Strategic responses to institutional processes», *Academy of management review*, vol. 16, pp. 145-179.
- ORRÙ M., BIGGART N.W., HAMILTON G.G. (1991), «Organizational isomorphism in East Asia», in W.W. Powell, P.J. Di Maggio, *The new institutionalism in organizational analysis*, The University of Chicago Press, Chicago.
- ORTON J.D., WEICK K.E. (1990), «Loosely coupled systems: a reconceptualization», *The academy of management review*, vol. 15., n. 2, pp. 203-223.
- RUEF M. (2000), «The emergence of organizational forms: a community ecological approach», *The American journal of sociology*, vol. 106, n. 3, pp. 658-714.
- RUEF M., SCOTT R. (1998), «A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments», *Administrative science quarterly*, vol. 43, n. 4, pp. 877-904.
- SAUDER M., ESPELAND W.N. (2009), «The discipline of rankings: tight coupling and organizational change», *American sociological review*, vol. 74, n. 1, pp. 63-82.
- SCALLY G., DONALDSON L.J. (1998), «The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England», *BMJ*, 317, pp. 61-65.
- SCOTT LONG J., FREESE J. (2006), *Regression models for categorical depending variables using Stata*, Second Edition, Stata Press, College station Texas.
- SCOTT W.R., RUEF M., MENDEL P.J., CARONNA C.A. (2000), *Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care*. The University of Chicago Press, Chicago.
- SOOD S., MBARIKA V., JUGOO S., DOOKHY R., DOARN C.R., PRAKASH N., MERRELL R.C. (2007), «What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings», *Telemedicine journal and e-health*, Oct, 13(5), pp. 573-90.
- STUART J., SPURGEON P.C., COOK A. (1995), «Management for doctors: making finance work for you strategic issues in clinical directorates», *British Medical Journal*, 310(6974), pp. 224-246.
- TARONI F., GRILLI R. (2004), *Governo clinico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- TOLBERT P.S., ZUCKER L.G. (1983), «Institutional sources of change in the formal structure of organizations: the diffusion of civil service reform. 1880-1935», *Administrative science quarterly*, 28, pp. 22-39.
- THORNTON P., OCASIO W. (1999), «Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: executive succession in the higher education publishing industry. 1958-1990», *The American journal of sociology*, vol. 105, n. 3, pp. 801-843.
- VAUGHN D. (1982), «Transaction Systems and unlawful organizational behaviour», *Social Problems*, 29, pp. 373-379.
- WESTPHAL J.D., GULATI R., SHORTELL S. (1997), «Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption», *Administrative science quarterly*, 42, pp. 366-392.
- WESTPHAL J.D., ZAJAC E.J. (2001), «Decoupling policy from practice: the case of stock repurchase programs», *Administrative science quarterly*, vol. 46, n. 2, pp. 202-228.
- WOOLDRIDGE J.M. (2002), *Econometric analysis of cross section and panel data*, MIT Press, Cambridge, MA.
- WOOLDRIDGE J.M. (2009), *Introductory econometrics. A modern approach*, 4th edition, Thomson South Western.
- YANG C.W., FANG S.C., HUANG W.M. (2007), «Isomorphic pressures, institutional strategies, and knowledge creation in the health care sector», *Health Care Management Review*, 32, pp. 263-270.
- YOSHIKAWA T., TSUI-AUCH L.S., MC GUIRE J. (2007), «Corporate governance reform as institutional innovation: the case of Japan», *Organization science*, vol. 18(6), pp. 973-988.
- ZORAB J.S.M., LLOYD A. (1995) «Management for doctors: Analysing your organisation and environment and setting its strategy», *British Medical Journal*, 310(6978), pp. 514-517.

Il costo del debito nel project finance ospedaliero in Italia

ROBERTO MORO VISCONTI

Ageing populations require larger healthcare facilities, in spite of growing public budget constraints, inducing to wonder whether we can afford what we increasingly need. New healthcare infrastructures, compliant with Eurostat rules, may not be accounted as public debt increasing investments, if financed with PFI, transferring adequate risks to the private counterpart. There is so little wonder that project finance is increasingly popular in countries like Italy. This paper contains an original analysis of sources of funding (capital, subordinated and senior debt, together with public grant ...), with their timing and risk profile, essential for correct pricing of cost of debt and bankability. Growing spreads due to recessionary credit crunch somewhat offset decreasing interest rates and leverage has unsurprisingly become more expensive and less popular, this being a back-to-the-earth lesson that both practitioners and academics are painfully starting to learn.

Keywords: PPP/PFI, debt underwriting, healthcare

Parole chiave: PPP/PFI, sottoscrizione di debito, sanità

Note sull'autore

Roberto Moro Visconti è professore di finanza aziendale presso l'Università Cattolica di Milano

1. Introduzione

Il *project financing* in ambito sanitario riguarda finanziamenti a lungo-termine di infrastrutture ospedaliere, basati su complesse strutture finanziarie a leva, garantite dai flussi di cassa del progetto. L'argomento è già ampiamente trattato nella letteratura italiana e internazionale; si vedano ad es. Amatucci (2002); Amatucci, Biondi (2002); Barretta (2005); Barretta, Busco, Ruggiero (2008); Gatti, Germani (2003); Gilberti, Calvetta (2004); Jommi, Del Vecchio (2004); Rutella (2005); Froud, Shaou (2001); Rodney, Gallimore (2002); Sussex (2003); Wagstaff *et al.* (1999). Il *project financing* è utilizzato anzitutto per la realizzazione delle cosiddette opere «calde», e in tempi più recenti è stato sempre più esteso anche alle (non remunerative) opere «fredde». ¹ Come rilevano Finlombarda (2011, p. 28) e Nicolai, Felicetti, 2005, nel settore sanitario, considerando in particolare gli investimenti in infrastrutture ospedaliere, le opere «fredde» – dove domanda e offerta (rischio di mercato) di servizi *core* dipendono principalmente dalla controparte pubblica – sono ampiamente predominanti, mentre i ricavi «caldi» per il concessionario privato sono tendenzialmente rappresentati dalla gestione delle attività commerciali correlate all'investimento principale (parcheggi, ristorazione, negozi ... interni o intorno all'ospedale).

Gli investimenti in infrastrutture sanitarie nel corso del 2010 hanno rappresentato circa il 5,6% del mercato mondiale di *project financing*, ma all'interno di questa nicchia, nel mercato italiano – il secondo più importante in Europa, dopo quello britannico – tali investimenti si sono attestati a circa il 15% dei progetti intrapresi (Finlombarda, *Finanza e sanità*, Milano, 30 giugno 2011) ² (in Gran Bretagna il 23%), a conferma del fatto che in

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Bancabilità e costo del capitale
3. Il tiraggio del debito
4. Triangolazione del rischio fra concedente pubblico, concessionario privato e banche finanziatrici
5. Stima del costo del debito *senior* e subordinato
6. Tendenze del settore e considerazioni conclusive

entrambi i Paesi il *project financing* è in continuo sviluppo e gli investimenti nel settore sanitario sono rilevanti.

Con riferimento ai rischi dell'iniziativa, secondo la decisione Eurostat dell'11 aprile 2004 («*Treatment of Public-Private Partnership*»), gli *asset* realizzati mediante operazioni di *project financing* possono essere registrati nei conti del concessionario privato e dunque fuori dai conti della pubblica amministrazione concedente (*off balance sheet*), senza alcun impatto dell'investimento sul deficit e sul debito,³ a condizione che siano trasferiti al concessionario privato almeno due dei seguenti rischi:

– *rischio di costruzione*: riguarda gli eventi connessi a una consegna tardiva, al non rispetto degli standard specificati, ai costi aggiuntivi, ai difetti tecnici e alle esternalità negative (...);

– *rischio di disponibilità*: riguarda sostanzialmente quelle situazioni in cui il concessionario non fornisce la quantità di servizi contrattualmente pre-fissata o non risponde agli standard di sicurezza e di certificazione di qualità connessi alla fornitura dei servizi agli utenti finali, secondo quanto specificato nel contratto;

– *rischio di domanda*: riguarda le fluttuazioni della domanda non connesse alla gestione e alla qualità dei servizi, ma ad altri fattori, quali, ad esempio, il ciclo congiunturale, le tendenze del nuovo mercato, la concorrenza, l'obsolescenza tecnologica, ecc.

Pertanto, il *project financing* può consentire alle amministrazioni concedenti di rispettare il c.d. «patto di stabilità», con una ripartizione della spesa negli anni; per tali motivi, il *project financing* appare un'operazione appetibile soprattutto in contesti congiunturali recessivi, in cui può svolgere un'efficace azione anticiclica, con un approccio neokeynesiano.

La sopra richiamata decisione Eurostat, ancorché riferita ad aspetti contabili, con la codifica dei rischi che essa propone, introduce in pratica elementi rilevanti ai fini dell'individuazione dei rischi correlati con l'iniziativa (Ordine degli Ingegneri della Provincia di Roma, 2009) e della loro condivisione e ottimizzazione. Il rischio è incorporato nel costo del *funding* del concessionario, a titolo

di capitale di debito, proprio e medio ponderato, incidendo anche sulla bancabilità del progetto. Le tre tipologie di rischio richiamate da Eurostat interagiscono tra loro⁴ e vanno considerate a livello complessivo, anche per verificare se il ricorso al *project financing* consente di ridurre il rischio complessivo per il concedente pubblico.

Il trasferimento del rischio – e la sua adeguata mitigazione ricorrendo a operatori professionali – incide sul costo del debito della società veicolo, anche in funzione dei *debt covenants* contrattuali.

Un'analisi aggiornata delle caratteristiche e del costo del debito nell'ambito di operazioni di *project financing* nel settore sanitario italiano, appare originale e di rilievo, essendo un esempio paradigmatico del crescente numero di Paesi con problemi simili (aumento delle necessità in ambito sanitario a seguito dell'invecchiamento della popolazione, a fronte di risorse pubbliche in diminuzione e di vincoli all'indebitamento).

2. Bancabilità e costo del capitale

La bancabilità di un investimento in *project financing*, con un rapporto tra debiti e mezzi propri (*leverage*) di 80/20,⁵ e con gli *asset* patrimoniali della società veicolo – principalmente consistenti nei costi di costruzione capitalizzati – non fungibili come garanzie collaterali, costituisce un aspetto centrale e delicato dell'intera operazione. Nella stima della bancabilità del progetto, bisogna tuttavia tenere in considerazione altri aspetti di rilievo, tra di loro strettamente connessi, quali i flussi di cassa previsti in base al piano economico-finanziario oggetto di asseverazione, il margine economico, la durata della concessione, i contributi pubblici, il canone integrativo di disponibilità.

L'analisi della struttura finanziaria della società veicolo rappresenta un elemento fondamentale nella predisposizione del piano economico-finanziario dell'investimento. Con il *leverage* interagiscono funzionalmente altri indicatori economico-finanziari, da considerare in un'ottica sinergica.⁶

Nel *project financing*, contratti e meccanismi articolati (Gatti, 2006)⁷ limitano la discrezionalità del concessionario privato sui flussi di cassa; considerando che tali flussi sono verificabili e vengono canalizzati at-

traverso la banca che funge da tesoreria, si riducono i costi di agenzia del debito e aumenta la capacità d'indebitamento, anche in un'ottica di Basilea II (Orgeldinger, 2006; Gianfrancesco, 2010) o, in prospettiva, Basilea III.

Se da un lato lo scudo fiscale degli interessi passivi deducibili rappresenta un punto a favore del *leverage*, il (teorico) rischio di *default* della società veicolo è per contro un aspetto a suo sfavore; tale *trade-off*, ben noto in teoria, deve necessariamente essere adattato alle peculiari caratteristiche del *project financing* sanitario, in cui il *residual value* della società veicolo è notoriamente limitato.

Dal punto di vista macroeconomico, la disponibilità di risorse finanziarie e il costo del debito sono strettamente correlati con le condizioni dei mercati finanziari prevalenti, ma anche con le specifiche caratteristiche del progetto e il suo rischio intrinseco. A livello base, rileva il tasso d'interesse reale (deflazionato) e l'inflazione attesa (Moro Visconti, 2011), per formare un tasso d'interesse nominale cui va aggiunto un congruo premio per il rischio.

Il rischio può assumere diverse forme (Moro Visconti, 2010; Gatti, Corielli, Steffanoni, 2008), ma una sintetica considerazione deve necessariamente focalizzarsi sul rischio maggiore per la parte pubblica o privata (qual è il peggiore evento che potrebbe avvenire in un *disaster case*?). Prescindendo da considerazioni di forza maggiore, il rischio principale – da tenere in considerazione nella stima del costo del capitale del progetto – può essere tendenzialmente il seguente:

- per il concedente pubblico, il rischio che l'ospedale non funzioni correttamente, non sia funzionale con i bisogni mutevoli dei degenti e che tali inefficienze causino ulteriori costi e ritardi;

- per l'investitore privato, il rischio che l'intero investimento, nel corso della sua durata, non sia remunerativo, con un valore attuale netto inferiore a quello stimato e un rendimento finanziario insufficiente;

- per le banche finanziatrici, il rischio che il debito non sia rimborsato secondo importi e tempistiche previsti.

Gli investimenti in ambito ospedaliero sono progetti d'importo tipicamente rilevante, caratterizzati da uno sfasamento finanziario per l'investitore privato, per il quale il periodo di costruzione è il più rischioso (la società veicolo sostiene ingenti costi, ma inizia a maturare ricavi solo nella successiva fase di gestione). Nel frequente caso in cui agli interventi di costruzione *ex novo* si affianca la ristrutturazione di reparti preesistenti, emergono ulteriori complessità operative e gestionali, ben note agli addetti ai lavori, che richiedono un'attenta pianificazione ed esecuzione anche sotto il profilo logistico e funzionale.

Anche se – nell'ambito di operazioni di *project financing* – diversi rischi appaiono simili rispetto a investimenti standard di lungo periodo con molteplici *stakeholder*⁸ coinvolti, alcune caratteristiche sono peculiari, come il rischio di segregazione dei soci della società veicolo (*ring fence*); il fatto che la proprietà dell'ospedale sia sin dall'inizio attribuita al concedente pubblico, accentua il paradigma del *no-recourse*, in quanto i creditori finanziari della società veicolo non hanno come garanzie né gli *asset* di tale società né i beni personali dei soci.

Il *project financing* è peraltro percepito come un investimento mediamente meno rischioso rispetto ad altri a lungo termine, in particolare nel caso di opere «fredde», in cui la volatilità dell'EBIT (risultato operativo) è inferiore rispetto ad altri settori (Sorge, Gadanecz, 2004).⁹

Il costo del capitale medio ponderato (*WACC - Weighted Average Cost of Capital*) rappresenta in questo contesto il rendimento medio richiesto dai soggetti che intendono finanziare l'impresa (azionisti e terzi finanziatori), ed è un parametro fondamentale del *project financing*, strettamente connesso con altri indicatori finanziari (*VAN*, *TIR*, *debt service cover ratio*, tempo di recupero attualizzato, ecc.).

Considerando che il costo del debito rappresenta un aspetto rilevante degli investimenti con *leverage* elevati come il *project financing*, il *WACC*¹⁰ rappresenta un indicatore sintetico del rischio finanziario, che per gli *sponsor* finanziari è il più rilevante. Se il *WACC* aumenta, si incrementano il beta (β)¹¹ e il tasso di rendimento dell'*equity*, con una

diminuzione di valore e un maggiore rischio, progressivamente trasferito dagli azionisti ai creditori della società veicolo.

In una situazione ideale con un β_{equity} medio pari a 1 e un $\beta_{debito\ privo\ di\ rischio}$ tendenzialmente pari a 0, ipotizzando un rapporto tra equity e debito di 20 : 80, il $\beta_{assets} \approx 1 \times 20\% + 0 \times 80\% \approx 0,2$.

In realtà, il β_{equity} , che tipicamente comprende anche il debito subordinato (*quasi equity*),¹² è lievemente inferiore all'unità e pari a circa 0,9, mentre il β_{debito} , tipicamente rappresentato dal debito principale (*senior*), è maggiore di zero ma inferiore rispetto al costo del capitale proprio, come evidenziato nella **figura 1**.

Il valore di mercato del patrimonio netto e del debito della società veicolo non sono agevolmente stimabili, in particolare se la società veicolo non è quotata (come tipicamente avviene in Italia).¹³

Il WACC può rappresentare un utile indicatore di sintesi del rischio effettivamente trasferito dalla controparte pubblica al privato; l'evoluzione della struttura finanziaria dell'investitore privato (all'inizio e lungo l'intera durata della concessione) è un altro indicatore complementare del rischio insito nella parte privata, sino al limite ammesso

dallo sponsor finanziario (misurato dal *leverage*).

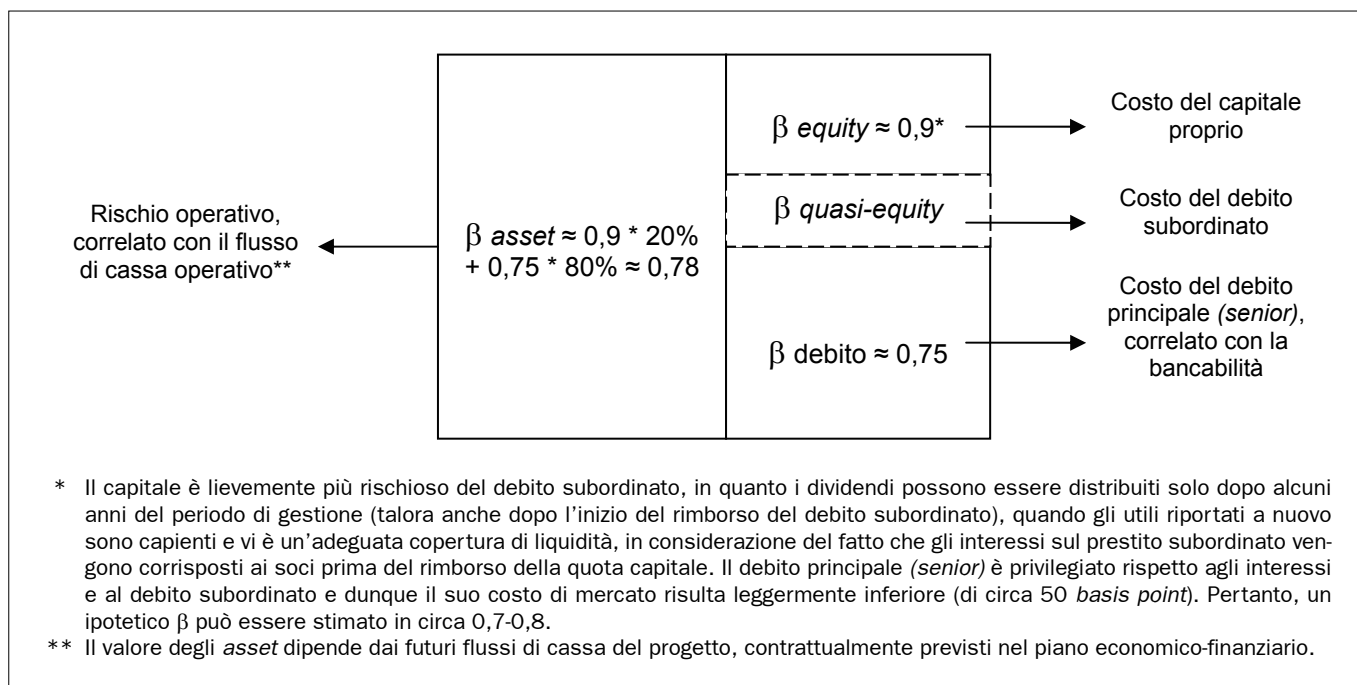
Il WACC è principalmente determinato dalla natura rischiosa dell'investimento, desumibile dalla struttura degli *asset*¹⁴ e dai flussi di cassa prospettici, nel caso di specie tendenzialmente stabili e non soggetti a particolari stagionalità. Il piano economico-finanziario può essere utilmente sottoposto ad analisi di sensibilità e scenario, in modo da verificare fino a che punto esso sia sostenibile e quale sia il *break-even point*.¹⁵

3. Il tiraggio del debito

Il costo del debito è una funzione del suo ammontare e della sua proporzione rispetto al capitale raccolto. Osservando un tipico piano economico-finanziario della società veicolo al termine della fase di costruzione, in cui l'esposizione debitoria raggiunge il livello più elevato,¹⁶ è possibile inquadrare il problema dell'ammontare di debito *senior* (privilegiato ed esterno rispetto alla società e ai suoi soci) necessario; la raccolta di fonti destinate a supportare gli *asset*, principalmente rappresentati dai costi di costruzione capitalizzati, deve essere considerata al netto dei contributi pubblici, tipicamente corrispo-

Figura 1

Beta degli *asset*, del debito e dell'*equity* nel *project financing*



sti alla società veicolo nel corso della fase di costruzione, in base allo stato avanzamento lavori.

Come rileva Finlombarda (2011), su un totale di 41 progetti censiti in Italia in ambito sanitario pubblico, 28 prevedono l'erogazione di un contributo pubblico (68% dei progetti).

I crescenti vincoli di bilancio rendono più difficile il reperimento di adeguati contributi pubblici, anche se i parametri di bancabilità e sufficiente remuneratività non possono essere portati fino a un punto di insostenibilità; riduzioni di contributi pubblici, oltre che a incidere sulla copertura finanziaria della fase critica di costruzione, devono essere adeguatamente controbilanciate o da maggiori canoni integrativi di disponibilità o da prolungamenti della durata della concessione o ancora da un ampliamento del perimetro delle attività in concessione ovvero prevedendo pagamenti parziali in natura (con immobili in permuta, ecc.).

Per i progetti più rilevanti (con un investimento di oltre 50 milioni di euro, con una media di 152,2 milioni di euro), il contributo in conto capitale medio è pari a 84 milioni di euro, con un'incidenza media del 55% (tabella 1).

Negli investimenti più limitati, i contributi pubblici sono più contenuti e l'importo residuo da finanziare con mezzi propri e debiti finanziari è – per contro – più elevato, rendendo più complesso e costoso il reperimento delle risorse finanziarie, tenuto anche conto del fatto che le commissioni bancarie (fisse e variabili) – non trascurabili nelle operazioni di *project financing* – sono ripartite su importi minori.

Considerando una media del 55% dell'investimento coperta dal contributo pubblico, la società veicolo deve reperire il rimanente 45% da iniezioni di *equity* e da debiti finanziari; il debito subordinato è in genere erogato agli stessi soci (e dunque considerato

quasi-equity)¹⁷ ed è rimborsato successivamente al debito principale (*senior*), erogato dalle banche e tipicamente privilegiato.

La tempistica e le modalità con cui avviene il rimborso del debito sono particolarmente importanti, per molti aspetti tra loro correlati (disposizioni normative, flussi di cassa, ecc.), che hanno un impatto sul costo del debito, il quale rispecchia anche il profilo di rischio della struttura di finanziamento adottata.

Nella **figura 2**, si illustra un esempio pratico di cronoprogramma relativo alla strutturazione e al rimborso del debito nel *project financing*, ipotizzando quanto segue:

- costo dell'investimento: 100;
- contributi pubblici: 55;
- debito principale (*senior*): 36;
- debito subordinato: 7;
- capitale sociale: 2;
- durata concessione: 30 anni (di cui 1 di progettazione, 2 di costruzione e 27 di gestione);
- *leverage* massimo: 80/20.

Il costo dell'*equity*, maggiore rispetto al debito in quanto più rischioso e rimborsato in via postergata, può anche essere considerato, a livelli non troppo dissimili rispetto al costo del debito subordinato per la società veicolo, in quanto entrambi sono tipicamente sottoscritti dai soci della società veicolo, che spesso hanno una struttura a leva.¹⁸

Tutte le fonti finanziarie sono utilizzate nel periodo di costruzione, nel corso del quale la società veicolo necessita di liquidità per l'investimento in quanto, tipicamente, i ricavi maturano nella successiva fase di gestione; alla fine del periodo di costruzione, la leva finanziaria e l'indebitamento globale raggiungono il loro livello massimo.

Il capitale sociale è in genere versato all'inizio, e in subordine si utilizza il finanziamento soci a titolo di *quasi equity*, anche con funzione di stabilizzazione del *leverage*.

Ammontare dell'investimento/Anno	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Meno di 15 milioni €	13,00%	13,00%	26.60%	14.00%	18.02%	18.27%
Tra 15 milioni € e 50 milioni €	33,00%	42,00%	48.10%	52.70%	32.38%	35.17%
Oltre 50 milioni €	55,00%	55,00%	54.90%	54.70%	53.23%	51.20%

Tabella 1
Incidenza del contributo pubblico sul valore dell'investimento
Fonte: Finlombarda (2011)

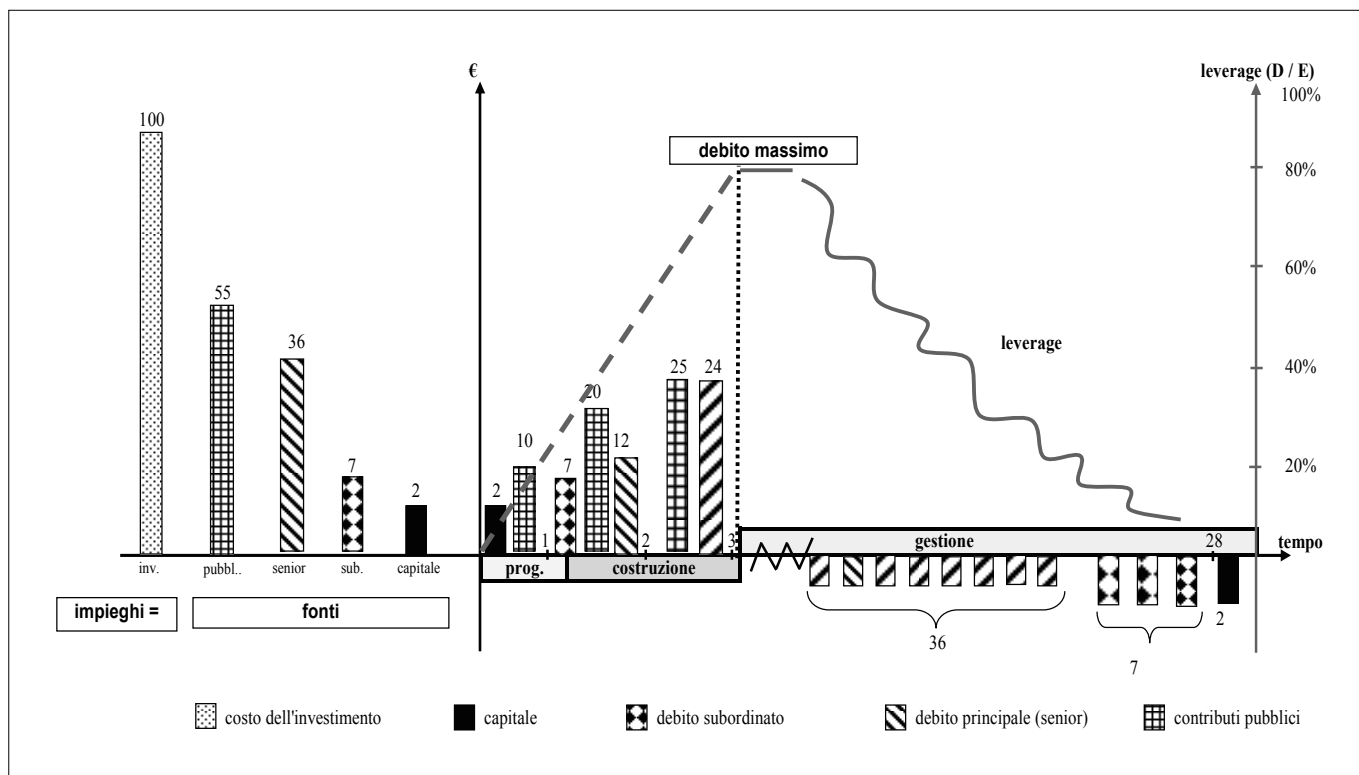


Figura 2
Esempio
di cronoprogramma
relativo al debito

Il debito principale (*senior*) viene imputato alle banche finanziatrici in quanto le altre fonti non sono sufficienti a coprire i costi di costruzione. In via ulteriore, è possibile prevedere anche una linea ponte *ad hoc* (c.d. *Grant Facility*), qualora la corresponsione dei contributi pubblici¹⁹ sia prevista in via differita rispetto alle esigenze della società veicolo.

I costi di costruzione tipicamente originano, in capo alla società veicolo che non matura ricavi in fase di costruzione, un rilevante credito Iva, che può essere finanziato da una linea *ad hoc* (c.d. *VAT Facility*), controgarantita dallo stesso credito e tipicamente scontata a un tasso variabile (tipo Euribor), consideratane l'estensione temporale limitata a 2-3 anni, oppure anche parzialmente compensata con Iva a debito a partire dalla fase di gestione ovvero chiesta a rimborso, entro gli angusti limiti di legge.

La strutturazione finanziaria sopra illustrata segue una sorta di «ordine di scelta»,²⁰ sia con riferimento alla concessione che al rimborso delle fonti (contrattualmente regolati), con un rilevante impatto sul rischio condiviso tra gli azionisti della società veicolo e i

sui finanziatori. L'entità del *leverage* e la ripartizione del debito tra *senior* e subordinato dipende dal piano economico-finanziario considerato nel suo insieme, avendo riguardo al cronoprogramma dei flussi economico-finanziari e all'interazione delle diverse fonti di finanziamento, anche considerando ipotesi probabilistiche con analisi di sensibilità e scenario tali da spingersi, prudenzialmente, fino a configurare i citati scenari di *break-even*, utili per meglio poter stimare la bancabilità del progetto.

All'aumentare del *leverage*, il rischio si trasferisce progressivamente dagli azionisti ai terzi finanziatori, che a titolo compensativo richiedono un maggiore premio per il rischio (*spread*).

4. Triangolazione del rischio fra concedente pubblico, concessionario privato e banche finanziatrici

Nell'ambito delle iniziative di *project financing*, il rapporto, anche di natura finanziaria, concerne non solo il concedente pubblico e il concessionario privato ma anche, evidentemente, le banche *sponsor* di

quest'ultimo, che sopportano buona parte del rischio finanziario, a causa di un *leverage* tipicamente elevato.²¹ Ne discendono delicate problematiche di *contractual governance*, in cui i finanziatori, al fine di assicurare la bancabilità dell'investimento, richiedono una serie di garanzie contrattuali, in parte basate sul monitoraggio di parametri economico-finanziari tra cui rileva, in particolare, il *debt service cover ratio* (DSCR).²² Il significato di tale indicatore risulta di agevole interpretazione: un valore superiore all'unità rappresenta la capacità dell'investimento di generare risorse sufficienti a coprire le rate del debito spettanti ai finanziatori (Gatti, 2006, pp. 219 e ss).

Il monitoraggio del debito, associato a un'intrinseca rigidità del modello di *business* relativo a investimenti ospedalieri, che delimita naturalmente la discrezionalità manageriale e i conflitti che ne discendono tra manager e azionisti e tra questi ultimi e i creditori, consente una minimizzazione di asimmetrie informative con contestuale contenimento del costo del debito. I tradizionali conflitti d'interesse tra i manager e gli azionisti, da un lato, e i creditori, dall'altro, sono nel caso di specie stemperati dalla rigidità dei progetti d'investimento, che si devono muovere entro binari contrattualmente prestabiliti, in cui rileva anche la canalizzazione bancaria dei flussi di cassa.

Mentre il debito *senior* è erogato alla società veicolo direttamente dalle banche, il debito subordinato è invece frutto della provvista dei soci e quindi incide nella loro struttura finanziaria; in tale ambito rilevano gli affidamenti concessi a ciascun socio e il suo *rating*, anche in funzione del profilo reputazionale e del *track record* che manca in società veicolo neo costituite *ad hoc*, essendo invece presente nei suoi azionisti preesistenti.

5. Stima del costo del debito *senior* e subordinato

L'evidenza empirica che è stato possibile riscontrare presso le principali banche attive nel comparto dell'*infrastructural lending* (Finlombarda, 2010),²³ dimostra che nel settore delle infrastrutture ospedaliere i tassi di interesse fissi sono tipicamente più frequenti di quelli variabili, sia per i debiti *senior*,

sia per quelli subordinati; ciò per una serie di circostanze che attengono alla maggior diffusione dei tassi fissi per scadenze più lunghe,²⁴ al loro più agevole inserimento in modelli previsionali di struttura a termine dei tassi di interesse, alla facilità con cui gli operatori – anzitutto bancari – possono coprirsi con *swap* fisso-variabile, riducendo nei fatti l'intrinseca maggior rischiosità del tasso fisso, caratterizzato da una *duration* significativamente più elevata²⁵ e, quindi, da una più accentuata sensibilità a variazioni dei tassi di mercato.

Gli *interest rate swap* a lungo termine, fino a venticinque anni o anche oltre,²⁶ costituiscono una *proxy* tradizionalmente usata per una proiezione di tassi d'interesse fissi, da utilizzare nelle indagini che portano alla bancabilità dell'investimento, dapprima in termini di asseverazione del piano economico-finanziario del proponente e poi, in caso di aggiudicazione, in un'ottica di effettiva erogazione dei finanziamenti, in uno scenario di mercato successivo di almeno 12-18 mesi, in cui le dinamiche competitive possono essere anche molto mutate, con riferimento sia al progetto, sia ai suoi sponsor.

Il debito subordinato è intrinsecamente più rischioso, non solo per effetto della postergazione legale rispetto al debito *senior*, con conseguente allungamento del *payback* (che tradizionalmente precede di poco il termine della concessione, mentre l'ammortamento del debito *senior* è tipicamente più breve di alcuni anni), ma anche perché esso proviene direttamente dalla provvista dei soci, che controgarantiscono le loro banche, a differenza di quanto avviene con il *ring fence* nel caso dell'indebitamento *senior no recourse* in capo alla società veicolo.

Un'analisi empirica – effettuata ancora una volta ricorrendo informalmente ai dati di banche finanziatrici – ha consentito di evidenziare un limitato *spread*, pari a 20-30 punti base, del debito subordinato rispetto al *senior*. L'ipotetica convenienza a elevare lo *spread* per consentire ai finanziatori-soci di percepire interessi più elevati, anche a titolo di surrogati del dividendo (e con minori vincoli civilistici di distribuibilità)²⁷ sarebbe peraltro ostacolata non solo dalle disposizioni restrittive in tema di deducibilità degli interessi passivi,²⁸ ma anche dalla

potenziale elusività di strutture altamente a debito.²⁹

Rispetto a un debito subordinato con caratteristiche di *quasi equity*, il capitale sociale, spesso richiesto per ammontari pari a 1/20 dell'investimento,³⁰ ha un costo più elevato, con un'ulteriore maggiorazione di *spread*. La mera sottoscrizione di capitale, con un richiamo dei decimi subordinato a ipotesi cogenti di *equity kicker* (ad esempio quando il *leverage* oltrepassa certe soglie, tipicamente verso il termine della costruzione), può consentire ai soci preziosi risparmi che riducono il costo-opportunità del capitale.

La misura dello *spread* dipende da numerosi e differenti fattori, che interagiscono tra loro, come ad esempio:

- le caratteristiche del progetto (costo dell'investimento, piano di rimborso del debito, vincoli e garanzie, ecc.);
- le caratteristiche del concessionario privato (essendo tipicamente la società veicolo una *NewCo*, si utilizzano *per relationem* come parametri il *track record*, la reputazione e la solidità finanziaria dei suoi soci);
- l'andamento del mercato al momento della richiesta e in quello dell'erogazione;
- l'articolazione del piano economico-finanziario e il cronoprogramma dell'investimento.³¹

Poiché l'ospedale non appartiene *ab origine* al concessionario privato,³² la sua proprietà non può fungere da garanzia per i finanziatori di quest'ultimo, coerentemente con la filosofia *cash-flow based* del *project financing*.

In periodi di scarsa liquidità, dovuti a situazioni di *credit crunch*³³ o scenari recessivi, l'obiettivo di ottenere le fonti necessarie a un tasso conveniente diventa particolarmente arduo.

Le condizioni applicate dalle banche variano, a volte anche in modo considerevole, da banca a banca; per gli importi più rilevanti, il potere negoziale delle banche tipicamente cresce. Le prospettive del settore delle infrastrutture, il più simile al caso di specie, sono inoltre importanti per cercare di comprendere «l'umore» delle istituzioni finanziarie; le infrastrutture sono tipicamente molto cicliche e tendono ad anticipare i cambiamenti nei *trend* macroeco-

nomici sia nelle fasi recessive che in quelle di ripresa.

Per quanto concerne il debito *senior*, alcuni dati di mercato recenti mostrano come gli *spread* si sono più che raddoppiati dal 2008 al 2009, crescendo da 1,2%-1,3% a 2,6-3%; il debito subordinato presenta sempre *spread* maggiori, eccezionalmente anche fino all'1%, rispetto a quelli applicati al *senior* prima della crisi dei mutui *subprime* e sino alla fine del 2007: in tale scenario passato, la liquidità era notoriamente particolarmente abbondante e a buon mercato, anche per effetto del ciclo espansionistico dell'economia mondiale, assecondato dai bassi tassi delle banche centrali. Nel 2010-2011 si assiste a un consolidamento degli *spread* richiesti, cui peraltro sempre più spesso si associano stringenti politiche di *capital rationing* da parte delle banche, assai meno propense a finanziare gli investimenti rispetto a un contesto pre-crisi, anche per problemi di bilancio propri, che spesso impongono loro un *deleveraging*.

Nell'estate 2011, in seguito alla grave crisi dei mercati azionari, specie nell'Eurozona, i tassi *risk free* delle emissioni di titoli di Stato incorporano, in Paesi come l'Italia, un premio per il rischio di *default*³⁴ che potrebbe incidere anche sull'onerosità degli affidamenti, anche per effetto dei citati fenomeni di *credit crunch*. Per una disamina del *project financing* nel contesto di crisi, si veda Sinatra (2010).

Quando i tassi nominali di mercato si riducono rapidamente, come è avvenuto nel corso della congiuntura recessiva del 2008-2009 a seguito di interventi delle banche centrali, il differenziale tra interessi attivi e passivi si riduce, tendendo peraltro a essere compensato da maggiori *spread* (tabella 2).

Anche se per il debito a lungo termine si utilizzano in genere l'IRS o altri tassi fissi, al fine di mitigare ulteriormente ogni possibile rischio, i citati *revolving swap* del tasso da fisso a variabile sono molto diffusi e spesso imposti dalle stesse banche, con una commissione per tale servizio.

La bancabilità impone che il piano economico-finanziario preveda il rimborso del debito *senior* e del subordinato entro la fine della concessione, in modo da concedere alle banche un'ulteriore garanzia.

Tipologia di debito	Tasso di interesse	Commissioni fisse	Commissioni variabili	Imposta sostitutiva
Debito <i>senior</i>	Interest Rate Swap (1)	(Una tantum) Advisory fee + Bank Agency fee annuale	Advisory fee ≈1% Arrangement fee ≈1,2% Commitment fee ≈0.5% (2) Spread ≈ 2,5-3%	0,25% (3)
Debito subordinato	Interest Rate Swap	(Una tantum) Advisory fee + Bank Agency fee annuale	Stesso spread del debito <i>senior</i> + 0,25-0,75%	
VAT Facility	Euribor 6 mesi + spread	Advisory fee Bank Agency fee	Advisory fee ≈1% Arrangement fee ≈1,2%	
Grant Facility	Euribor (o IRS) + spread	Advisory fee Bank Agency fee	Advisory fee ≈1% Arrangement fee ≈1,2% Commitment fee ≈0,5%	

(1) La scadenza è in genere inferiore di 2 o tre anni rispetto al debito subordinato.

(2) Solo durante la fase di costruzione, sulla base del debito residuo.

(3) Sul totale dei prestiti concessi, ex art. 18 del D.P.R. 601/1973.

Il costo del *quasi equity* si incrementa con l'aumentare dello *spread* del debito subordinato. Le differenze tra il rendimento (costo) del *quasi equity* e quello dell'*equity* riguardano non solo la sopra menzionata possibile asimmetria, ma anche le loro tempistiche in genere non sincronizzate, in quanto gli interessi sul debito iniziano a essere corrisposti prima dei dividendi e il subordinato è rimborsato successivamente al *senior* ma prima del capitale; così, il valore attuale degli interessi del debito subordinato e del rimborso è, *ceteris paribus*, più elevato dei dividendi e della restituzione del capitale.

Il valore attuale è più elevato anche a causa di un più basso fattore di sconto, essendo il rimborso del debito subordinato prefissato, mentre la remunerazione e il rimborso del capitale di rischio (sull'argomento, si veda anche Albisetti, 2005) dipendono dalle performance della società veicolo.

Inoltre, essendo i tassi d'interesse del debito subordinato fiscalmente neutrali (in quanto costi deducibili per la società veicolo e proventi imponibili per i soci, con un'aliquota fiscale simmetrica), mentre i dividendi vengono percepiti dai soci della società veicolo al netto dell'imposizione (5% imponibile), c'è un ulteriore (piccolo) elemento che favorisce il debito subordinato e il suo servizio.

6. Tendenze del settore e considerazioni conclusive

Il *project financing* è un'operazione d'investimento infrastrutturale a lungo termine, con un complesso processo di gestazione, sostanzialmente illiquido per via della sua indivisibilità, del costo rilevante del progetto, dell'alto livello d'indebitamento e della difficoltà di valutazione – tutte caratteristiche che rendono tale operazione intrinsecamente rischiosa. Al crescere della complessità, infatti, aumentano anche i rischi e il monitoraggio del debito bancario diviene più difficile.

In diversi Paesi, in particolare in quelli come l'Italia con un elevato debito pubblico, le limitazioni all'utilizzo di fondi pubblici, dovute ai vincoli fissati dal Patto di crescita e stabilità europeo, hanno portato i governi, spinti da una crescente domanda in investimenti pubblici, a invitare soggetti privati a entrare nell'ambito di operazioni rilevanti di *project financing*, come le infrastrutture ospedaliere, in qualità di finanziatori, costruttori o gestori.

La condivisione e il trasferimento dei rischi a operatori specializzati possono consentire la loro diluizione, con benefici tangibili per l'intera collettività. Il trasferimento dei rischi agli investitori privati è peraltro soggetto a un delicato *trade-off*: se esso non è sufficiente, il «paracadute» di Eurostat non

Tabella 2

Tassi di interesse, commissione bancarie e altri costi nel 2010

si apre, mentre se esso è eccessivo, la bancabilità non è assicurata e il concessionario privato potrebbe non essere più sostenuto dagli sponsor finanziari. La prospettata revisione dei criteri Eurostat dovrebbe consentire di evitare gli abusi della finanza creativa, senza peraltro soffocare un prezioso strumento anticiclico. Il *project financing* sembra, inoltre, lo strumento adatto a superare gli annosi problemi delle infrastrutture ospedaliere mai terminate, con «cattedrali nel deserto» particolarmente frequenti nel Mezzogiorno, grazie soprattutto all'incentivo per il privato a terminare, entro i tempi stabiliti, l'opera per poi gestirla.

Nella stima del rapporto «qualità-prezzo» e di un'efficiente allocazione del rischio, misurati dal *Value for Money* (per una visione critica, si veda Billingsley, 2011)³⁵ – tradizionalmente utilizzato, anche con procedure di *Public Sector Comparator*, nell'esperienza inglese³⁶ – rilevano anche distorsioni fiscali che in Italia possono penalizzare il *project financing*, ad esempio rispetto al *leasing* (si veda Moro Visconti, 2009).³⁷ L'inasprimento dell'Irap in capo ai concessionari, introdotta con la manovra finanziaria del luglio 2011, rappresenta un'ulteriore penalizzazione fiscale, in un settore tradizionalmente *labour intensive*.

I *pool* di grandi banche internazionali, indispensabili per finanziare progetti infrastrutturali *labour* e *capital intensive*, grazie alla loro capacità di assicurare un'adeguata provvista a costi competitivi e maggiori competenze finanziarie, non sono al momento molto diffusi, anche se l'internazionalizzazione delle grandi banche italiane, peraltro frenata dalla crisi globale, potrebbe semplificare questo processo. Regole globalmente accettate e la miglior prassi possono fare il resto, favorendo la trasparenza e aumentando l'attrattività del mercato, anche secondario (con un miglioramento indotto nella liquidità del mercato primario e un benefico impatto anche sul costo del debito). La tematica del mercato secondario, allo stato attuale ancora embrionale in Italia, vista la breve storia del *project financing* sanitario, ma già diffuso nel Regno Unito, merita attenzione non solo per la sua interazione con il mercato primario, ma anche per le problematiche di *governance* che ne discendono, avendo riguardo anche alla natura e professionalità dei soci

che effettuano il *sell out*, rispetto a quelli subentranti.³⁸

La recessione iniziata nel 2008 ha fortemente contribuito all'aumento del debito pubblico e reso dunque più difficile il finanziamento d'investimenti, ancorché necessari. Tali sfide rendono le operazioni di *project financing* ancora più interessanti, tenuto conto del fatto che un equilibrato accordo tra pubblico e privato può ottimizzare la condizione dei rischi e l'efficienza, consentendo investimenti da non contabilizzare in bilancio come debiti, altrimenti difficilmente cantierabili. La crisi dell'euro, che si è acuita nell'estate del 2011, comporta un innalzamento degli *spread* richiesti dalle banche, che scaricano sugli impieghi alla clientela anche le loro criticità, legate a necessità di un *deleveraging* in presenza di capitali di vigilanza erosi da crediti incagliati e titoli svalutati; da qui anche l'idea di finanziare i progetti infrastrutturali con canali complementari rispetto a quelli bancari tradizionali.

Le lezioni derivanti dalle esperienze del passato insegnano a evitare un'esuberanza irrazionale, limitando un indebitamento eccessivo, ma anche contenendo esagerate reazioni di panico e il conseguente drastico razionamento del *funding*, soprattutto in contesti macroeconomici in cui gli investimenti infrastrutturali pubblici costituiscono un prezioso volano ne-keynesiano per la crescita economica.

Note

1. Le prime sono opere che, garantendo un'adeguata redditività nella gestione, sono capaci di remunerare il capitale di rischio con il *cash flow*. Rientrano in quest'ambito tutte le opere il cui utilizzo è tariffabile, quali ad esempio le infrastrutture per il trasporto metropolitano, gli impianti di gestione di gasdotti, i parcheggi pubblici, gli impianti sportivi e gli investimenti che possono generare ricavi commerciali (ad esempio, negozi nell'ambito di ospedali o centri sportivi). Le seconde, al contrario, sono opere pubbliche il cui utilizzo non è tariffabile direttamente a utilizzatori privati, quali ad esempio le caserme o le opere destinate alla difesa nazionale (art. 822 c.c.) o ancora edifici pubblici (municipi, uffici comunali, scuole, università, ecc.) ovvero anche ospedali pubblici o cimiteri; sono definite anche opere a tariffazione verso la pubblica amministrazione. Le opere fredde sono remunerate dal committente pubblico con «tariffe ombra» (*shadow tolls*).
2. <http://www.finlombarda.it/acm-on-line/Home/Comunicazione/artCatEventi.11000652.1.20.6.html>.
3. La Circolare del 27 marzo 2009 la Presidenza del Consiglio dei ministri ha chiarito i casi in cui è pos-

- sibile contabilizzare fuori bilancio le operazioni di partenariato pubblico-privato (PPP).
4. Anche considerando possibili suddivisioni delle macro-categorie; così ad es. il rischio di costruzione ricomprende il rischio anche ambientale, logistico e infrastrutturale relativo al sito oggetto di edificazione, alla progettazione anche esecutiva e al collaudo dell'opera, vincolato al tiraggio degli stati avanzamento lavori e quindi atto a influenzare il cronoprogramma economico-finanziario.
 5. In alcuni casi il *leverage* ha raggiunto livelli di 85/15 o anche superiori, ma negli ultimi anni tende a ridursi, a causa della stretta sui finanziamenti e dell'impatto sul sistema finanziario delle aggressive prassi operative del passato; anche investimenti meno rischiosi come quelli in ambito sanitario risentono di tali problematiche, e la raccolta di debito e di *equity* è divenuta più complessa e costosa.
 6. La percentuale d'indebitamento incide sulla ponderazione del costo del capitale (WACC); i flussi di cassa operativi (*unlevered*), che precedono il servizio del debito, (sulla base del Valore attuale netto o del Tasso interno di rendimento del progetto e sono influenzati anche dall'entità del debito; i flussi di cassa netti (*levered*), utilizzati per esprimere il Valore attuale netto o il Tasso interno di rendimento dei soci, scontano il servizio del debito (interessi passivi e rimborso del capitale) e pertanto sono anch'essi influenzati dalla sua composizione.
 7. Un insieme di contratti non finanziari è in genere predisposto per limitare la discrezionalità manageriale degli sponsor del progetto, per rendere maggiormente verificabili i flussi di cassa per i finanziatori e per ridurre l'impatto negativo di eventi imprevedibili sui flussi di cassa del progetto.
 8. A titolo di soci, finanziatori, dipendenti, clienti, fornitori, pubbliche autorità, fruitori di servizi, ecc.
 9. Il principale rischio di mercato (domanda di servizi sanitari dei pazienti) è in gran parte sopportato dal concedente pubblico, anche se il privato ha un rischio derivato sui servizi commerciali ausiliari. Le banche tendono a scontare i proventi «freddi» a un tasso di rischio più ridotto rispetto a quelli «caldi». Essendo ben noto il perimetro dell'investimento, vi sono anche limitate asimmetrie informative.
 10. In formule, si ha: $WACC = k_e \frac{E}{D + E} + k_i (1 - t) \frac{D}{D + E}$ ove k_e = costo del capitale proprio; E = equity; D = debito; k_i = costo del debito, al netto della deducibilità fiscale con aliquota t .
 11. Il β rappresenta la sensibilità degli *assets* di volta in volta considerati al variare del valore di mercato.
 12. Si veda la nota 26.
 13. Il valore di mercato del patrimonio netto può considerarsi come *proxy* la capitalizzazione di mercato, mentre il valore di mercato del debito può essere rappresentato da obbligazioni quotate; in società veicolo standard, i parametri di riferimento dei mercati dei capitali possono essere convenientemente utilizzati solo nei paesi o settori in cui vi è un numero significativo di società quotate e comparabili. Il fatto stesso che ogni progetto è unico rappresenta un ostacolo per i confronti. La nascita di un mercato secondario, con negoziazione degli assetti proprietari, consente di determinare prezzi di riferimento, ancorché spesso informali.
 14. Il capitale (mezzi propri e debito) è tipicamente raccolto in funzione della composizione dell'attivo (capitale investito), con riferimento alla sua solvibilità e «collateralizzabilità»; nel *project financing* la filosofia *cash flow based* considera l'idoneità delle attività a produrre liquidità a prioritario servizio del debito.
 15. Eventi di *force majeure (acts of God)* non sono per definizione preventivabili, anche se di norma sono contrattualmente previsti.
 16. In tale fase, la maggior parte dei debiti è utilizzata per finanziare la costruzione. Il rimborso del debito *senior* in genere ha inizio nella fase di gestione, in cui la società veicolo comincia a generare flussi di cassa positivi.
 17. Il motivo per cui i soci della società veicolo sottoscrivono anche il debito subordinato anziché il solo *equity* risiede nel fatto che tale debito è fruttifero e viene rimborsato prima del capitale (anche se successivamente al debito principale); il debito subordinato è dunque più flessibile rispetto al capitale (*equity*) e, di conseguenza, meno costoso da raccogliere.
 18. Se la strutturazione del *project financing* segue un modello «no recourse», le problematiche relative alla leva della società veicolo sono distinte da quelle dei suoi azionisti, anche se le banche finanziatrici non di rado valutano una posizione consolidata del debito, tale da ricomprendere anche il *rating* e la solvibilità dell'azionista.
 19. Il committente pubblico può, a sua volta, finanziarsi anche con il fondo di rotazione e talora, in via complementare rispetto a un contributo monetario, può offrire al concessionario immobili non strumentali in conto prezzo.
 20. Secondo la c.d. *pecking order hypothesis*, nella prassi le imprese preferiscono finanziare gli investimenti prioritariamente con gli utili non distribuiti e in subordine con l'indebitamento e solo in ultima istanza con aumenti di capitale. Nel *project financing*, l'autofinanziamento è di norma difficoltoso nei primi anni – in cui la società veicolo assorbe liquidità – ma poi cresce progressivamente col tempo, riducendo la necessità di utilizzare il debito ed eventualmente di richiamare il capitale sottoscritto ma non ancora versato, al fine di riequilibrare il *leverage*.
 21. Il *leverage* è definito come rapporto tra debiti finanziari e mezzi propri; in tale ambito è ambivalente la classificazione del debito subordinato (spesso sotto forma di finanziamento dei soci della società veicolo). Ove si opti per una concezione giuridico-formale del «finanziamento» soci, esso dovrà necessariamente trovare allocazione tra i debiti, conformemente al dispositivo dell'art. 2424 c.c. e a quanto riportato nei principi contabili nazionali OIC 19 e OIC 28. In via alternativa, considerando il versamento dei soci in un'ottica finanziaria che ne incorpori la postergazione (rispetto al debito *senior* ...), tale voce può essere considerata a titolo di *quasi equity* e conseguentemente allocata nel patrimonio netto, portando a un *leverage* completamente diverso dal precedente. Rilevano, a tal fine, anche i vincoli al rimborso e altri aspetti negoziali, a garanzia dei finanziatori, che attengono ai rapporti tra questi ultimi e il potenziale concessionario.

22. Pari al rapporto, calcolato per ogni dato periodo dell'orizzonte temporale previsto per la durata dei finanziamenti, fra il flusso di cassa operativo generato dal progetto e il servizio del debito comprensivo di quota capitale e quota interessi. In formule:

$$DSCR = \frac{FCO}{Df_t + I_t}$$

Ove: FCO = flusso di cassa operativo relativo all'esercizio t-esimo; Df_t = quota capitale da rimborsare (indebitamento finanziario) nell'esercizio t-esimo; I_t = quota interessi da corrispondere (oneri finanziari) nell'esercizio t-esimo.

23. Considerata la peculiarità di ogni fattispecie, difficilmente comparabile con le altre, la raccolta di *inside information* in merito all'entità e alle modalità di applicazione dello *spread* non appare agevole.
24. Come implicitamente dimostrato, tra l'altro, dalla presenza di BTP trentennali, ma non di CCT di simile durata.
25. Nei titoli a cedola variabile la *duration* tipicamente coincide con il *time to repricing* (trimestrale, semestrale ...) della cedola periodica, oltre allo *spread* prefissato.
26. Desumibili da banche dati come Bloomberg, Datastream o, in Italia, su www.telemutuo.it/euribor-aggiornato.php.
27. Potendo ad esempio prescindere in sede di erogazione da una redditività netta positiva.
28. In passato imperniate sulla *thin capitalization* e oggi sulla stretta alla deducibilità in eccesso rispetto a un multiplo del Reddito operativo lordo, ex art. 96 del Tuir (D.P.R. 917/1986).
29. In senso analogico, si vedano i recenti interventi dell'amministrazione finanziaria a censura delle operazioni di *Leveraged Buy-Out*, in base alla tesi che l'indebitamento è assunto a vantaggio non della società *target*, ma dei suoi soci, e pertanto andrebbe a essi rifatturato.
30. In base a prescrizioni previste in bandi pubblici; si veda ad es. <http://www.comune.noventa-vicentina.vi.it/Notizie/Bandi-di-gara/Bando-Casa-Riposo.html>.
31. Rileva, in tale ambito, anche il tradizionale *trade-off* tra la durata della concessione e l'entità del canone integrativo di disponibilità; a livello di marginalità economica e finanziaria della società veicolo, rileva anche la complessa rete negoziale (che richiama la concessione Coasiana dell'azienda come *nexus of contracts*) con subfornitori, attraverso contratti *pass-through*, che garantiscono flessibilità e specializzazione.
32. Vi è infatti un trasferimento immediato al concedente pubblico, con un *Build Transfer Operate*, nell'ambito dell'*alphabet soup* degli acronimi che in letteratura tradizionalmente indicano le diverse fattispecie di *project financing*.
33. In un periodo di *credit crunch* si assiste a una riduzione della generale disponibilità di prestiti; vi sono diverse ragioni per cui le banche decidono improvvisamente di interrompere o di diminuire la loro attività di concessione del credito. In genere, tale situazione è dovuta a una diminuzione anticipata del valore degli *asset* utilizzati dalle banche come garanzie dei loro prestiti, ovvero può essere causata da un periodo prolungato di prestiti inappropriati, che causano perdite per le banche e gli investitori.
34. Quotidianamente misurato dai *Credit Default Swap*.
35. Si veda www.hm-treasury.gov.uk/d/vfm_assessmentguidance061006opt.pdf.
36. Si veda www.uq.edu.au/rsmg/docs/quigginausaccrev04.pdf; [www.partnerships.vic.gov.au/CA25708500035EB6/WebObj/TechnicalNote-PublicSector-ComparatorSupplementaryTechnicalnote1-Entire/\\$File/Technical%20Note%20-%20Public%20Sector%20Comparator%20Supplementary%20Technical%20note1%20-%20Entire.pdf](http://www.partnerships.vic.gov.au/CA25708500035EB6/WebObj/TechnicalNote-PublicSector-ComparatorSupplementaryTechnicalnote1-Entire/$File/Technical%20Note%20-%20Public%20Sector%20Comparator%20Supplementary%20Technical%20note1%20-%20Entire.pdf).
37. Ad es. l'aliquota Iva sul canone integrativo di disponibilità, se si considera l'aliquota ordinaria recentemente elevata al 21%, rispetto all'esenzione sugli interessi nei canoni di *leasing*.
38. Tipica è la fattispecie del socio costruttore che vuole uscire dalla compagine azionaria una volta terminata la costruzione. La necessità di preservare adeguati standard qualitativi in fase di gestione è tipicamente regolamentata anche attraverso clausole di gradimento per nuovi soci e/o *sub-contractor*.

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

- ALBISETTI R. (2005), «Il capitale di rischio nel Project Finance», *Economia e diritto del terziario*, 17, 1, pp. 125-132.
- AMATUCCI F. (2002), *Il project Finance nelle aziende pubbliche. Strumenti di finanziamento per enti locali e aziende sanitarie. Le novità della legge 166/2002*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., BIONDI Y. (2002), «Project Finance nel settore sanitario italiano: esperienze e modalità di applicazione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- BARRETTA A. (2005), «Valutazione preventiva delle iniziative di project financing in sanità e salvaguardia degli interessi collettivi», *Mecosan*, 56, pp. 1-15.
- BARRETTA A., BUSCO C., RUGGIERO P. (2008), «Trust In Project Financing: An Italian Health Care Example», *Public Money & Management*, 28, 3, pp. 179-184.
- BILLINGSLEY M. (2011), «Private finance initiatives to build hospitals do not provide value for money, English MPs warn», *British Medical Journal*, August.
- FINLOMBARDA (2010), *Guida agli operatori di project finance*, Guerini e Associati, Milano.
- FINLOMBARDA (2011), *Osservatorio sul project finance in sanità*, 9ª edizione, Maggioli, Rimini.
- FROUD J., SHAOU J. (2001), «Appraising and Evaluating PFI for NHS Hospitals», *Financial Accountability and Management*, 17, pp. 247-270.
- GATTI S. (2006), *Manuale del Project Financing*, Banca Editrice, Roma.
- GATTI S., CORIELLI F., STEFFANONI A. (2008), *Risk Shifting Through Nonfinancial Contracts: Effects On Loan Spreads And Capital Structure Of Project Finance Deals*, May 5, 21st Australasian Finance And Banking Conference Paper.
- GATTI S., GERMANI A. (2003), «Le applicazioni del project finance nel settore sanitario: stato dell'arte e prospettive di utilizzo in Italia», *Economia e Management*, 3, pp. 1-22.
- GILBERTI A., CALVETTA B. (2004), «Il project financing nella sanità», *Sanità Pubblica e Privata*, 4, pp. 403-426.
- GIANFRANCESCO I. (2010), «Basilea 2 e project finance: una proposta metodologica per lo *slotting approach*», *Banche e banchieri*, 2, pp. 154-163.
- JOMMI C., DEL VECCHIO M. (2004), «I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 49, pp. 9-20.
- MORO VISCONTI R. (2009), «Profili fiscali delle società veicolo nel project financing», *Il fisco*, 30.
- MORO VISCONTI R. (2010), «The Risk Matrix Of Project Finance In The Healthcare Sector», Working Paper, September, http://Papers.Ssrn.Com/Sol3/Papers.Cfm?Abstract_Id=1417289.
- MORO VISCONTI R. (2011), «Inflation Risk and Project Finance», Working Paper, <http://ssrn.com/abstract=1819643>.
- NICOLAI M., FELICETTI C. (2005), «La finanza di progetto e le opere fredde: dati di sintesi e problematiche applicative nel settore dell'edilizia ospedaliera», *Politiche sanitarie*, 6, 1, pp. 1-11.
- ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI ROMA (2009), *Il confronto tra appalto e concessione. La valutazione del Value for Money*, Commissione Project Financing e Paternariato Pubblico Privato, Quaderni di Project Financing.
- ORGELDINGER J. (2006), «Basel II And Project Finance - The Development Of A Basel II -Conforming Rating Model», *The Journal Of Structured Finance*, 11, 4, pp. 84-95.
- RODNEY W., GALLIMORE P. (2002), «Risk assessment in PFI schemes for primary health care», *Facilities*, 20, 1-2, pp. 52-60.
- RUTELLA V. (2005), «Il project financing nel settore ospedaliero», *Politiche sanitarie*, 6, 1, pp. 12-22.
- SINATRA C. (2010), «Il project financing e la crisi dei mercati finanziari», *Diritto e pratica delle società*, 13, 1, pp. 19-27.
- SORGE M., GADANECZ B. (2004), *The Term Structure Of Credit Spreads In Project Finance*, Bank For International Settlements, Working Paper, 159, August.
- SUSSEX J. (2003), «Public-private partnerships in hospital development: lessons from the UK's Private Finance Initiative», *Research in Healthcare Financial Management*, 8, 1, pp. 59-76.
- WAGSTAFF A. *et al.* (1999), «Equity in The Finance Of Health Care: Some Further International Comparisons», *Journal Of Health Economics*, 18, pp. 263-290.

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**.

Che cosa determina la variabilità nell'uso della diagnostica per immagini?

SABINA NUTI, MANUELA GUSSONI, MILENA VAINIERI

Diagnostic imaging use-rates are variable across the Italian Regions. A significant variation in areas considered homogeneous from a socio-demographic point of view and in terms of burden of disease, may indicate that the use of Diagnostic Imaging services is not optimal and underuse or overuse occurs. Focusing on Tuscany Region data, this paper provides an analysis of variability in the use-rates of Diagnostic Imaging services using. Results on 2009 data show a high level of variability among Tuscany's districts use-rates. Why do inhabitants of some areas use Diagnostic Imaging services much more than others? Factors that may affect these results are fundamental in order to focus the revision process. In this case variability seems not to involve private providers or substitution effects between similar procedures, but much more, some particular kind of diagnostic exams and this could be driven by different approaches in the prescription phase.

Keywords: variability, appropriateness, diagnostic imaging, re-allocation

Parole chiave: variabilità, appropriatezza, diagnostica per immagine, riallocazione

Note sugli autori

Laboratorio Management e Sanità - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
Sabina Nuti, professore, Manuela Gussoni, PhD, Milena Vainieri, PhD

1. Introduzione

I dati nazionali sulle procedure diagnostiche del sistema di monitoraggio delle prestazioni (SMP) evidenziano che, nell'anno 2007, i tassi di utilizzo dei servizi diagnostici sono molto variabili fra le regioni (**figura 1**). In Italia, mediamente si effettuano circa 700 prestazioni di diagnostica per immagine (DI) ogni 1000 abitanti con notevoli differenze fra le regioni: un cittadino emiliano-romagnolo o toscano, ha una probabilità doppia rispetto a un cittadino friulano di effettuare una prestazione di diagnostica per immagini.

Concentrandosi sui tassi di prestazioni di TC (Tomografia computerizzata) e di RM (Risonanze magnetiche), che costituiscono le prestazioni più rappresentative in termini di tecnologia utilizzata, i dati 2008 e 2009 della Regione Toscana confermano la variabilità riscontrata a livello nazionale. In particolare, a livello di zona-distretto, la probabilità dei residenti di una zona di ricevere una prestazione per TC o RM rispetto a quelli di un'altra zona, può arrivare a essere di circa 7 volte superiore (**figura 2**) (Nuti, Barsanti, 2010; Nuti, Marcacci, 2010).

Al fine di segnalare potenziali rischi di inapproprietezza (abuso o vuoto d'offerta) di tali prestazioni diagnostiche, la Regione Toscana ha preso come riferimento le prestazioni posizionate sopra la mediana regionale (come indicato nei documenti che la Toscana ha presentato nelle verifiche degli adempimenti e monitoraggio delle prestazioni Lea, inoltre si veda il *report* 2009 della performance delle aziende sanitarie toscane Nuti e Marcacci 2010). La Regione Toscana ritiene dunque probabile che tassi di utilizzo di prestazioni diagnostiche più elevate della media

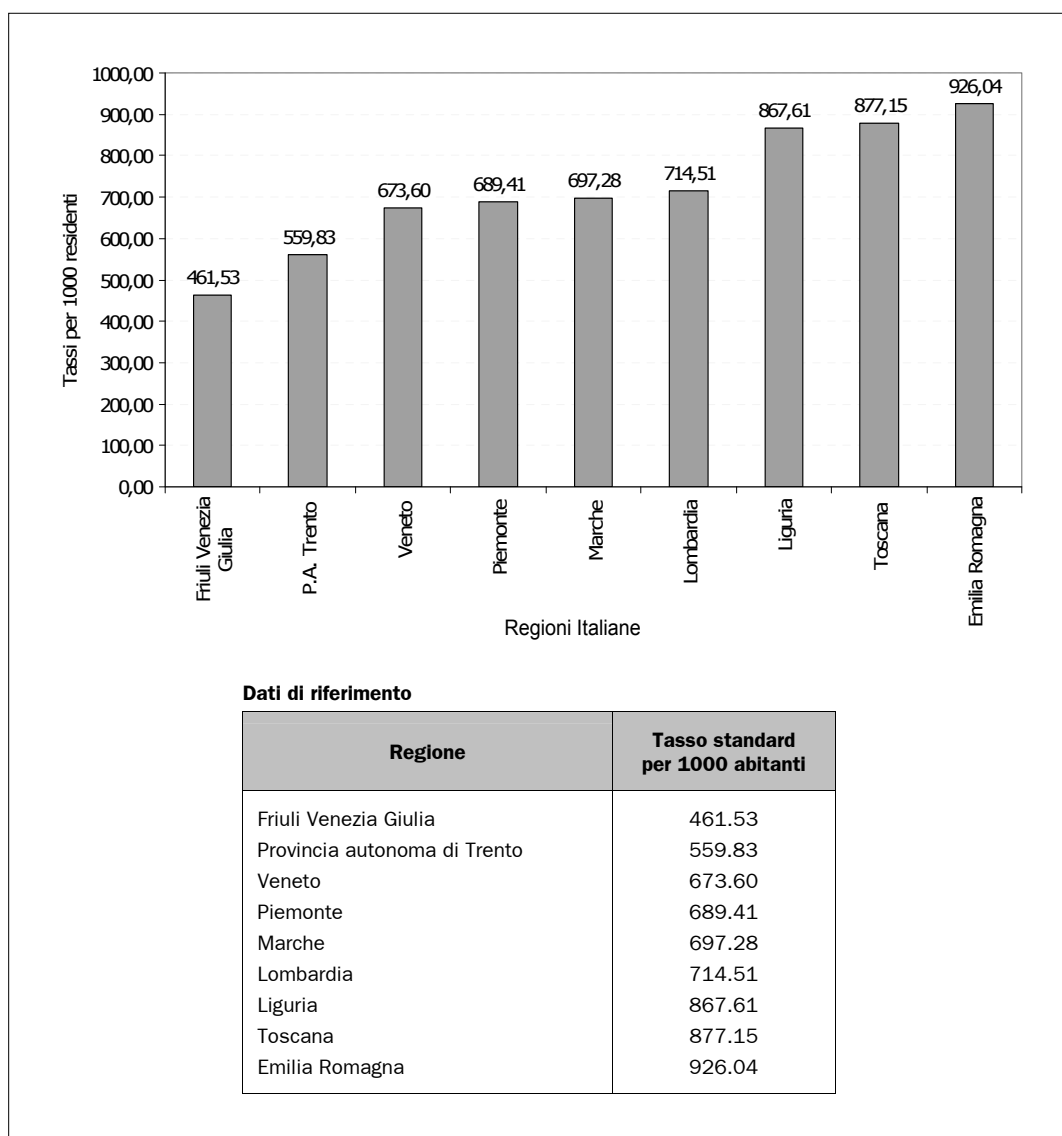
SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il quadro teorico di riferimento e le domande di ricerca
3. Risultati
4. Conclusioni

Figura 1

Tasso standardizzato per sesso ed età di prestazioni diagnostiche in Italia (2007)

Fonte: dati SMP, Ministero della salute



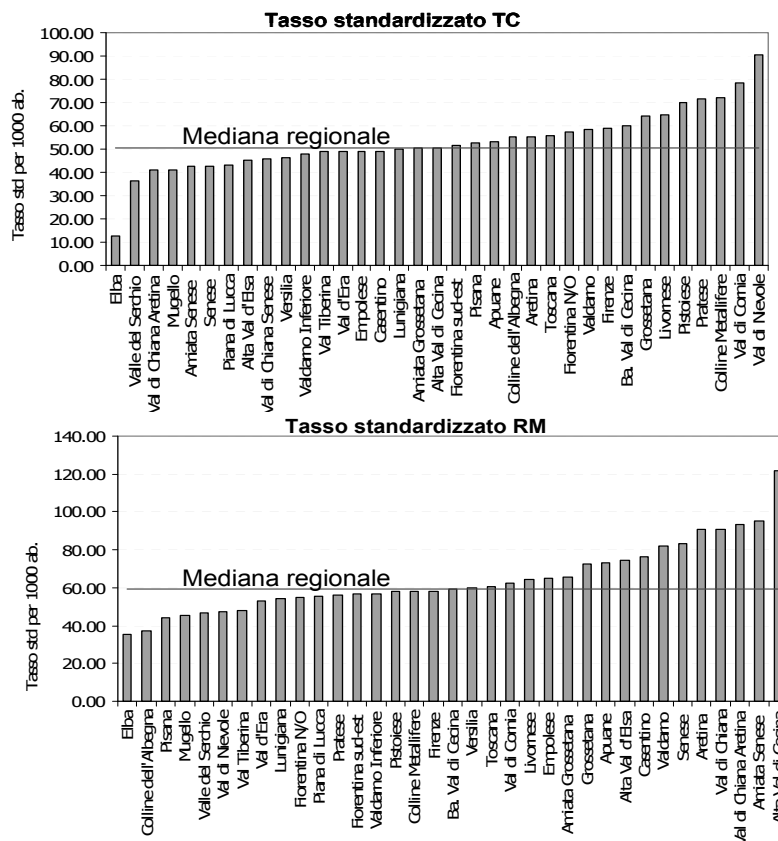
Note: i dati riportati si riferiscono al ramo diagnostica per immagini nel suo complesso. Il dato è relativo all'ultimo anno disponibile.

o mediana regionale identifichino aree a elevato rischio di inappropriatazza. Tali rischi di eccessivo ricorso non solo possono determinare uno spreco di risorse ma possono determinare un allungamento delle liste d'attesa e un'esposizione dei cittadini a eccessive dosi di radiazioni ionizzanti. Infatti, con particolare riferimento alle TC, l'utente, per ottenere il risultato diagnostico, è sottoposto a radiazioni nocive per la sua salute.

Date queste premesse pare opportuno che le Regioni eseguano un'analisi della variabilità delle prestazioni di diagnostica per im-

magine al proprio interno, sia per finalità di gestione del sistema sanitario (riduzione della spesa e delle liste di attesa) che di salute della popolazione (riduzione dell'esposizione a radiazioni nocive).

Questo articolo cerca di identificare da che cosa dipendano livelli di produzione così differenti nei tassi di prestazioni diagnostiche in aree geografiche simili, in riferimento ai dati della Toscana. In particolare, l'analisi è stata condotta per le prestazioni TC ed RM, quali tipologie più rappresentative del settore in termini di tecnologia. Nel prosieguo dell'ar-



Dati di riferimento

Zona-distretto	Tasso std TC per 1000 ab.	Tasso std RM per 1000 ab.
Alta Val d'Elsa	45.19	74.19
Alta Val di Cecina	50.57	121.77
Amiata Grossetana	50.39	65.52
Amiata Senese	42.46	95.53
Apuane	53.09	73.18
Aretina	55.27	90.99
Ba. Val di Cecina	59.84	59.17
Casentino	49.21	76.10
Colline dell'Albegna	55.24	37.18
Colline Metallifere	72.33	58.06
Elba	12.74	35.61
Empolese	48.93	65.14
Fiorentina N/O	57.36	55.15
Fiorentina sud-est	51.58	56.53
Firenze	58.86	58.12
Grossetana	64.03	72.57
Livornese	64.91	64.46
Lunigiana	50.09	54.27
Mugello	41.16	45.16
Piana di Lucca	43.34	55.49
Pisana	52.57	44.15
Pistoiese	70.26	58.00
Pratese	71.59	56.15
Senese	42.55	83.53
Toscana	55.96	60.32
Val d'Era	48.93	53.03
Val di Chiana Aretina	41.15	93.13
Val di Chiana Senese	45.73	91.12
Val di Cornia	78.42	62.28
Val di Nievole	90.60	47.22
Val Tiberina	48.82	48.21
Valdarno	58.49	81.76
Valdarno Inferiore	47.66	56.88
Valle del Serchio	36.51	46.82
Versilia	46.45	59.74

Figura 2
Tassi di prestazioni RM e TC per 1000 abitanti. Livello di zona-distretto, Regione Toscana, anno 2009
Fonte: report Regione Toscana 2009

titolo il termine diagnostica per immagine è usato come sinonimo delle prestazioni TC e RM.

2. Il quadro teorico di riferimento e le domande di ricerca

Patel *et al.* (2005) hanno definito come appropriato l'uso della diagnostica per immagini che fornisce benefici in termini di informazione sufficientemente alti da compensare le conseguenze negative causate dall'esposizione a radiazioni ionizzanti o assunzione di liquido di contrasto.

A questo proposito l'*American College of Radiology* (ACR) ha sviluppato, sulla base delle evidenze mediche, criteri e linee-guida volti ad aumentare un appropriato uso dei servizi di diagnostica per immagini che permette, a parità di equità, di accesso ed efficacia, una riduzione della duplicazione degli esami e quindi una migliore allocazione delle risorse.

Se nell'assistenza ospedaliera sono presenti standard nazionali relativi ai tassi di ospedalizzazione, nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche non vi sono indicazioni circa il tasso di prestazioni ottimali cui tendere.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) afferma che non esiste un tasso ottimale di prestazioni diagnostiche e che il tasso di prestazioni diagnostiche erogate dovrebbe essere adattato ai bisogni locali e determinato da: (i) il tipo e la dimensione degli ospedali; (ii) il numero e il tipo di pazienti considerando l'incidenza di particolari patologie e morbidità; (iii) le capacità terapeutiche. Tuttavia, Hendel (2008) suggerisce che anche le pratiche locali e la discrezionalità medica dovrebbero essere attentamente considerate nella valutazione dell'appropriatezza delle procedure diagnostiche erogate. È indubbio, infatti, che l'enorme crescita delle procedure di diagnostica per immagini osservata negli ultimi anni in molti Paesi europei sollevi il sospetto di un abuso di questo tipo di servizi (vedi: Hendel, 2008; Miller, 2005; Blackmore, 2007; Smith-Bindman *et al.*, 2008). Secondo le linee-guida europee per la diagnostica per immagini, le cause di abuso di servizi di questo tipo possono essere multiple: esami ripetuti, esami effettuati nonostante non abbiano alcuna ricaduta sul livello

e l'accuratezza dell'assistenza del paziente, diagnosi precoci o sbagliate. Relativamente all'abuso dei servizi di diagnostica per immagini, Miller (2005) e Lysdahl e Børretzen (2007) hanno osservato che il numero di servizi forniti differisce molto tra aree geografiche e che, allo stesso tempo, aree geografiche con più elevati tassi di prestazioni di DI non presentano necessariamente migliori risultati in termini di salute dei cittadini. Song *et al.* (2010) mostrano che non ci sono prove a supporto di una più lunga sopravvivenza da parte di coloro che si sono spostati da regioni a bassa-intensità di questo tipo di servizi a regioni ad alta intensità.

La letteratura suggerisce, quindi, che un'analisi della variabilità dei tassi di prestazione tra aree geografiche possa essere un passo importante verso la comprensione delle principali cause dell'eccessiva crescita dell'utilizzo di questo tipo di servizi, e verso la definizione di standard di appropriatezza. Una significativa variabilità tra aree geografiche considerate omogenee in termini di età degli abitanti, sesso, mortalità o altri fattori socio-economici potrebbe indicare che l'utilizzo di servizi diagnostici non è ottimale, suggerendo la presenza di un abuso di particolari procedure o di uno scarso utilizzo di altre (Lysdahl, Børretzen, 2007).

È tuttavia importante sottolineare che, comunque, la variabilità tra regioni e distinte aree geografiche, nei volumi e nei relativi tassi di utilizzo di questo tipo di servizi, può dipendere da altri fattori quali la presenza di immigrati, la disponibilità di tecnologie diagnostiche all'avanguardia, fattori socio-economici (es: educazione e reddito) oppure dal numero di radiologi presente sul territorio (Lysdahl, Børretzen, 2007; Lysdahl, Hofmann, 2009; Bhargavan, Sunshine, 2005). Inoltre, Lysdahl e Børretzen (2007) osservano che ciascuna area potrebbe presentare una particolare propensione verso un certo tipo di indagine provocando così un effetto sostituzione tra procedure. Wennberg (2010) ha individuato, come altri fattori che influenzano la variabilità delle prestazioni, la discrezionalità medica, l'incidenza di particolari patologie, le preferenze degli utenti e l'esito del perseguimento di particolari procedure diagnostiche.

Date queste premesse e le evidenze della Regione Toscana, dove vi sono zone, come

evidenziato dalla figura 2, che erogano il doppio, il triplo e anche molto di più (se si guardano le TC) di prestazioni rispetto ad altre, nel 2009 è stato avviato un progetto di ricerca che ha coinvolto i professionisti delle aziende sanitarie toscane esperti in diverse discipline e operanti sia nelle unità diagnostiche che nelle strutture dedicate al controllo di gestione¹ con la finalità di identificare i fattori che possono spiegare la variabilità nelle prestazioni diagnostiche in Toscana.

Le domande di ricerca (D) identificate sono le seguenti:

D1: La presenza di tassi più elevati di prestazioni diagnostiche in alcune zone toscane è legata alla presenza di erogatori privati?

D2: Esiste un effetto di sostituzione tra particolari procedure diagnostiche per il quale dove si erogano poche RM si erogano molte TC e viceversa?

D3: La variabilità risulta più accentuata per alcune particolari procedure diagnostiche o coinvolge omogeneamente tutte le tipologie di prestazioni?

D4: Chi è prevalentemente responsabile di questa potenziale inappropriata?

Le analisi sono state effettuate per zona-distretto, in quanto è tale ambito che dovrebbe svolgere la funzione di governo della domanda come emerge dalle ultime scelte strategico-organizzative della Regione Toscana (si veda la legge RT 40/2005 e successive modifiche). Laddove non erano disponibili i dati a livello di zona, le elaborazioni sono state effettuate a livello aziendale.

3. Risultati

3.1. La presenza di erogatori privati

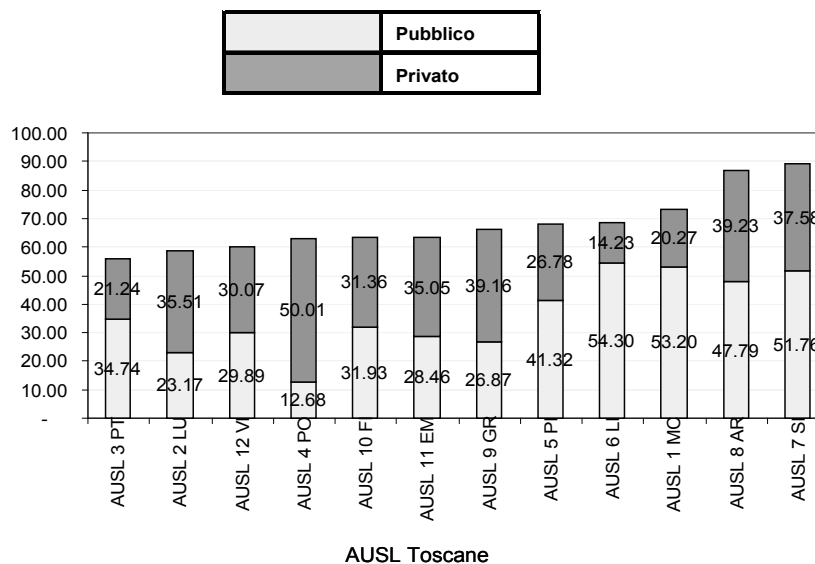
Alla domanda «perché gli abitanti di alcune zone effettuano un più largo utilizzo di servizi diagnostici rispetto ad altre zone spesso confinanti?» (figura 2) una delle prime affermazioni fatte dai professionisti toscani è stata «dipende dalla presenza di erogatori privati che inducono la domanda di prestazioni». Al fine di analizzare se effettivamente la presenza di erogatori privati abbia un impatto significativo sui tassi di prestazione di TC e RM e, quindi, sulla

variabilità (D1) è stato calcolato, in modo separato per TC ed RM, il coefficiente di correlazione di Pearson tra: (i) i tassi aziendali di prestazioni e (ii) la percentuale di prestazioni diagnostiche erogate da privato. I risultati mostrano, in entrambi i casi (TC ed RM), una correlazione negativa ma non statisticamente significativa tra i tassi di prestazione e la percentuale di prestazioni diagnostiche erogate dal privato, evidenziando così che la variabilità dei tassi di prestazione non dipende in significativamente dall'attività del privato. Il fatto che vi sia una correlazione negativa (sebbene non statisticamente significativa) vuole dire che, all'aumentare delle percentuali di prestazioni diagnostiche erogate da privato, vi è una riduzione del tasso di prestazioni di diagnostica per immagine. E quindi, contrariamente a quanto era stato ipotizzato dal gruppo di lavoro, la presenza dei privati non determina l'eccesso di prestazioni. Nella figura 3 è riportato, a titolo di esempio, il tasso di prestazioni di RM per l'anno 2008 con il dettaglio relativo all'attività pubblica e privata. La correlazione negativa è visibile, per esempio, confrontando l'Ausl 4 di Prato e l'Ausl di Livorno: a Prato oltre il 50% delle prestazioni RM dei residenti sono erogate da privato (percentuale più alta della regione per questo tipo di servizio), qui il tasso di prestazioni di RM è molto più basso rispetto all'Ausl 6 di Livorno, dove le prestazioni erogate da privato costituiscono solo una piccola parte del totale. A riprova della non significatività della correlazione negativa fra tasso di prestazioni di diagnostica per immagine e percentuale di prestazioni erogate da privato vi è l'esempio, sempre nella figura 3, del confronto fra il dato dell'Ausl 6 di Livorno (che ha un tasso di prestazioni mediamente elevato con poco privato) con l'Ausl 7 di Siena (che è l'azienda con il più alto tasso di prestazioni per diagnostica per immagine e che utilizza molto il privato); in questo caso la correlazione fra tasso di prestazione e percentuale di privato è positiva.

Quindi la presenza del soggetto privato non sembra essere la causa dell'elevato tasso di utilizzo di prestazioni di diagnostica per immagine in alcune zone. Questo è spiegabile in quanto in Toscana, come in altri contesti regionali, il privato accreditato si integra

Figura 3

Tasso di prestazioni di RM
per 1000 abitanti (anno 2008)



Dati di riferimento

Azienda	Erogatore pubblico	Erogatore privato
Ausl 3 PT	34.74	21.24
Ausl 2 LU	23.17	35.51
Ausl 12 VI	29.89	30.07
Ausl 4 PO	12.68	50.01
Ausl 10 FI	31.93	31.36
Ausl 11 FM	28.46	35.05
Ausl 9 GR	26.87	39.16
Ausl 5 PI	41.32	26.78
Ausl 6 LI	54.30	14.23
Ausl 1 MC	53.20	20.27
Ausl 8 AR	47.79	39.23
Ausl 7 SI	51.76	37.58
Media	36.34	31.71
Mediana	33.34	33.20

con l'offerta pubblica con meccanismi di convenzione e, quindi, rispondendo a logiche di *governance* complessiva. Il cosiddetto privato-privato, ossia le prestazioni erogate dal soggetto privato completamente a carico del paziente, non è rilevabile dai flussi regionali, pertanto è stato escluso dall'analisi. Ad ogni modo, si ipotizza che una sua inclusione non possa mutare in modo radicale i risultati sinora ottenuti.

3.2. L'effetto di sostituzione

Un'altra potenziale causa di variabilità sul territorio toscano potrebbe derivare da un effetto sostituzione tra tipologie di indagine simili (D2). Questa significa che per diagnosticare una specifica patologia, alcuni territori tendono ad utilizzare in modo costante una tipologia di indagine diversa da quella adottata da altre zone della Toscana. L'ana-

lisi relativa all'effetto di sostituzione è stato fatta riferendosi alle zone-distretto. Perciò si è indagato se per effettuare delle diagnosi relative all'addome superiore, per esempio, una zona utilizzi prevalentemente TC mentre un'altra RM. Ciò causerebbe una correlazione negativa tra i tassi delle due prestazioni alternative e solleverebbe anche alcuni interrogativi relativamente all'aderenza da parte dei medici alle linee-guida che generalmente non contemplano la perfetta sostituibilità tra percorsi diagnostici e terapeutici.

L'analisi si è concentrata su quattro coppie potenzialmente sostituibili, identificate dai radiologi che hanno partecipato al gruppo di ricerca. Le coppie analizzate sono:

1. TC massiccio facciale con RM massiccio facciale;
2. TC rachide e speco vertebrale con RM Colonna vertebrale;
3. TC del capo con RM encefalo e tronco encefalico;
4. TC addome superiore con RM addome superiore.

Affinché sia supportata l'ipotesi di sostituibilità fra le coppie di prestazioni vi dovrebbe essere una correlazione negativa e statisticamente significativa. Come mostrato nella **tabella 1**, delle quattro coppie solo due mostrano una debole correlazione (in quanto più vicina allo zero che all'unità): TC ed RM massiccio facciale e TC rachide e speco vertebrale con RM colonna vertebrale, ma non statisticamente significativa. Al contra-

rio, invece, la matrice delle correlazioni della tabella mostra che vi è una correlazione positiva e significativa fra le prestazioni (ma non quelle indicate come potenzialmente sostituibili) come ad esempio RM della colonna vertebrale e RM dell'addome superiore per cui, all'aumentare delle risonanze per la colonna vertebrale, tendenzialmente aumentano anche quelle per l'addome superiore.

I risultati, pertanto, non supportano l'ipotesi di sostituibilità e sono in linea con quanto mostrato da Lysdahl e Børretzen (2007) i quali non trovano alcuna evidenza a supporto di un effetto sostituibilità tra prestazioni ma piuttosto una correlazione positiva.

3.3. L'individuazione delle prestazioni più variabili

Al fine di comprendere se la variabilità sia prevalentemente causata da un ridotto o eccessivo uso di alcune specifiche tipologie di indagine (D3) sono state estratte le venti prestazioni più frequentemente erogate in Toscana nell'anno 2009 sia per TC che per RM e, per ciascuna di esse, è stata calcolata la deviazione standard tra zone quale misura di variabilità (**tabella 2**). È importante sottolineare che queste venti prestazioni costituiscono circa il 90% delle RM e TC complessivamente erogate in Toscana nell'arco dell'anno di riferimento e che, quindi, il controllo della variabilità per queste venti prestazioni circa offre un riscontro piuttosto significativo su questi due rami del settore diagnostico.

Tabella 1
Matrice di correlazione tra prestazioni potenzialmente sostituibili

Copie	Analisi	TC Massiccio facciale	RM Massiccio facciale	RM colonna vertebrale	TC rachide e speco vertebrale	TC del capo	RM encefalo e tronco encefalico	TC addome superiore	RM addome superiore
1	TC Massiccio facciale	1,00							
1	RM Massiccio facciale	- 0,18	1,00						
2	RM colonna vertebrale	- 0,11	0,69 *	1,00					
2	TC rachide e speco vertebrale	0,13	0,11	0,25	1,00				
3	TC del capo	0,44 *	0,13	0,18	0,36 *	1,00			
3	RM encefalo e tronco encefalico	0,05	0,23	0,21	0,15	0,14	1,00		
4	TC addome superiore	0,43 *	0,11	0,30	0,16	0,20	0,04	1,00	
4	RM addome superiore	0,18	0,56 *	0,71	0,09	0,21	0,07	0,31	1,00

* Significatività al 5%.

Tabella 2

Variabilità delle venti più frequenti prestazioni erogate in Toscana nell'anno 2009

Tipologie di prestazioni	Deviazione standard tra ZONE (anno 2009)
RM muscoloscheletrica	7.07
RM della colonna	6.95
TC del rachide e dello speco vertebrale	5.02
TC del capo	3.60
TC dell'addome completo, senza e con contrasto	2.92
TC dell'addome superiore, senza e con contrasto	2.55
TC del torace, senza e con contrasto	2.10
TC del torace	2.01
TC dell'arto inferiore	1.67
RM dell'encefalo e del tronco encefalico	1.60
RM dell'encefalo e del tronco encefalico, senza e con contrasto	1.56
TC del massiccio facciale	1.35
TC del capo, senza e con contrasto	0.91
RM della colonna, senza e con contrasto	0.72
TC del collo, senza e con contrasto	0.63
RM del massiccio facciale, senza e con contrasto	0.49
RM muscoloscheletrica, senza e con contrasto	0.48
Angio-RM del distretto vascolare intracranico	0.43
RM dell'addome superiore, senza e con contrasto	0.36
RM del massiccio facciale	0.34

Alcune tipologie di indagine registrano una più alta variabilità, in particolare: la RM muscoloscheletrica, la RM della colonna o la TC del capo (tabella 2). Per queste prestazioni è ragionevole attendersi un più elevato rischio di inappropriata. Per tali prestazioni potrebbero essere attivate azioni che responsabilizzino maggiormente i prescrittori sull'effettiva utilità diagnostica degli esami. Nel caso in cui si verificasse un ricorso effettivamente inappropriato da parte di chi si trova sopra la mediana, tali prestazioni andrebbero ridotte. Tale riduzione di esami ridurrebbe naturalmente anche i costi permettendo di liberare utilmente risorse per altri scopi con maggior valore aggiunto per il cittadino.

Al fine di individuare, per ciascuna zona, gli ambiti di priorità di intervento per una riallocazione delle risorse derivanti dalla riduzione della potenziale inappropriata, è stato valorizzato in termini economici il numero di esami, per ciascuna tipologia di prestazione, che superava il tasso mediano regionale (Nutti *et al.*, 2010). Gli esami sono stati valorizzati a tariffa, utilizzando il nomenclatore regionale (delibera 1178/2005 e successive modifiche). Il risultato di tale

processo di valorizzazione economica è riportato in Appendice: **tabella A1** per quanto riguarda le TC e **tabella A2** per ciò che riguarda le RM. Ciò che emerge dai dati 2009 è che, a livello regionale, il valore di una manovra volta a ridurre al livello mediano il numero degli esami effettuati dalle zone-distretto è pari a circa 12 milioni di euro (equamente distribuito fra TC ed RM nel loro complesso: circa 6 milioni per le prestazioni TC e 6 milioni per RM). Tale cifra non corrisponde ad effettivi risparmi in quanto la valorizzazione è stata fatta a tariffa per cui andrebbe verificato se la riduzione della potenziale inappropriata incida su strutture private o pubbliche. In questo ultimo caso si dovrebbero considerare infatti non le tariffe ma i costi variabili o marginali derivanti dalla riduzione di tali prestazioni. In queste prime analisi comunque la tariffa può essere considerata una buona approssimazione per comprendere le priorità di intervento e quindi identificare le tipologie di prestazione che devono essere maggiormente indagate per poter liberare risorse. Questa riduzione richiederebbe che alcune zone si concentrino solo su alcune tipologie di prestazione; vi sono zone in cui circa il 90% del proprio

marginale di manovra è concentrato sulla variabilità relativa a un solo tipo di prestazione, come ad esempio la zona delle Apuane, il cui margine di manovra sulle risonanze è pari a circa 307 mila euro, delle quali 276 mila euro sono concentrate sulla RM muscoloscheletrica; oppure la zona di Livorno, il cui margine di manovra sulle TC è di 610 mila euro, delle quali più della metà è determinata da un uso delle TC del rachide e dello spazio vertebrale superiore alla mediana regionale. Un'ultima segnalazione effettuata dal gruppo di lavoro sulle prestazioni potenzialmente inappropriate verte sulle prestazioni RM muscoloscheletriche effettuate a utenti oltre i 65 anni. Sarebbe auspicabile, secondo i radiologi, non effettuare RM muscoloscheletriche a simili utenti. A livello regionale, nel 2010, sono state erogate complessivamente 23 prestazioni RM muscoloscheletriche per 1000 residenti ultrasessantacinquenni. La potenziale inappropriatezza a livello di zona-distretto invece varia da circa 11 a circa 50 prestazioni per RM muscoloscheletriche su 1000 residenti con più di 65 anni (Nuti, Marcacci, 2011). Un'azione mirata a ridurre queste prestazioni, a elevato rischio di inappropriatezza, potrebbe permettere una riallocazione di risorse (valorizzate a tariffa) pari a quasi 5 milioni di euro.

3.4. Il ruolo del prescrittore

L'ultima domanda di ricerca è relativa all'identificazione del soggetto da coinvolgere per poter governare i tassi di prestazioni: chi dovrebbe essere coinvolto per ridurre questa potenziale inappropriatezza (D4)?

A questo proposito è stata effettuata un'analisi sulla tipologia di medico che ha prescritto le prestazioni di diagnostica per immagine per TC ed RM.

L'analisi dei dati sul profilo del prescrittore mostra che i servizi diagnostici sono prevalentemente prescritti da medici di medicina generale e poi dagli specialisti, a titolo di esempio in **figura 4** è riportato il caso delle RM a livello aziendale. Singolare appare il caso dell'Ausl 5 di Pisa dove è una percentuale più alta rispetto alle altre aziende di «altre figure non ben identificate» e di «medici universitari» prescrittori; per questo ultimo caso le percentuali sono superiori anche rispetto alla Ausl 7 di Siena e alla

Ausl 10 di Firenze sul cui territorio insistono rispettivamente le aziende ospedaliere Senese e Careggi. In questo caso, quindi, l'azienda territoriale di Pisa, per governare il fenomeno di un'eccessiva prescrizione di prestazioni di diagnostica per immagine, oltre ad azioni di sensibilizzazione nei confronti del medico di medicina generale e degli specialisti, dovrà programmare incontri con altre figure professionali anche di altre aziende e indagare le «altre figure professionali» che hanno effettuato le prescrizioni.

È con i medici prescrittori che i medici radiologi e il management sanitario ossia i direttori delle Società della Salute e i responsabili di zona-distretto, in Toscana, devono avviare, mediante *focus group* e incontri zona per zona, un lavoro di condivisione dei risultati e delle linee guida per l'utilizzo appropriato della diagnostica per immagine. È mediante questo processo sistematico di revisione dei risultati con i prescrittori che il sistema sanitario può rafforzare la responsabilità di tutti gli operatori nell'appropriato uso delle risorse da un lato e dall'altro ridurre le conseguenze negative causate dall'esposizione a radiazioni ionizzanti o assunzione di liquido di contrasto.

Infine, un lavoro di dettaglio andrebbe fatto per quanto riguarda la categoria «senza prescrittore» che ancora rappresenta una buona percentuale dei dati (sebbene variabile fra le aziende). In questa categoria si registrano prestazioni in cui sono presenti sia problemi relativi alla non corretta compilazione del flusso informativo regionale e sia i fenomeni reali di «non prescrizione», ossia le prestazioni erogate in modo diretto dai medici a favore di alcuni pazienti senza la richiesta o la compilazione di una ricetta che richieda la prestazione.

4. Conclusioni

L'obiettivo di una politica sanitaria dovrebbe essere fornire servizi di alta qualità a tutti i cittadini garantendo sia equità di accesso, sia un sistema efficiente senza sprechi e duplicazioni (Blank, Bureau, 2010). Nel caso della diagnostica per immagini, evitare sprechi e duplicazioni diventa ancora più rilevante, dato l'effetto negativo che tali esami hanno sulla salute del paziente.

Come evidenziato dai dati di alcune Regioni italiane, l'elevata variabilità nel tasso utilizzo delle prestazioni di diagnostica per immagine lascia presupporre che alcune Regioni erogino prestazioni potenzialmente inappropriate.

Si ritengono, quindi, utili analisi che cerchino di spiegare la variabilità per supportare sia i decisori politici e di amministratori regionali sia il management sanitario e i professionisti nel processo di identificazione delle azioni su cui far leva per ridurre il fe-

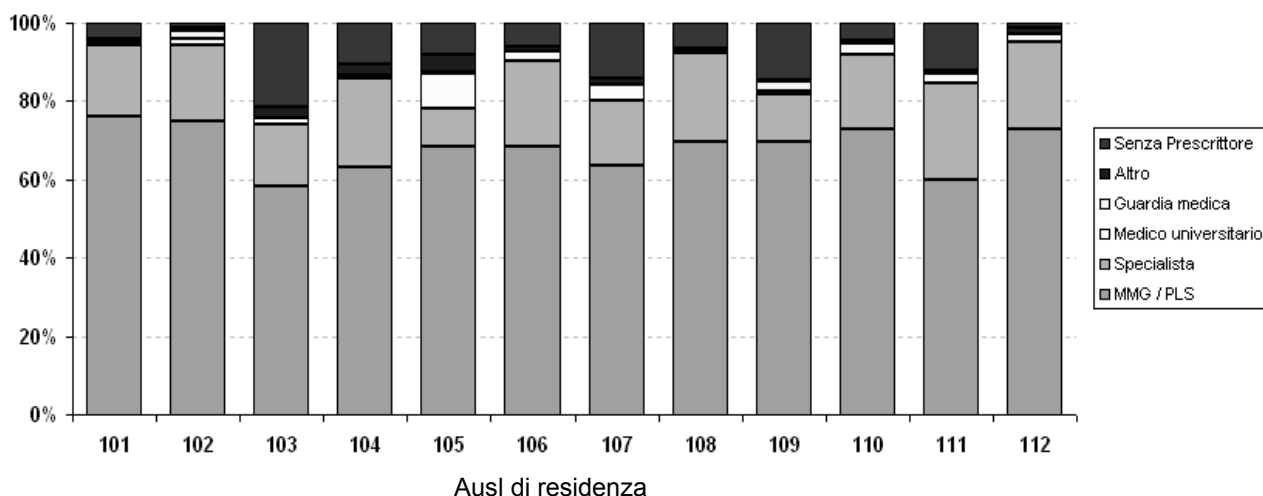
nomeno e garantire qualità e appropriatezza del servizio.

Prendendo come riferimento i dati della Toscana, che figura come una delle Regioni italiane che erogano il doppio delle prestazioni rispetto al Friuli Venezia Giulia e, quindi, a più alto rischio di inappropriatezza nella prescrizione di prestazioni di diagnostica per immagine, questo articolo fornisce un'analisi delle determinanti della variabilità dei tassi di TC e RM fra le aziende e le zone-distretto della Regione Toscana.

Figura 4

RM - Prestazioni Ssn di residenti in Toscana per tipologia di proscrittore (anno 2010)

Fonte: Regione Toscana



Dati di riferimento

	Azienda di residenza	Mmg/Pls	Specialista	Medico universitario	Guardia medica	Altro	Senza prescrittore
101	Ausl 1 di Massa e Carrara	8900	2124	102	39	39	471
102	Ausl 2 di Lucca	8722	2288	173	235	115	138
103	Ausl 3 di Pistoia	6050	1609	175	16	254	2238
104	Ausl 4 di Prato	6388	2268	116	3	272	1053
105	Ausl 5 di Pisa	11273	1651	1463	38	750	1326
106	Ausl 6 di Livorno	11698	3689	406	37	190	1049
107	Ausl 7 di Siena	9480	2442	617	38	222	2106
108	Ausl 8 di Arezzo	10730	3495	113	14	103	984
109	Ausl 9 di Grosseto	6429	1128	92	235	33	1338
110	Ausl 10 di Firenze	26348	6866	1000	101	124	161
111	Ausl 11 di Empoli	6816	2813	242	23	10	1365
112	Ausl 12 di Viareggio	5600	1711	140	5	106	107

Molte analisi sono state condotte a livello di zona-distretto, in quanto è lì che si dovrebbe concentrare il governo della domanda. In particolare, questo è vero per la Toscana che ha scelto di dare enfasi al ruolo delle zone-distretto con l'introduzione dell'innovazione gestionale delle Società della salute (Barretta, 2009, legge RT 40/2005 e successive modifiche), che ha visto ampliare il sistema di valutazione della performance anche a livello di zona-distretto (Nutti, Barsanti, 2010).

I risultati dell'analisi, presentati in quest'articolo, hanno messo in evidenza che la variabilità tra zone nell'utilizzo di prestazioni diagnostiche da parte dei residenti non sembra dipendere dalla presenza di erogatori privati né da un effetto sostituzione tale per cui in alcune zone si predilige un certo tipo di esame diagnostico mentre in altre si preferisce un esame alternativo, con conseguenti spostamenti fra i tassi di prestazioni per TC ed RM. L'analisi effettuata ha messo in evidenza che vi sono alcune tipologie d'indagine quali, ad esempio, la TC del capo o la risonanza magnetica muscoloscheletrica, che presentano maggiore variabilità fra le zone e pertanto sono quelle a maggior rischio di inappropriatazza. I decisori politici e i manager sanitari che intendono quindi ridurre la potenziale appropriatazza, essendo questa concentrata su poche tipologie di prestazioni, possono programmare delle azioni mirate.

Infine, la valorizzazione economica della potenziale inappropriatazza aiuta i decisori politici/i manager a identificare, in modo personalizzato per ciascuna zona, le procedure diagnostiche a maggior rischio di inappropriatazza. Tale approccio permette, inoltre, di aumentare la consapevolezza degli specialisti sull'impatto che le loro scelte, se governate, possono avere sulla spesa.

Questo tipo di analisi sulla variabilità delle prestazioni di diagnostica per immagine è auspicabile per aiutare i decisori politici e i manager nel governo della domanda. In particolare, i dati a confronto e l'evidenziazione della variabilità dei tassi di prestazioni sono tra i metodi suggeriti da Bevan *et al.* (2004) per attivare un proficuo dibattito con i professionisti e di avviare una riflessione critica

sulla fase prescrittiva e sull'adozione di protocolli diagnostici condivisi.

La ricerca condotta rappresenta un primo passo sul tema della gestione delle prestazioni diagnostiche.

L'analisi della variabilità dei tassi di prestazioni di diagnostica per immagine è da ritenersi preliminare per affrontare non solo il rischio di potenziale inappropriatazza, ma anche il problema, più sentito, che è quello relativo ai tempi di attesa. Questo tema, che tanto preme ai cittadini e agli amministratori dei sistemi sanitari, presenta a sua volta un'elevata variabilità geografica che può essere governata e ridotta solo nella misura in cui viene in primo luogo gestita la variabilità di prestazioni per abitante non giustificata da bisogni differenziali dei cittadini.

Ulteriori ambiti di approfondimento potranno riguardare, nello studio della capacità di risposta alle esigenze dei pazienti di servizi di diagnostica per immagine in termini di tempi d'attesa, l'analisi della produttività delle risorse chiave del servizio quali i macchinari e il personale medico e tecnico specializzato.

Ringraziamenti

Si ringraziano il dott. Claudio Vignali (Dirigente di struttura complessa - Disciplina Radiodiagnostica, per la direzione dell'U.O.C. «Radiologia»), il dott. Daniele Di Feo (Coordinatore personale tecnico di radiodiagnostica Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer) e tutto il management delle aziende sanitarie toscane per i loro suggerimenti in sede di sviluppo del progetto. Tale studio è stato realizzato nell'ambito del progetto di ricerca «Costi, programmazione e controllo nelle Aziende Sanitarie» coordinato dal prof. Lino Cinquini e finanziato dalla Regione Toscana. Si ringraziano inoltre i partecipanti alla «Wennberg International Collaborative Conference» tenutasi a Londra a settembre 2010. Infine, un particolare ringraziamento al prof. Gwyn Bevan e al prof. David Goodman per i loro commenti nelle versioni iniziali di questo articolo.

Note

1. A questo proposito si ringraziano: Claudio Vignali, Daniele Di Feo, Andrea Pucci, Alessandro Catassi, Alessandra Guelfi, Simonetta Borelli, Maurizio Petrillo, Michela Profeti, Michela Arzilli, Serena Vitelli, Fabio Bilanci, Alessandro Militello, Susanna Tamburini, Eloisa Lo Presti, Corrado Benvenuto, Angela Salomoni, Francesco Taiti, Rossana Baronti, Rosetta Prucher.

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

- BARRETTA A.D. (a cura di) (2008), *L'integrazione socio-sanitaria*, Il Mulino.
- BEVAN G., HOLLINGHURST S., BENTON P., SPARK V., SANDERSON H., FRANKLIN D. (2004), «Using information on variation in rates of supply to question professional discretion in public services», *Financial Accountability & Management*, 20(1), pp. 1-17.
- BHARGAVAN M., SUNSHINE J.H. (2005), «Utilization of radiology services in the United States: levels and trends in modalities, regions and populations», *Radiology*, 234, pp. 824-832.
- BLACKMORE C.C. (2007), «Defining Quality in Radiology», *The Journal of the American College of Radiology*, 4, pp. 217-223.
- BLANK R.H., BURAU V. (2010), *Comparative health policy*, Palgrave Macmillan.
- HENDEL R.C. (2008), «Utilization Management of Cardiovascular Imaging: Pre-certification and Appropriateness», *Journal of the American college of Cardiology: Cardiovascular Imaging*, 1, pp. 241-248.
- LYSDAHL K.B., BØRRETZEN I. (2007), «Geographical variation in radiological services: nationwide survey», *BMC Health Services Research*, pp. 7-21.
- LYSDAHL K.B., HOFMANN B.M. (2009), «What causes increasing and unnecessary use of radiological investigations? A survey of radiologists' perceptions», *BMC Health Services Research*, pp. 9-155.
- MILLER M.M. (2005), *MedPAC recommendations on imaging services*, Medicare Payment Advisory Commission.
- NUTI S., BARSANTI S. (a cura di) (2010), *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, report 2009 Società della Salute/Zone distretto*, Edizioni ETS, Pisa.
- NUTI S., MARCACCI L. (a cura di) (2010), *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, report 2009*, Edizioni ETS, Pisa.
- NUTI S., VAINIERI M., BONINI A. (2010), «Disinvestment for re-allocation: A process to identify priorities in healthcare», *Health Policy*, 95, pp. 137-143.
- NUTI S., MARCACCI L. (a cura di) (2011), *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, report 2010*, Edizioni ETS, Pisa.
- PATEL M.R., SPERTUS J.A., BRINDIS R.G., HENDEL R.C., DOUGLAS P.S., PETERSON E.D., WOLK M.J., ALLEN J.M., RASKIN I.E. (2005), «Appropriateness of cardiovascular imaging. ACCF proposed method for evaluating the appropriateness of cardiovascular imaging», *Journal of the American college of cardiology*, 46(8), pp. 1606-13.
- SMITH-BINDMAN R., MIGLIORETTI D.L., LARSON E.B. (2008), «Rising use of diagnostic medical imaging in a large integrated health system», *Health Affairs*, 27(6), pp. 1491-1502.
- SONG Y., SKINNER J., BYNUM J., SUTHERLAND J., WENBERG J.E., FISHER E.S. (2010), «Regional Variation in Diagnostic Procedures», *The New England Journal Of Medicine*, 363(1), pp. 45-53.
- WENBERG E.J. (2010), *Tracking medicine*, University Press, Oxford.

Appendice

Tabella A1

Margini di manovra per zona e tipo di esame (RM, anno 2009)

Zona-distretto	angio RM del distretto vascolare	RM della colonna	RM della colonna con contrasto	RM dell'addome superiore senza contrasto	RM dell'encefalo e del tronco encefalico	RM del massiccio facciale	RM del massiccio facciale senza contrasto	RM dell'encefalo e del tronco encefalico con contrasto	RM muscolo scheletrica	RM muscolo scheletrica senza contrasto	Totale per zona
Aretina	€ 18.198,73	€ 302.402,30	€ 48.413,61		€ 110.102,30	€ 5.914,59	€ 44.251,35	€ 28.259,52	€ 85.988,98	€ 657,20	€ 644.188,58
del Casentino	€ 5.003,21	€ 65.904,34	€ 5.295,72		€ 28.466,54		€ 7.351,70			€ 436,12	€ 112.457,63
del Mugello										€ 786,95	€ 786,95
del Valdarno	€ 16.687,44	€ 150.406,50	€ 14.748,38	€ 10.103,95	€ 55.551,59	€ 4.940,36	€ 24.422,04	€ 10.308,00		€ 3.647,45	€ 280.711,76
del Valdarno Inferiore					€ 1.234,38	€ 9.566,44	€ 15.453,10	€ 15.304,51			€ 53.296,84
della Bassa Val di Cecina		€ 2.470,00	€ 4.528,51		€ 25.650,12	€ 1.425,01	€ 4.391,28		€ 80.465,38	€ 1.634,46	€ 118.930,29
della Lunigiana									€ 35.467,91		€ 35.467,91
della Piana di Lucca		€ 88.452,69	€ 18.291,77	€ 15.288,64	€ 19.656,17		€ 6.006,25	€ 61.427,56	€ 109.431,90		€ 318.554,98
della Val d'Era		€ 52.590,67	€ 30.186,82	€ 4.398,08	€ 1.107,17	€ 13.147,67	€ 25.988,65	€ 10.595,37	€ 76.533,26		€ 214.547,69
della Val di Chiana Aretina	€ 2.205,01	€ 116.130,30	€ 21.853,43	€ 4.069,87	€ 50.592,65	€ 7.043,77	€ 10.794,00	€ 2.034,93	€ 87.643,99		€ 302.372,95
della Val di Chiana Senese	€ 11.930,30	€ 171.796,30	€ 13.678,87	€ 21.110,70	€ 4.324,73	€ 5.144,94	€ 1.507,91	€ 45.344,93	€ 133.992,20	€ 9.370,57	€ 418.201,45
della Val di Cornia	€ 967,00				€ 24.175,06	€ 621,64			€ 42.202,73		€ 67.966,44
della Val di Nievole	€ 34.254,72										€ 34.254,72
della Val Tiberina	€ 1.098,16		€ 3.648,45								€ 4.746,61
della Valle del Serchio											€ 0,00
della Versilia				€ 29.926,49			€ 6.775,81	€ 2.540,93	€ 24.994,94	€ 1.411,63	€ 40.654,86
dell'Alta Val d'Elsa	€ 47.937,50	€ 6.882,19				€ 5.937,22		€ 43.304,84	€ 135.302,50	€ 6.882,19	€ 135.938,87
dell'Alta Val di Cecina	€ 3.600,73	€ 114.423,20	€ 21.707,90	€ 3.467,49	€ 1.107,17	€ 5.176,05	€ 15.170,25	€ 36.011,28	€ 6.530,48	€ 18.312,66	€ 353.172,06
dell'Amiata Grossetana	€ 10.922,05	€ 4.502,97		€ 1.511,95					€ 33.992,41	€ 73,69	€ 23.467,44
dell'Amiata Senese	€ 2.720,75	€ 37.376,35		€ 7.172,45		€ 2.567,71		€ 11.323,62	€ 276.191,00		€ 95.226,98
delle Apuane								€ 30.845,79			€ 307.036,79
delle Colline dell'Albegna										€ 0,00	€ 0,00
delle Colline Metallifere	€ 3.448,91	€ 46.905,12	€ 7.048,04	€ 619,61	€ 8.967,17	€ 697,04	€ 27.400,57	€ 60.530,34	€ 44.663,30	€ 32.631,60	€ 8.364,69
Empolese			€ 1.245,48	€ 18.433,11		€ 6.035,59	€ 2.146,56		€ 24.685,48	€ 24.685,48	€ 250.261,19
Florentina Nord-Ovest	€ 8.942,41	€ 155.909,00		€ 10.017,29	€ 13.996,83		€ 7.862,67	€ 280,82	€ 62.402,47	€ 10.951,58	€ 36.849,33
Florentina Sud-Est	€ 13.596,67	€ 48.438,09		€ 19.640,27	€ 75.631,47				€ 38.666,80		€ 268.770,07
Firenze	€ 3.487,93	€ 121.080,80	€ 26.450,97	€ 16.194,47	€ 19.432,73	€ 5.854,73	€ 8.372,18	€ 26.450,96	€ 63.405,43	€ 5.578,10	€ 195.973,30
Grossetana				€ 58.373,31		€ 1.448,98	€ 1.303,17		€ 179.466,80		€ 287.936,11
Livornese				€ 19.396,51							€ 247.661,27
Pisana	€ 16.571,89		€ 17.266,97	€ 1.139,90							€ 53.077,88
Pistoiese				€ 17.725,27							€ 17.711,79
Pratese	€ 16.901,59	€ 134.026,60	€ 61.035,55	€ 17.561,10		€ 16.753,33	€ 24.778,08	€ 91.265,95	€ 11.150,14	€ 11.150,14	€ 144.919,44
Senese	€ 159.615,45	€ 1.667.171,81	€ 306.785,63	€ 189.079,64	€ 534.384,00	€ 107.386,30	€ 233.975,56	€ 616.104,05	€ 1.478.680,68	€ 188.078,43	€ 407.754,69
Totale per prestazione											€ 5.481.261,55

Tabella A2

Margini di manovra per zona e tipo di esame (TC, anno 2009)

Zona-distretto	TC del capo	TC del capo con contrasto	TC del collo con contrasto	TC dell'addome completo con contrasto	TC dell'addome superiore con contrasto	TC arti inferiori	TC Massiccio facciale	TC del rachide e dello spazio vertebrale	TC del torace	TC del torace con contrasto	Totale per Zona
Aretina del Casentino	€ 49.231,10	€ 18.200,68	€ 5.662,44	€ 11.063,82	€ 674,10	€ 11.921,02	€ 2.487,00		€ 18.655,05	€ 33.722,32	€ 117.965,21
del Mugello			€ 2.377,26								€ 36.098,58
del Valdarno	€ 42.621,89				€ 45.773,39			€ 9.552,04	€ 4.281,96	€ 17.762,80	€ 0,00
della Bassa Val di Cecina	€ 9.196,79		€ 6.401,17			€ 3.147,89	€ 1.881,15	€ 8.085,76			€ 119.992,07
della Lunigiana	€ 542,00	€ 2.301,88		€ 11.212,08	€ 111.056,90	€ 108,40	€ 2.999,03	€ 100.042,70		€ 5.139,08	€ 244.618,18
della Piana di Lucca	€ 6.917,96	€ 40.828,73		€ 17.932,57	€ 17.975,09	€ 8.055,26		€ 31.833,07			€ 54.135,53
della Val d'Era		€ 816,75						€ 10.214,39		€ 10.334,72	€ 75.818,19
della Val di Chiana Aretina				€ 55.127,89	€ 109.359,80	€ 30.960,12	€ 1.782,18	€ 96.610,46	€ 1.387,00	€ 23.598,02	€ 816,75
della Val di Chiana Senese	€ 14.215,96		€ 1.596,49		€ 109.359,80	€ 30.960,12	€ 1.782,18	€ 96.610,46	€ 12.558,12	€ 34.508,82	€ 80.112,91
della Val di Cornia	€ 282.284,80		€ 39.936,94	€ 103.793,60	€ 1.872,04	€ 47.763,49	€ 24.513,54	€ 191.812,10	€ 19.290,73	€ 10.982,65	€ 301.591,95
della Val di Nievole		€ 4.118,49		€ 5.659,11	€ 9.990,26				€ 10.125,76		€ 726.368,38
della Val Tiberina		€ 5.434,44			€ 6.081,31	€ 1.448,29	€ 351,83	€ 49.608,65			€ 33.752,56
della Valle del Serchio		€ 17.594,66							€ 117,28	€ 4.691,63	€ 34.430,62
della Versilia		€ 6.060,03		€ 30.248,73	€ 6.081,31					€ 7.646,82	€ 64.846,65
dell'Alta Val d'Elisa		€ 3.223,22	€ 1.556,04	€ 2.641,01		€ 13.638,75	€ 3.126,66	€ 11.508,16			€ 41.000,40
dell'Alta Val di Cecina		€ 2.123,96			€ 16.202,79					€ 1.572,16	€ 40.214,00
dell'Amiata Grossetana	€ 15.715,24		€ 120,94	€ 8.757,91							€ 37.168,65
dell'Amiata Senese		€ 2.040,78									€ 12.491,79
delle Apuane					€ 11.452,82	€ 23.614,71		€ 103.036,40			€ 138.103,93
delle Colline dell'Albegna	€ 10.740,30				€ 33.956,79		€ 8.009,09		€ 36.502,25		€ 89.208,43
delle Colline Metallifere	€ 15.217,93			€ 76.312,81		€ 4.858,16	€ 43.659,04		€ 24.355,12	€ 7.435,85	€ 171.838,91
Empolese	€ 35.284,88		€ 4.292,44	€ 7.322,95			€ 2.172,97	€ 93,128			€ 52.917,23
Florentina Nord-Ovest	€ 743,07	€ 20.916,76	€ 39.191,46	€ 170.706,90			€ 17.387,83	€ 26.899,12	€ 445,85	€ 113.170,80	€ 389.461,81
Florentina Sud-Est		€ 2.912,72	€ 5.875,84	€ 48.896,64		€ 11.548,21	€ 22.513,17	€ 61.007,18	€ 2.916,22	€ 11.406,04	€ 164.163,30
Firenze	€ 62.974,07	€ 54.770,23	€ 75.545,16	€ 385.777,90	€ 138.978,30	€ 16.062,21	€ 24.741,12	€ 71.642,55	€ 38.498,32	€ 239.478,10	€ 956.306,32
Grossetana	€ 57.928,61						€ 30.927,65	€ 320.082,50	€ 22.050,25		€ 243.696,28
Livornese	€ 80.362,21			€ 73.702,66		€ 55.520,71		€ 93.245,21		€ 48.948,68	€ 609.544,41
Pisana	€ 123.469,40		€ 54.369,65	€ 138.555,10	€ 11.027,62	€ 40.464,90	€ 13.376,84	€ 53.862,48	€ 9.879,40	€ 6.817,08	€ 161.434,21
Pistoiese	€ 51.978,81		€ 16.807,33	€ 89.341,49	€ 95.583,59		€ 27.276,00	€ 387.525,20	€ 59.781,46	€ 70.503,88	€ 609.575,78
Pratese		€ 19.638,27	€ 4.217,61	€ 25.990,76	€ 99.373,88	€ 7.033,43				€ 98.611,39	€ 811.716,66
Senese		€ 232.926,14	€ 294.356,49	€ 1.156.931,12	€ 801.062,16	€ 317.876,39	€ 268.732,87	€ 1.626.567,96	€ 295.498,37	€ 712.608,52	€ 6.565.985,04
Totale per prestazione											

Il dipartimento e il governo clinico: le attese del top management delle aziende sanitarie

G. SARCHIELLI, G. DE PLATO, S. ALBERTINI, F. MONGELLI, I. NONNI, T. MARCACCI

This study explored in a qualitative way some psychosocial factors that influence management activities and functions as well as relationship between executive and directorial roles in the health organizations. Eighteen semi-structured interviews content analysis results are also reported. They are based on the expectations and representations of General Managers and Clinical Directors of nine Health Local Units (Emilia-Romagna Regional Health System) concerning the role and the function of the Head of the Department and the Head of Clinical Unit, that are connected with the Clinical Governance and the Main Board functioning.

Keywords: psychosocial factors, qualitative research, clinical governance
Parole chiave: fattori psicosociali, ricerca qualitativa, governo clinico

Note sugli autori

Guido Sarchielli e Giovanni De Plato sono professori presso la Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna; Stefano Albertini è psicologo, libero professionista, A.O.U. di Parma; Franco Mongelli, Sviluppo Organizzativo e Qualità ed Accreditamento, A.O.U. Parma; Ilaria Nonni è project manager, area Qualità ed Accreditamento, A.O.U. Parma; Thomas Marcacci è psicologo, borsista A.O.U. di Parma

1. Introduzione e contesto della ricerca

La figura del dirigente intermedio (medico e manager) è indicata, ormai da tempo, dalla letteratura nazionale e internazionale (Lega, Prenestini, 2009; Braithwaite, 2006) come uno snodo che assume particolare importanza e criticità per il funzionamento delle organizzazioni sanitarie. Negli ultimi anni, infatti, le aziende sanitarie si sono profondamente ristrutturate per divenire più competitive, efficienti e per corrispondere al meglio alle esigenze di salute e benessere della popolazione. In tale quadro, il governo dell'azienda e le differenti possibili configurazioni dei ruoli dirigenziali sono stati oggetto di significativi dibattiti e sperimentazioni che non hanno tuttavia individuato ancora soluzioni adeguate e condivise (Lega, Prenestini, 2009). Attualmente, nell'ambito delle istituzioni nazionali e locali che gestiscono il sistema sanitario, si rileva l'esigenza di attribuire ai dirigenti intermedi un ruolo attivo nei processi decisionali e nella gestione delle responsabilità di governo che influenzano una performance efficace ed efficiente dei servizi prodotti, la qualità delle condizioni di lavoro e le opportunità di valorizzazione professionale.

Al fine di aumentare gli elementi utili alla comprensione delle dinamiche che sottendono all'assunzione di responsabilità e allo svolgimento del ruolo di Direttore di Dipartimento e di quello di Direttore di Struttura operativa complessa (Soc), la ricerca¹ svolta si propone di integrare le considerazioni di carattere economico-manageriale, prevalenti fino a ora nella letteratura specialistica sul governo aziendale, con l'analisi di alcuni *fattori psicosociali* che si presume intervengano in tali dinamiche. In altri termini, nel-

SOMMARIO

1. Introduzione e contesto della ricerca
2. Metodologia e strumenti di ricerca
3. I risultati della ricerca
4. Discussione dei risultati
5. Conclusioni e sviluppi futuri

la ricerca di una possibile compatibilità tra logiche manageriali e logiche cliniche e tra i differenti ruoli aziendali (Direzione aziendale, Direzione di dipartimento, Direzione di Soc), appare plausibile considerare anche le dinamiche psicosociali sottese all'interazione tra persone e gruppi in un dato contesto organizzativo. Tali dinamiche possono essere descritte attraverso tre principali costrutti teorici: il *contratto psicologico* (Bianco, Toderi, 2008; Calnan, Rowe, 2004; 2006; Gilson *et al.*, 2005) tra Direzione aziendale e Direttori di Dipartimento e di Soc (le aspettative implicite ed esplicite che orientano l'interazione tra azienda e professionisti e viceversa); lo *stile di direzione o di leadership*² (Bass, Avolio, 1999; Millward, Bryan, 2005) concretamente messo in atto dalle persone nei diversi ruoli di direzione; i differenti oggetti e orizzonti possibili (l'azienda, il gruppo di lavoro o la professione medica) del processo di *identificazione* cognitiva e motivazionale (Pratt, Foreman, 2000; Ashforth, Johnson, 2002; Hallier, Forbes, 2005) che le persone attivano nella loro pratica lavorativa ricavandone consistenti spinte all'impegno personale.

Non sono presenti nel panorama italiano precedenti studi scientifici che analizzino le aziende sanitarie rispetto a tali processi di natura psicosociale e mancano evidenze empiriche che forniscano un chiaro precedente di riferimento per l'analisi del contesto organizzativo e dirigenziale del Sistema sanitario nazionale e regionale. Nella letteratura specialistica internazionale, invece, si evidenzia l'importanza di tali fattori psicosociali per la comprensione di fenomeni organizzativi (Pratt, Foreman, 2000; Dukerich, Golden, Shortyell, 2002; Braithwaite, 2004; Gilson *et al.*, 2005; Calnan, Rowe, 2006; Reeleder *et al.*, 2006). Su questa base, nell'ambito di un progetto di ricerca biennale di cui il presente contributo costituisce un primo risultato, ci si è proposti di delineare l'insieme delle possibili relazioni tra fattori organizzativo-strutturali, personali-attitudinali e psicosociali che concorrono a influenzare atteggiamenti e rappresentazioni della funzione di direttore. Nella prima delle due fasi previste da tale più ampio progetto, l'obiettivo è stato circoscritto alla descrizione dello stile di direzione, del contratto psicologico e del tipo di identificazione con il contesto lavorativo emersi

attraverso un'esplorazione qualitativa delle rappresentazioni possedute dalle Direzioni aziendali. Pertanto, nel presente contributo daremo conto degli orientamenti cognitivi, espressi in forma di atteggiamenti, concetti ed espressioni tipiche, dei *top manager* (Direttori generali, Dg, e Direttori sanitari, Ds) rispetto ai ruoli di direzione intermedia (Direttori di Dipartimento e di Soc), nell'ambito dello svolgimento delle attività connesse al governo clinico. Questo ultimo costrutto è stato utilizzato soprattutto nel suo significato di attenzione alle capacità, competenze, conoscenze, relazioni organizzative e responsabilità, anche di natura manageriale, che le figure di direzione intermedia possiedono o dovrebbero possedere nel promuovere e sviluppare il miglioramento continuo della qualità e degli standard assistenziali, creando le condizioni ottimali per l'eccellenza clinica (Roland, Campbell, Wilkin, 2001).

2. Metodologia

2.1. Campionamento

Nella prima fase della ricerca, qui presentata, sono state prese in esame nove aziende sanitarie di cui quattro appartengono al territorio romagnolo, quattro al territorio emiliano e una che è localizzata al confine tra Emilia e Romagna. Più precisamente, si tratta di sette Aziende Usl, un'Azienda ospedaliera e un'Azienda ospedaliero-universitaria.³ Hanno partecipato alla prima fase della ricerca i Dg e i Ds⁴ delle suddette aziende sanitarie, poiché essi rappresentano, non solo i ruoli organizzativi di massima responsabilità aziendale, ma anche i soggetti che di fatto elaborano, sintetizzano e trasmettono il punto di vista dell'azienda, rispetto alle dinamiche psicosociali e organizzative oggetto di indagine. I Dg e i Ds sono stati considerati come i *testimoni chiave* per individuare anche i nuclei tematici dell'approfondimento progettato per la seconda fase della ricerca. È da notare come nella letteratura scientifica la maggioranza delle ricerche relative alle dinamiche psicosociali nei contesti organizzativi sono sbilanciate verso la sola considerazione del punto di vista del lavoratore, sia esso dipendente, dirigente o professionista appartenente all'azienda. Nel nostro caso, invece, ci si

è proposto di analizzare, seppure in momenti differenti, entrambi i punti di vista, quello dell'azienda e quello dei professionisti, al fine di cogliere in modo più completo il sistema delle variabili considerate. Infatti, nel presente contributo ci riferiamo esclusivamente alla prima fase di ricerca, nella quale i Dg e i Ds sono gli interlocutori principali. Nella seconda sono stati coinvolti 411 Direttori di Dipartimento e di Soc dell'Emilia Romagna, con una specifica *survey* tesa a far emergere le loro aspettative di ruolo e ad approfondire i principali contenuti evidenziati dalle interviste al *top management* (Dg e Ds) e riportati nei prossimi paragrafi.

2.2. Strumenti

Per la ricerca qualitativa, si è fatto ricorso a un'intervista semi-strutturata focalizzata sui costrutti teorici di *contratto psicologico*, *leadership* e *identificazione organizzativa*. Per ciascuno di essi lo stimolo è costituito da una domanda generale che, pur individuando uno specifico ambito di riflessione, rendeva possibile attivare una narrazione spontanea da parte degli interlocutori sulle attese e sulla rappresentazione dei Direttori di Dipartimento e di Soc. Le domande poste, identiche per ogni intervista, sono state le seguenti:

(a) Prima domanda (Contratto psicologico): «*Secondo il suo punto di vista un Direttore di Dipartimento e/o di Struttura Complessa, partendo dal presupposto che vi sia un rapporto di tipo fiduciario, nel farsi carico delle attività di governo clinico, cosa si aspetta dall'azienda e cosa pensa che l'azienda si attenda da lui?*»;

(b) Seconda domanda (*Leadership*): «*Secondo il suo punto di vista un Direttore di Dipartimento e/o di Struttura Complessa quali caratteristiche fondamentali dovrebbe possedere nello svolgere le attività di direzione del proprio Dipartimento/Unità Operativa?*»;

(c) Terza domanda (Identificazione organizzativa): «*Secondo il suo punto di vista un Direttore di Dipartimento e/o di Struttura Complessa con che cosa s'identifica nel suo lavoro per trovare le motivazioni che lo spingono a svolgere al meglio le funzioni del proprio ruolo?*».

Pur essendo il governo clinico uno degli argomenti alla base della ricerca, si è scelto di non porre una domanda diretta su tale aspetto. Si è, infatti, ipotizzato che le considerazioni sul governo clinico potessero emergere spontaneamente dagli intervistati a partire dalle tre domande e che lo spazio dedicato alla trattazione dei temi inerenti al governo clinico fosse gestito autonomamente dai singoli intervistati che, in tal modo, potevano segnalare di fatto il grado di salienza del tema stesso.

2.3. Conduzione delle interviste e analisi del contenuto

Tutte le interviste sono state realizzate dagli stessi tre intervistatori. La conduzione è stata affidata, in ciascuna occasione, a un solo ricercatore, mentre gli altri due sono intervenuti esclusivamente nella fase di chiusura dell'intervista per completare la raccolta di elementi informativi di contesto. Tutte le interviste sono state audio-registrate previo consenso dell'intervistato, sulla base della garanzia di trattamento dei dati in forma anonima e a fini esclusivi di ricerca.

Si sono ottenute 18 interviste (9 per i Dg e 9 per i Ds) di durata compresa tra 55 minuti e 2h e 30 (moda = 1h e 30m). Tutte le audio-registrazioni sono state trascritte e si è effettuata un'analisi del contenuto di tipo tematico, procedendo secondo il *metodo dei giudici indipendenti*, che risulta ampiamente convalidato anche per studi qualitativi in ambito sanitario (Reeleder *et al.*, 2006).

Per l'analisi di ogni intervista si è fatto riferimento a un'unica trascrizione approvata da tutti i ricercatori partecipanti all'intervista stessa. Successivamente, assumendo come unità di analisi gli enunciati presenti nell'intero testo trascritto, ciascuno dei tre giudici in modo indipendente ha identificato i contenuti tematici significativi riferibili alle principali aree di interesse (contratto psicologico, *leadership*, identificazione organizzativa). Una volta analizzati i testi, i tre giudici indipendenti si sono confrontati e partendo dalle parole utilizzate dagli interlocutori sono state create sottocategorie di piccole dimensioni semantiche, ciascuna delle quali è stata poi inserita in una categoria con un livello di astrazione più elevato. In sintesi, si sono ottenute 148 sottocategorie

di contenuto, nominate a partire dalle parole usate dai Dg e Ds; per ogni sottocategoria individuata è stato indicato il numero di Direttori che avevano citato tale contenuto nella propria intervista. Tali sottocategorie sono state conclusivamente raggruppate in 19 macrocategorie di significato. Solo l'esistenza di un elevato accordo tra i giudici riguardo alle attribuzioni categoriali ha permesso di ottenere la matrice definitiva dei contenuti dell'intervista. Nei casi in cui l'indice di concordanza si è rivelato sotto all'80%, si è proceduto a una riconsiderazione critica, fino a pervenire a un adeguato consenso per la classificazione finale.

I contenuti così categorizzati hanno riguardato le tre grandi aree tematiche definite dai costrutti teorici ritenuti salienti per lo studio dei ruoli di direzione. In particolare, gli argomenti riguardanti il contratto psicologico sono stati analizzati distinguendo, da un lato, le aspettative da parte dell'Azienda verso i Direttori di Dipartimento e di Soc, dall'altro le aspettative di questi ultimi verso la Direzione dell'azienda stessa (sempre naturalmente secondo la rappresentazione dei Dg e Ds intervistati). A tali tre aree tematiche se ne sono aggiunte due ampiamente presenti nel materiale verbale registrato. Infatti, come previsto, i contenuti inerenti al governo clinico sono emersi in modo trasversale nelle

risposte alle tre domande effettuate; inoltre, si è rivelato un notevole interesse per il Collegio di direzione, come organo aziendale e potenziale strumento di raccordo tra le scelte strategiche della Direzione e la *line* che eroga il servizio.

3. Risultati delle interviste

In questo paragrafo sono riportati per ogni area tematica, i diversi contenuti trattati dai Dg e Ds durante le interviste (espressi in valore percentuale nelle figure). I contenuti principali più citati, raggruppati in macrocategorie e sottocategorie di contenuto,⁵ a partire dal significato a essi prevalentemente assegnato dagli stessi intervistati, saranno illustrati di seguito.

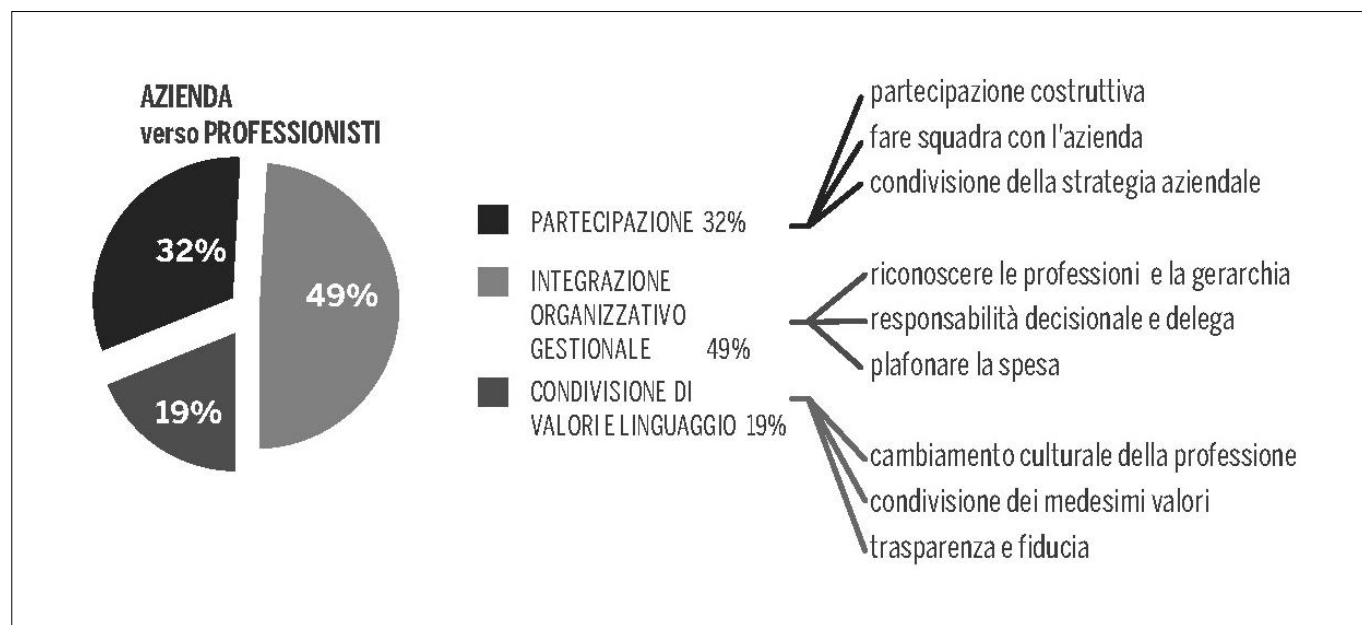
3.1. A) Contratto psicologico: dall'azienda verso i professionisti (figura 1)

Cosa i Dg e Ds si aspettano dai Direttori di Dipartimento e di Soc della propria azienda?

Partecipazione. Il 32% dei contenuti emersi riguarda l'aspettativa (espressa dai Dg e Ds) che i loro Direttori di Dipartimento e di Soc partecipino costruttivamente alle attività gestionali del sistema di cui fanno par-

Figura 1

Contratto psicologico azienda verso professionisti: macrocategorie (percentuali) e sottocategorie di contenuto



te; sappiano «fare squadra» con uno spirito dialettico non di contrapposizione pregiudiziale ma di ascolto dei diversi punti di vista; motivino con precisione le proprie scelte e le proprie richieste. Gli intervistati si aspettano, inoltre, che i propri Direttori di Dipartimento e di Soc sappiano condividere la strategia della propria azienda.

Integrazione organizzativo-gestionale. Il 49% dei contenuti concerne l'aspettativa dei Dg e Ds che i Direttori di Dipartimento e di Soc svolgano il loro ruolo in sinergia con le altre professionalità, avendo presente la complessità e l'unità del sistema azienda. Emerge l'aspettativa che questi ultimi sappiano ricoprire il proprio ruolo in un'ottica di sistema, da un lato, cedendo parte della propria «sovranità decisionale» alla propria sovrastruttura, e, dall'altro, facendosi carico delle scelte e dei problemi rispetto ai quali abbiano diretta competenza, siano essi prestazioni cliniche o gestione delle risorse in genere. È auspicata, inoltre, una gestione funzionale delle informazioni e delle comunicazioni dalla Direzione aziendale alla *line* del servizio e all'utenza, sia a livello intraprofessionale che interprofessionale, nel sostegno e nella promozione delle politiche e delle strategie aziendali. Risulta evidente anche l'aspettativa, da parte del *top management*, che i loro Direttori di Dipartimento e di Soc integrino le proprie competenze cliniche con altre competenze specifiche di carattere organizzativo-gestionale, che consentano loro di far fronte alle esigenze di gestione della complessità, di flessibilità, di innovazione e di prontezza di risposta in sintonia con il sistema organizzativo nel quale si trovano. A tal riguardo, gli intervistati rilevano l'opportunità di inserire già nel percorso universitario dei medici insegnamenti specifici su elementi del governo clinico e sulle competenze sopra indicate.

Condivisione di valori e linguaggio. Il 19% dei contenuti delle interviste riguarda l'aspettativa che i Direttori di Dipartimento e di Soc maturino la consapevolezza dell'importanza di aggiornare la «cultura medica paternalistica» da loro posseduta, intesa come eccessiva asimmetria informativa rispetto ai pazienti e autoreferenzialità del giudizio professionale nella gestione clinica, spesso senza considerare le nuove richieste del contesto, che comprendono

anche esigenze di gestione e organizzazione aziendale (**tabella 1**) e il ruolo proattivo che possono assumere i pazienti stessi nell'affrontare la loro condizione e le stesse relazioni con i medici.

3.2. B) Contratto psicologico: dai professionisti verso l'azienda (**figura 2**)

Cosa i Dg e Ds pensano che i Direttori di Dipartimento e di Soc si aspettino dall'azienda?

Autoreferenzialità. La domanda stimolo dell'intervista spingeva i Dg e Ds a «mettersi nei panni» dei Direttori di Dipartimento e di Soc per descrivere quelle che, secondo loro, sono le aspettative di questi ultimi verso l'azienda di appartenenza. In questo modo emerge, in modo indiretto, un ulteriore aspetto della rappresentazione mentale del *top management* rispetto ai loro Direttori di Dipartimento e di Soc. Il quadro dei contenuti evidenziati si concentra nuovamente e in modo rilevante sul tema dell'autoreferenzialità (57% dei contenuti citati), che i clinici rivendicherebbero rispetto al proprio giudizio professionale. In altri termini, secondo i Dg e Ds, il direttore medico si aspetta di essere considerato come l'unico a sapere che cosa sia bene per il paziente e, al contempo, desidererebbe avere a disposizione tutte le risorse, finanziarie, tecnologiche e umane, per le attività del proprio gruppo di lavoro, spesso dando maggior importanza all'efficacia della prestazione che alla sua appropriatezza. Emergerebbe in tal senso una cultura «individualistica» piuttosto che di «lavoro cooperativo». Secondo la rappresentazione di Dg e Ds, sarebbe presente, inoltre, l'aspettativa che le funzioni manageriali del proprio attuale ruolo di Direttori di Dipartimento e di Soc non andassero a detrimento dell'attività clinica che per loro resta di valore prioritario. In tal senso, sarebbe proprio la competenza clinica il criterio che dovrebbe essere privilegiato nella nomina alla direzione di un Dipartimento. I Direttori di Dipartimento e di Soc si aspetterebbero inoltre – sempre secondo i Dg e Ds – di avere un contatto più diretto con la direzione aziendale, senza passaggi attraverso percorsi formali ritenuti causa di appesantimento burocratico.

Riconoscimento e partecipazione. Il se-

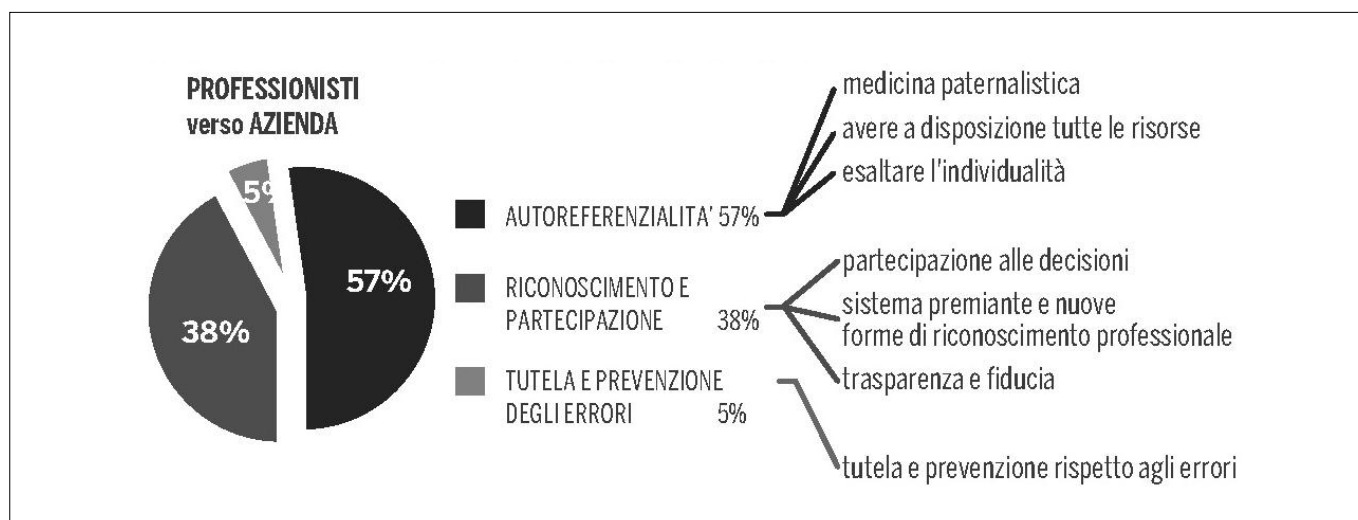
Tabella 1

Contratto psicologico azienda verso professionisti: macrocategorie e sottocategorie di contenuto (N. Citazioni)

CONTRATTO PSICOLOGICO (aspettative reciproche) AZIENDA verso PROFESSIONISTI		
Macro categorie	Sotto categorie	N. citazioni
PARTECIPAZIONE	Partecipazione costruttiva	15
	Fare squadra con l'azienda	10
	Condivisione della strategia aziendale	7
	Coinvolgimento nelle scelte di governo dell'azienda	6
	Motivazione personale al lavoro	3
	Generare formazione sul campo	1
INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVO-GESTIONALE	Riconoscere le professioni e la gerarchia	11
	Responsabilità decisionale e delega	9
	Plafonare la spesa	8
	Integrazione dei contenuti organizzativo-gestionali	7
	Capacità tecnica e utilizzo strumenti del sistema	6
	Attenzione verso la qualità del servizio erogata e quella percepita dal paziente	5
	Comunicazione, gestione e promozione delle informazioni	5
	Prestare attenzione al contesto aziendale	4
	Creare innovazione	4
	Concertazione tra le parti del sistema	3
	Competenze sul Governo clinico acquisite all'università	1
Tempo dedicato al ruolo manageriale	1	
CONDIVISIONE DI VALORI E LINGUAGGIO	Cambiamento culturale della professione	6
	Condivisione dei medesimi valori	5
	Trasparenza e fiducia	5
	Senso etico professionale	5
	Lealtà al paziente e al contesto organizzativo	2
	Linguaggio comune	2

Figura 2

Contratto psicologico professionisti verso azienda: macrocategorie (percentuali) e sottocategorie di contenuto



condo blocco di contenuti citati (38%) da Dg e Ds, riguarda la percezione che i Direttori di Dipartimento e di Soc desiderino partecipare più attivamente alle decisioni aziendali, vedendo in tal modo maggiormente considerato il proprio punto di vista e sentendosi di poter incidere sul cambiamento aziendale. Nella rappresentazione dei Dg e Ds vi è anche la consapevolezza che i loro Direttori di Dipartimento e di Soc sentirebbero un'esigenza di trasparenza nelle dinamiche aziendali e desidererebbero un diverso sistema premiante che comprenda nuove e più incisive forme di riconoscimento professionale. Vi sarebbe poi la consapevolezza della necessità di gestire risorse limitate ma anche il desiderio di

possedere uno spazio di libertà e responsabilità decisionale.

Tutela e prevenzione degli errori. Una piccola parte dei contenuti (5%) presenti nella rappresentazione dei Dg e Ds si riferisce al tema della cosiddetta «medicina difensiva» ritenuto rilevante anche per comprendere le difficoltà di relazione e di gestione dei pazienti. Secondo l'opinione di alcuni *top manager*, vi è la tendenza da parte dei Direttori di Dipartimento e di Soc a evitare prestazioni rischiose che li espongono alla possibilità di azioni legali da parte dei pazienti e vi è l'aspettativa che la propria azienda li tuteli riguardo alla prevenzione o alla gestione di eventuali errori (tabella 2).

CONTRATTO PSICOLOGICO (aspettative reciproche) PROFESSIONISTI verso AZIENDA		
Macro categorie	Sotto categorie	N. citazioni
«MEDICINA PATERNALISTICA»/ AUTOREFERENZIALITÀ	Medicina paternalistica	11
	Avere a disposizione tutte le risorse	9
	Esaltare l'individualità	6
	Direzione affidata al miglior clinico	4
	Sviluppo professionale clinico non manageriale	3
	Rapporto diretto con il Direttore sanitario/Direzione generale	2
	Impegno e valutazione esclusiva sul paziente	2
	Priorità dell'attività clinica	2
	Direttore di Dipartimento come autonomia e prestigio	2
	Riconoscimento formale della propria qualità clinica	2
	Competizione professionale	2
	Paziente come chiave di accettazione per il cambiamento	2
	Standard qualitativi acquisiti dall'università	1
	Economia come priorità	1
RICONOSCIMENTO/SCAMBIO	Partecipazione alle decisioni	10
	Sistema premiante e nuove forme di riconoscimento professionale	5
	Trasparenza e fiducia	4
	Consapevolezza e attenzione nella gestione delle risorse finite	3
	Responsabilità decisionale	2
	Percezione del vantaggio di appartenere all'azienda	2
	Possibilità di erogare una prestazione qualitativamente eccellente	2
	Attesa di formazione sul campo	3
Forme di incentivo per il lavoro sul Gc	2	
MEDICINA DIFENSIVA	Medicina difensiva	2
	Tutela e prevenzione rispetto agli errori	2

Tabella 2
Contratto psicologico
professionisti verso
azienda: macrocategorie
e sottocategorie
di contenuto (N. Citazioni)

3.3. Leadership. Le caratteristiche che dovrebbero essere proprie di un Direttore di Dipartimento e di Soc (figura 3)

Capacità. Secondo quanto espresso nelle interviste, i Dg e Ds ritengono che per lo svolgimento della funzione di Direttori di Dipartimento e di Soc siano importanti le capacità personali che caratterizzano una efficace funzione di *leadership*. In particolare, nel 55% dei contenuti citati, gli intervistati si attendono che un Direttore di Dipartimento e di Soc debba saper motivare e coinvolgere il proprio gruppo di lavoro, avere capacità comunicative e relazionali, sapersi mettere in gioco con flessibilità e partecipazione attiva, avere una visione d'insieme della prestazione sanitaria e saper valorizzare i propri collaboratori.

Competenze. Nel 27% dei contenuti citati emerge l'aspettativa che nello svolgimento del ruolo di Direttore di Dipartimento e di Soc siano presenti anche competenze specifiche che coniugano dimensioni relazionali e operative, quali ad esempio: saper lavorare in *team*, generare formazione sul campo, saper gestire la complessità, coordinando equipe di lavoro e gestendo adeguatamente il *budget* a disposizione.

Conoscenze. Nel 18% dei contenuti espressi, gli intervistati sottolineano come siano necessarie da parte dei Direttori di Dipartimento e di Soc conoscenze organizzativo-gestionali, accanto, naturalmente, a cono-

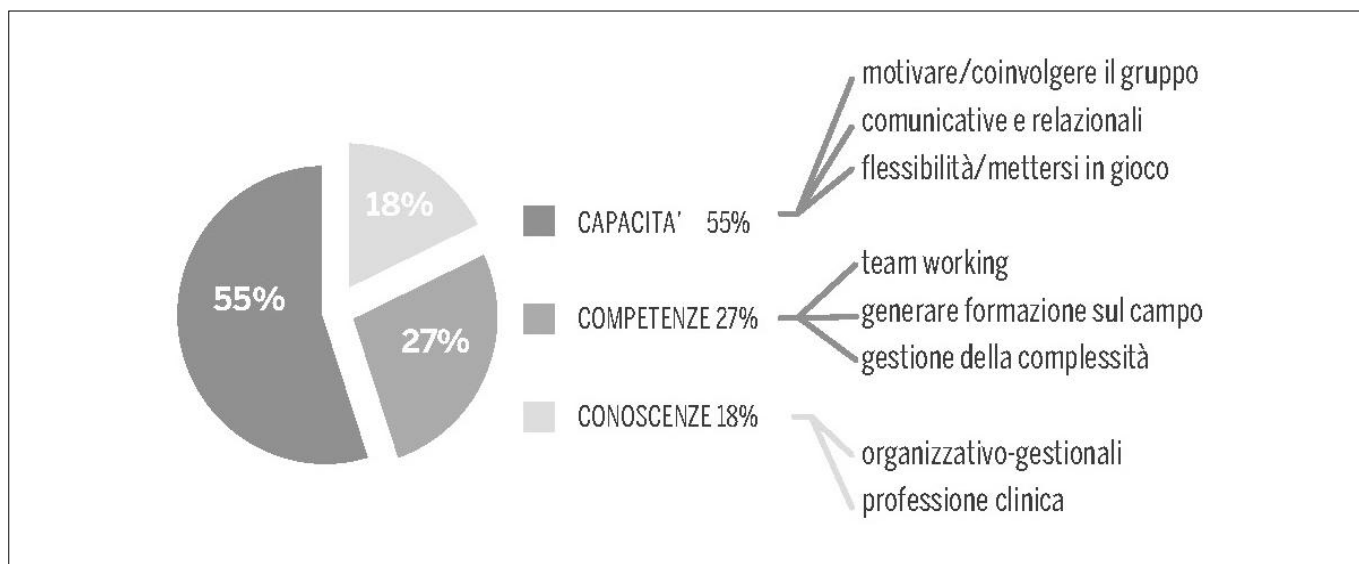
scenze specifiche della propria professione clinica (tabella 3).

3.4. Identificazione organizzativa (figura 4)

Professione medica. Il 39% dei contenuti citati dai Dg e Ds intervistati fa emergere la percezione che i Direttori di Dipartimento e di Soc assumano come fonte principale di identificazione la professione medica, considerata come attività prioritaria e autoreferenziale rispetto alle attività di gestione della cura dei pazienti e del contesto sanitario.

Gruppo professionale. Il 37% dei contenuti espressi dai Dg e Ds si concentra sull'identificazione dei Direttori di Dipartimento e di Soc con il proprio gruppo professionale come fonte di distintività rispetto agli altri gruppi professionali. In particolare, i medici chirurghi si identificherebbero maggiormente con i propri colleghi e si sentirebbero distinti rispetto ai medici internisti; l'intera categoria medica, inoltre, si sentirebbe distinta sia rispetto alle altre professioni sanitarie (infermieri, tecnici, ostetriche, etc.) sia rispetto ai *manager* in senso stretto (Direzione generale). Sempre secondo i Dg e Ds, vi sarebbe una vera e propria cesura tra medici e *manager*, attestata anche dal modo abituale di riferirsi gli uni agli altri con la terminologia «noi e loro», dove *noi* è inteso come componente professionale medica (l'*ingroup* di ap-

Figura 3
Leadership: macrocategorie (percentuali) e sottocategorie di contenuto



LEADERSHIP		
Macro categorie	Sotto categorie	N. citazioni
CAPACITÀ	Motivare/coinvolgere il gruppo	13
	Comunicative e relazionali	12
	Flessibilità/mettersi in gioco	9
	Partecipazione attiva	9
	Visione di insieme della prestazione sanitaria	8
	Valorizzazione dei collaboratori	7
	Autorevolezza e carisma	6
	Delega	6
	Responsabilità nel conseguimento degli obiettivi	5
	Riconoscere gerarchia	5
	Gestione del doppio ruolo	4
	Valutare i collaboratori	4
	Determinazione	4
	Riconoscere le priorità	4
	Attitudine al management	3
	Creare consenso	3
	Coinvolgimento personale nel lavoro	3
	Logiche e dialettiche nel supporto delle scelte	3
	Attenzione alla qualità erogata e percepita	2
	Coerenza ed equilibrio	1
Interfaccia con altre istituzioni	1	
Programmazione del lavoro	1	
Stile autoritario nella didattica	1	
COMPETENZE	Team working	15
	Generare formazione sul campo	7
	Gestione della complessità	6
	Coordinamento delle équipes di lavoro	5
	Gestione del budget	5
	Gestione e diffusione delle informazioni	4
	Gestione delle risorse	4
	Diagnosticare il cambiamento	3
	Insegnamento	3
	Governo della tecnologia	2
	Epidemiologica	1
	Gestione del rischio	1
CONOSCENZE	Organizzativo-gestionali	14
	Professionali	9
	Esperienze aziendali pregresse	3
	Provenienza dalle UU.OO.	1

Tabella 3
Leadership:
macrocategorie
e sottocategorie
di contenuto (N. Citazioni)

**Figura 4**

Identificazione organizzativa: macrocategorie (percentuali) e sottocategorie di contenuto

partenza) e *loro* come Direzione aziendale (ovvero l'*outgroup*).

Azienda e valori. Il 24% dei contenuti concerne l'identificazione con l'azienda, intesa come possibile fonte di appartenenza sociale. In generale, nella percezione dei Dg e Ds, questo tipo di identificazione risulta presente maggiormente quando si tratta di un'azienda di successo. Infatti, i Direttori di Dipartimento e di Soc tenderebbero, in realtà, a essere maggiormente identificati con la propria Unità operativa piuttosto che alla propria azienda (tabella 4).

3.5. Governo clinico e Collegio di direzione

Nel corso delle interviste sono emersi numerosi contenuti direttamente connessi al tema del governo clinico e del Collegio di direzione. Tali tematiche, non sollecitate dall'intervista, costituiscono il contesto di significati entro il quale i Dg e Ds esprimono le loro considerazioni sui Direttori di Dipartimento e di Soc, rimarcando l'interesse per l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali con quelli gestionali onde consentire il miglioramento della qualità delle risposte nel rispetto dei principi universalistici e di equità dei servizi al cittadino. Da questo punto di vista si deve ipotizzare che la centralità dei temi del governo clinico nel modo di pensare dei Dg e Ds assuma rilevanza anche

nell'orientare la loro descrizione del ruolo e delle caratteristiche dei Direttori di Dipartimento e di Soc, che trovano una specifica importanza nel sapersi far carico delle strategie e linee di azione implicate nel governo clinico di un'azienda sanitaria. Un discorso analogo vale per il Collegio di Direzione emerso nelle interviste non tanto come soluzione meramente organizzativa, ma come esempio dell'interesse a creare le condizioni per ottenere il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento e di Soc nelle logiche di gestione partecipata dell'azienda e per stimolare un ripensamento degli stessi ruoli di direzione.

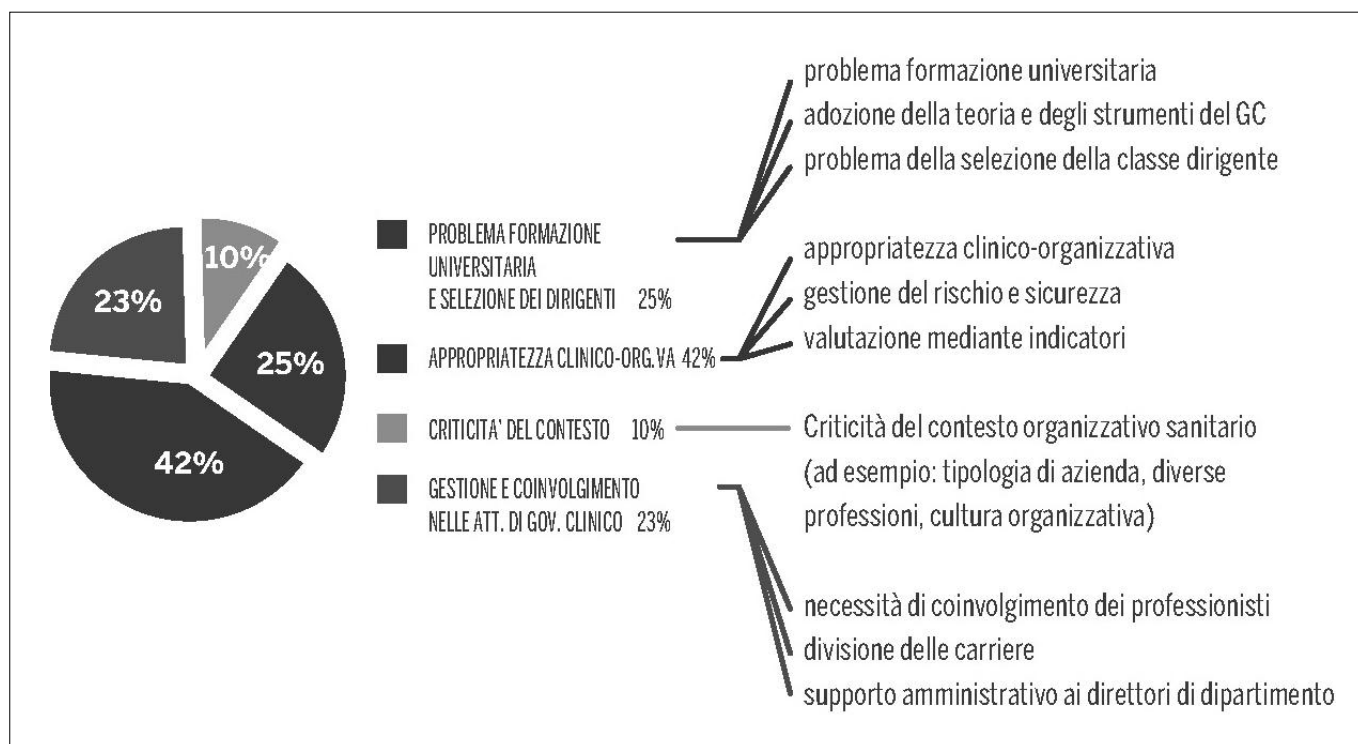
A) Governo Clinico (figura 5)

Appropriatezza clinico-organizzativa. Il 42% dei contenuti espressi dai Dg e Ds riguardanti il governo clinico, sono inerenti alla necessità di rafforzare tre prospettive nella definizione dei ruoli direttivi: l'appropriatezza delle richieste cliniche in base a una motivazione ragionevole e provata da evidenze scientifiche; l'attenzione alla qualità e all'accreditamento, ponendo attenzione alla gestione del rischio, l'individuazione di appropriati indicatori di valutazione dei processi.

Formazione universitaria e selezione dei dirigenti. Il 25% dei contenuti riguarda l'incongruenza tra la formazione universitaria

IDENTIFICAZIONE ORGANIZZATIVA		
Macro categorie	Sotto categorie	N. citazioni
PROFESSIONE MEDICA	Professione medica	16
	Individualismo	4
	Università	2
	Disconoscimento del ruolo di «medico-manager»	4
GRUPPO PROFESSIONALE	Gruppo professionale	12
	Clinici vs direzione	10
	Cesura clinici e manager	3
AZIENDA E VALORI	Unità operativa	5
	Azienda di successo	4
	I principi del sistema	3
	Comunità territoriale	2
	Scarsa identificazione con l'azienda	2

Tabella 4
Identificazione organizzativa: macrocategorie e sottocategorie di contenuto (N. Citazioni)



del medico e la realtà organizzativa dove attualmente si svolge la professione medica. Vi sarebbe, secondo gli intervistati, una carenza di conoscenze e competenze organizzative e di governo clinico, che si manifesta anche nella mancanza di una condivisione teorica

e terminologica in tale ambito. I Dg e i Ds, affermano che tale incongruenza riguarda, a oggi, anche la selezione della classe dirigente sanitaria; anche in questo caso si dovrebbero valutare i candidati tenendo in debito conto queste conoscenze e capacità.

Figura 5
Governo clinico: macrocategorie (percentuali) e sottocategorie di contenuto

Gestione e coinvolgimento nelle attività di governo clinico. Il 23% dei contenuti si riferisce alla necessità che i professionisti, dal Direttore di Dipartimento fino alla *line* del servizio, siano maggiormente coinvolti nelle attività gestionali, con una più elevata attenzione alle indicazioni, valutazioni e proposte delle Direzioni aziendali. Ci si aspetta in particolare che il Direttore di Dipartimento si occupi fattivamente della gestione del proprio Dipartimento, coadiuvato da un supporto amministrativo e mediante una riduzione

dell'attività clinica all'interno della propria Struttura Complessa.

Criticità del contesto. Il 10% dei contenuti espressi dai Dg e Ds riguarda la sottolineatura di alcune criticità quali la particolare difficoltà di alcune categorie di professionisti (ad esempio, i chirurghi) di assumere un'effettiva prospettiva di governo clinico, la possibilità di attuare i principi del governo clinico anche sul territorio, lo scarso coinvolgimento dei propri professionisti nell'acquisizione della cultura del governo clinico (**tabella 5**).

Tabella 5

Governo clinico: macrocategorie e sottocategorie di contenuto (N. Citazioni)

GOVERNO CLINICO		
Macro categorie	Sotto categorie	N. citazioni
FORMAZIONE E SELEZIONE	Problema formazione universitaria	11
	Adozione della teoria e degli strumenti del Gc	10
	Problema della selezione della classe dirigente	6
	Formazione in itinere	5
	Formazione continua	2
APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Appropriatezza clinico-organizzativa	10
	Gestione del rischio e sicurezza	8
	Valutazione mediante indicatori	8
	Qualità/accreditamento	8
	Fare qualità lavorando sui processi	4
	E.B.M.	6
	Integrazione istituzionale, organizzativa e professionale	5
	Necessità di plafonare la spesa	4
	Centralità del paziente	4
	Difficoltà a misurare l'efficacia	1
Fine medicina paternalistica	3	
GESTIONE DELL'ATTIVITÀ DI GOVERNO CLINICO	Necessità di coinvolgimento dei professionisti	7
	Divisione delle carriere	5
	Supporto amministrativo ai direttori di dipartimento	5
	Comunicazione e gestione delle informazioni	5
	Ogni professione è necessaria e non sufficiente	5
	Forme di incentivo e tempo formalizzato per il lavoro sul Gc	4
DIFFICOLTÀ	Difficoltà dei chirurghi nel lavoro di Gc	10
	Fare Gc sul territorio è possibile	1
	Fare Gc sul territorio non è possibile	1
	Il problema del governo clinico è di introdurre un cambiamento	1
	Le aziende non hanno favorito il coinvolgimento sul Gc	1
	Poca attenzione all'efficacia delle strutture complesse	1

B) Collegio di Direzione (figura 6)

Riconoscimento. I Dg e Ds percepiscono come assai rilevante il Collegio di direzione. Infatti, nel 49% dei contenuti emersi, esso viene rappresentato come un'utile «cerniera» tra la Direzione e l'azienda, come un contesto privilegiato per la discussione e la partecipazione finalizzato, comunque, anche al riconoscimento delle singole responsabilità.

Struttura organizzativa. Il 36% dei contenuti riguarda, però, l'esigenza di riprogettare il Collegio di direzione nella prospettiva di renderlo un organo decisionale maggiormente operativo, anche attraverso la formazione di sottocommissioni.

Autonomia. Il 15% dei contenuti concerne l'opportunità di far partecipare o meno il

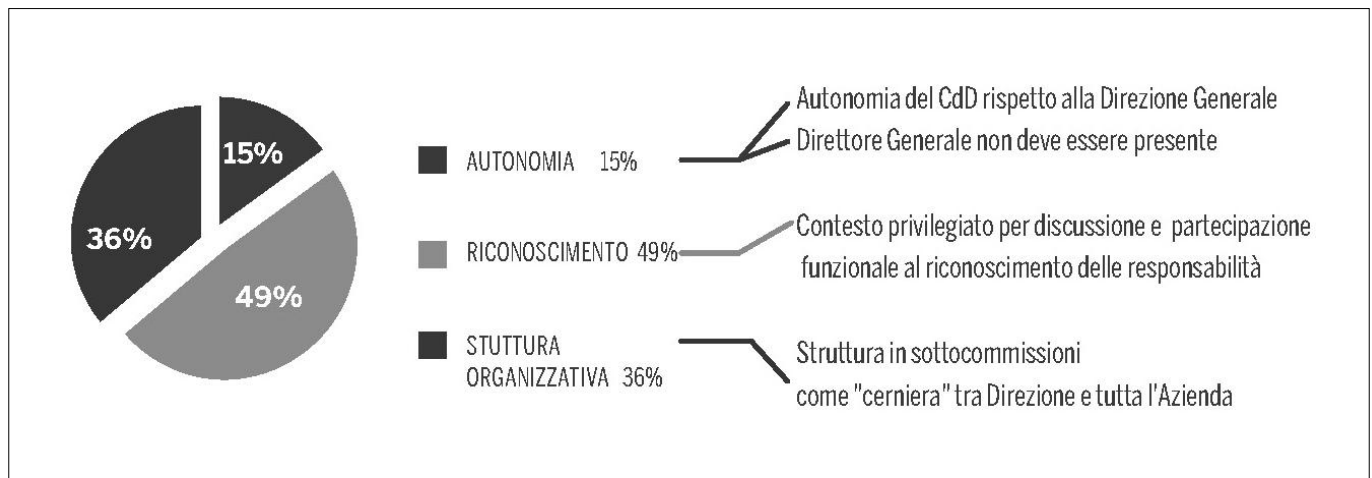
Direttore generale al Collegio di direzione e di mantenere, comunque, uno spazio di autonomia rispetto alla Direzione generale (tabella 6).

4. Discussione dei risultati

4.1. Contratto psicologico

L'aspettativa principale di Dg e Ds nei confronti dei Direttori di Dipartimento e di Soc è che essi «facciano squadra» con l'azienda partecipando costruttivamente alle attività di governo clinico mediante l'assunzione di una logica organizzativa, ossia riconoscendosi inseriti in un sistema complesso, multi-professionale e gerarchicamente

Figura 6
Il Collegio di Direzione: macrocategorie (percentuali) e sottocategorie di contenuto



COLLEGIO di DIREZIONE	
Categorie	N. citazioni
Contesto privilegiato per la discussione e la partecipazione	10
Struttura in sottocommissioni	7
Direttore generale deve essere presente	3
Funzionale al riconoscimento delle responsabilità	3
Come «cerniera» tra direzione e tutta l'azienda	3
Convocazione ogni 20 gg e tre punti alla volta	2
Costruzione di un organo esecutivo nel CdD	2
Autonomia del CdD rispetto alla Direzione generale	1
Direttore generale non deve essere presente	1
Piano ricerca e innovazione	1

Tabella 6
Il Collegio di Direzione: Categorie di contenuto (N. citazioni)

strutturato, dove il fine del singolo dovrebbe essere coerente e rientrare nella gestione dell'intero sistema. Oltre a questa attesa, i Dg e Ds si aspettano che i professionisti che ricoprono un ruolo di direzione di Soc o di Dipartimento, volendo effettivamente partecipare alle dinamiche di gestione organizzativa aziendale, basino le scelte relative alle proprie Unità operative non solo su considerazioni professionali e cliniche o su pressioni interne da parte dei colleghi, ma anche verificando la loro congruenza con le priorità dell'intero sistema aziendale.

Confrontando i contenuti delle interviste con le indicazioni presenti nella teoria, si nota come risulti in difficile equilibrio il livello della fiducia organizzativa sostenuta in genere dalla congruenza tra le aspettative reciproche, cioè da un chiaro *contratto psicologico* tra Direzione aziendale e professionisti clinici. Ciò è indicato in letteratura come saliente per tutto il sistema di gestione del governo clinico (Calnan, Rowe, 2006). Infatti, si evidenzia come nel contesto delle aziende sanitarie, caratterizzate da un alto livello di rischio, incertezza e carico emotivo, il contratto psicologico, ossia il livello di congruenza tra le aspettative reciproche che si viene a creare tra l'azienda e i professionisti che in essa lavorano sia un fattore di grande rilevanza rispetto all'esito della prestazione sanitaria offerta, relativamente alla sua efficacia e alla sua efficienza (Gilson *et al.*, 2005).

Vale la pena notare, inoltre, come gli intervistati ritengano che sia ancora presente una *cultura medica paternalistica*, vale a dire un orientamento cognitivo autoreferenziale del proprio ruolo professionale, da parte degli operatori che non favorisce una prospettiva di azioni integrate, nell'ottica del complesso sistema aziendale. Si comprende, quindi, come sia segnalata l'esigenza di un cambiamento culturale della professione medica che tenga conto della necessità di integrare le competenze cliniche con quelle organizzative e manageriali, a partire dalla formazione universitaria.

4.2. Leadership

La rappresentazione dei Direttori di Dipartimento e di Soc delineata dai Dg e Ds si concentra su differenti attributi personali e

professionali utili per il miglioramento di tali ruoli. Si rileva l'importanza delle capacità/competenze trasversali che un professionista clinico in posizione di direzione dovrebbe possedere e mettere in atto: saper motivare e coinvolgere il proprio gruppo di collaboratori rispetto a obiettivi specifici, pur mantenendo una visione d'insieme della prestazione sanitaria a livello aziendale; utilizzare in maniera sinergica capacità comunicative e relazionali, competenze nel lavoro in team, conoscenze delle logiche organizzative e della loro gestione. Dalle interviste sono emerse, inoltre, carenze di base relative alla carriera medica: da una parte, infatti, durante la formazione universitaria l'apprendimento si concentra su contenuti disciplinari, trascurando nozioni e competenze di gestione del lavoro sanitario in un contesto organizzativo; dall'altra, in azienda, la selezione per le posizioni dirigenziali mediche sembra ancora attribuire un peso marginale alle competenze e all'esperienza manageriale.

4.3. Identificazione organizzativa

I Dg e Ds considerano l'identificazione con il contesto lavorativo come un tema assai significativo per i suoi effetti di natura motivazionale che riguardano anche l'efficacia e efficienza delle prestazioni. Emerge una rappresentazione nella quale risulta di gran lunga prevalente, per i clinici con incarichi di direzione, l'identificazione con la professione medica e con il proprio gruppo professionale piuttosto che con l'azienda (ovvero con le sue finalità e strategie prioritarie). Anche a livello organizzativo è percepita una maggior identificazione con l'Unità operativa che con l'azienda. Dalle interviste è emerso, in particolare, come manager e clinici formino ancora due categorie nettamente distinte, la cui separazione è ben evidente dal modo stesso in cui essi si riferiscono gli uni agli altri parlando di «noi e loro». In generale, nelle aziende sanitarie cooperano professionalità diverse e ogni professionista ha molteplici possibili gruppi sociali rispetto ai quali sentirsi identificato, come ad esempio: la propria categoria professionale, la propria specifica disciplina, il *team* di lavoro, l'Unità operativa, il Dipartimento e l'azienda. Tale molteplicità di orizzonti di appartenenza nella stessa organizzazione è di per sé una risorsa

sa preziosa poiché facilita il coinvolgimento personale e l'impegno lavorativo delle persone e offre all'azienda stessa un'ampia capacità di risposta ai molteplici aspetti che l'erogazione del servizio sanitario richiede (Pratt, Foreman, 2000). Al contempo, tuttavia, qualora l'orizzonte generale di identificazione con l'intera azienda non sia saliente rispetto agli altri, ma, anzi, risulti piuttosto debole, la stessa molteplicità di professionalità e di identificazioni possibili potrà generare difficoltà nella gestione del sistema, dovute a incomprensioni comunicative, diversità di prospettive e di priorità, possibile sfiducia. Occorrerebbe, quindi, come sottolineato anche dagli intervistati, che le diverse professionalità riuscissero a trovare sinergia e equilibrio attraverso la fiducia, il riconoscimento reciproco e la cooperazione costruttiva. Ciò implica anche riuscire a identificarsi anche nelle logiche organizzative oltre che in quelle professionali, ritrovando il proprio utile e la condizione stessa del proprio operare nell'orizzonte dell'intera prestazione aziendale, al fine di promuovere non soltanto il buon funzionamento del sistema, ma anche il benessere e la soddisfazione dei suoi membri.

4.4. Governo clinico

Nell'esplicitazione delle aspettative del *top management* (Dg e Ds) verso i Direttori di Dipartimento e di Soc è emerso come centrale nel discorso svolto il tema del governo clinico. Esso è stato declinato principalmente come appropriatezza clinico-organizzativa e inteso come la gestione efficiente e efficace delle risorse in genere rispetto al lavoro di assistenza e al tipo di organizzazione in cui è svolto. In particolare, la ragionevolezza e il sostegno delle evidenze scientifiche dovrebbero giustificare le richieste di risorse, considerando il sistema più ampio e non solo le esigenze delle singole strutture aziendali e dei loro singoli programmi. L'appropriatezza clinico-organizzativa risulta intesa come «contenitore» degli elementi propri della gestione del rischio e della sicurezza aziendali e della gestione e valutazione attraverso indicatori specifici delle attività e degli obiettivi, utilizzati per esempio nei processi delle macrostrutture del controllo di gestione e della qualità delle aziende. In questo

caso la rappresentazione degli intervistati si concretizza con il riferimento alle criticità della formazione universitaria, che fino a oggi non ha incorporato i temi organizzativo-gestionali e del governo clinico. Allo stesso tempo, queste criticità sono collegate al processo di selezione dei dirigenti medici, che non considera pienamente questi aspetti come caratterizzanti i processi di lavoro. Naturalmente, i rilievi degli intervistati, che, nel loro insieme, sembrano delineare un modo più soddisfacente di definire la figura di Direttore, non contrappongono l'importanza della competenza clinica a quella manageriale. Si evidenzia, invece, come le stesse aziende dovrebbero rendere più evidenti tali contenuti valorizzando la conoscenza e la capacità di gestione del lavoro assistenziale attraverso le logiche proprie del governo clinico. La condivisione dei linguaggi e dei contenuti del governo clinico e delle competenze organizzativo-gestionali è ritenuta una condizione indispensabile e funzionale al coinvolgimento dei professionisti nelle strategie e negli obiettivi aziendali. La certezza di «parlare una stessa lingua» è condizione necessaria per fare in modo che il contributo e le aspettative delle parti possano allinearsi per ridurre le pressioni anomale, provenienti dal basso o dall'alto, sui Direttori di Dipartimento e di Soc, i potenziali conflitti e per negoziare un percorso comune di sviluppo e miglioramento continuo delle aziende.

4.5. Il Collegio di direzione

Questo organo aziendale è riconosciuto dai Dg e Ds come il contesto privilegiato per la discussione, la partecipazione e il riconoscimento delle responsabilità dei Direttori di Dipartimento e di Soc e che potrebbe permettere la loro partecipazione alla presa di decisione delle strategie aziendali. La traduzione effettiva di tale modalità organizzativa, al di là delle formulazioni astratte che appaiono ampiamente condivise, andrebbe monitorata con cura per incrementare le potenzialità di dialogo costruttivo con l'azienda. Il mantenimento di una reale autonomia funzionale dalla Direzione generale, sembra essere ancora un obiettivo di sperimentazione alla ricerca di una soluzione ottimale, anche se è riconosciuta comunque l'importanza del coinvolgimento e del ruolo attivo dei membri

che compongono tale organo. I rilievi critici principali sono legati alla sua attuale struttura di tipo assembleare e non decisionale, che potrebbe essere ridefinita istituzionalmente, ad esempio, attraverso sottocommissioni e/o esecutivi che ne migliorerebbero il funzionamento operativo.

5. Conclusioni e sviluppi futuri

La rappresentazione elaborata dai Dg e Ds sui profili dei Direttori di Dipartimento e di Soc fornisce preziose conferme sull'utilità di ognuno dei costrutti psicosociali proposti e, soprattutto, offre indicazioni sui temi da affrontare nella seconda parte della ricerca interpellando i Direttori di Dipartimento e di Soc. In particolare, l'ipotesi di una possibile distanza fra le aspettative delle parti (i Dg e Ds, da un lato, e i Direttori di Dipartimento e di Soc, dall'altro) risulta plausibile e interessante da esplorare poiché l'eventuale riconoscimento di incongruenze nei modi di concepire e impostare gli stili di direzione o lo stesso governo clinico potrebbero aiutare a comprendere possibili malfunzionamenti o ad affrontare meglio i processi di cambiamento aziendale.

Secondo le aspettative manifestate dal *top management*, le strategie e gli obiettivi aziendali sembrano richiedere ai professionisti con responsabilità di direzione nuove competenze e modalità di gestione organizzativa esplicitamente indirizzate sui vari aspetti del governo clinico. Diviene quindi importante verificare, nel proseguimento della ricerca, se tale attesa delle Direzioni aziendali è allineata nella pratica quotidiana con le attese dei professionisti. Dalle attribuzioni effettuate dal *top management* si può ipotizzare che il livello di condivisione delle aspettative aziendali da parte dei professionisti non sia omogeneo né particolarmente elevato per diversi motivi come, ad esempio: a) una differenza culturale (i Direttori di Dipartimento e di Soc e i professionisti in genere, sembrano legati a logiche organizzative e gestionali di tipo tradizionale e tendenzialmente autoreferenziali); b) un diverso senso di appartenenza che valorizza la professione e i gruppi professionali ristretti e che si esprime nella relazione «noi e loro» tra Direzioni e *line* erogatrice dei servizi. In tal senso, l'idea di «fare squadra» come intera organizzazione,

di muoversi anche per obiettivi di sistema non costituisce una reale priorità per tutti i professionisti che tenderebbero, invece, a privilegiare la visione della propria struttura organizzativa o le priorità del proprio gruppo operativo; c) una carente formazione universitaria di base, ancora molto incerta nel trasmettere conoscenze degli strumenti propri del governo clinico e cognizioni gestionali che possano rispondere alle effettive necessità delle aziende sanitarie. Infatti, le grandi difficoltà di condivisione dei metodi e dei linguaggi del governo clinico, sono descritte dagli intervistati come i fattori di maggior criticità e di resistenza ai cambiamenti gestionali e organizzativi. Nel sottolineare che il ruolo dei Direttori di Dipartimento e di Soc richiede un supplemento di competenze organizzativo-gestionali e di governo clinico, il *top management* esprime delle aspettative che dovrebbero essere soddisfatte per rendere possibile un miglioramento della qualità di cura e di assistenza anche sulla base di una partecipazione dialettica e costruttiva alla *governance* aziendale di ognuna delle parti, migliorando di conseguenza tutta la struttura organizzativa aziendale. In tal senso l'attenzione posta sul Collegio di direzione non sembra sottolineare solo un'esigenza di natura organizzativa o procedurale, bensì un'occasione concreta di superare il *gap* partecipativo e decisionale, per promuovere la condivisione delle strategie e delle scelte in un'ottica di sistema.

Note

1. Il lavoro riportato in questo articolo è la prima fase di un progetto di ricerca biennale, che vede collaborare la Regione Emilia-Romagna e l'Università degli studi di Bologna, Facoltà di Psicologia, nell'ambito dei degli studi di *area 2* sul «Governo Clinico» (progetti di Ricerca e innovazione 2007-2009, Regione E.R. - Università), con l'obiettivo di studiare gli effetti degli stili manageriali, del contratto psicologico e del tipo di coinvolgimento organizzativo sui processi psicosociali che influenzano il funzionamento del governo clinico ai vari livelli di un'organizzazione sanitaria.
2. Le due espressioni derivano da tradizioni di studio differenti. Con *stile di direzione* si sottolineano, secondo un'ottica manageriale classica, soprattutto delle differenze sul piano comportamentale in chi svolge il ruolo di dirigente, con *stile di leadership* ci si riferisce alla tradizione della ricerca psicosociale sui leader, che intende mettere in risalto, non solo caratteristiche personali tipiche, ma soprattutto la

presenza di varie dimensioni psicosociali e di differenti orientamenti cognitivi nell'impostare e svolgere le azioni direttive e il rapporto con i collaboratori. Nel nostro caso le espressioni sono usate con un significato equivalente.

3. Le aziende coinvolte sono state le seguenti: Aou Parma, Ausl Parma, Aou Reggio Emilia, Ausl Reggio Emilia, Ausl Rimini, Ausl Ravenna, Ausl Forlì, Ausl Cesena e Ausl Imola, considerata quest'ultima come

azienda pilota per la validazione degli strumenti di ricerca usati nella seconda fase della ricerca.

4. Ci si riferisce ai direttori in carica nel periodo di svolgimento delle interviste, da giugno 2008 a ottobre 2008.
5. Le tabelle di frequenza da 1 a 6, riportano la totalità delle sottocategorie connesse alle aree tematiche con il numero delle citazioni presenti nel testo delle interviste.

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

- ASHFORTH B.E., JOHNSON S.A. (2001), «Which hat to wear? The relative salience of multiple identities in organizational contexts», in M.A. Hogg, D.J. Terry (a cura di), *Social identity processes in organizational contexts*, Psychology Press, Philadelphia.
- BASS B.M., AVOLIO B.J. (1993), «Transformational leadership: a response to critiques», in M.M. Chemers, R. Ayman (a cura di), *Leadership theory and research: perspectives and directions*, Academy Press, New York, NY.
- BIANCO G., TODERI S. (2008), «Aspettative di reciprocità nella relazione persona-organizzazione: il contratto psicologico», *Giornale Italiano di Psicologia*, 35(1), pp. 71-99.
- BRAITHWAITE J. (2004), «An empirically-based model for clinician-managers' behavioural routines», *Journal of Health Organization and Management*, 18(4), pp. 240-261.
- CALNAN M., ROWE R. (2004), *Trust in health care: an agenda for future research*, London, The Nuffield Trust.
- CALNAN M., ROWE R. (2006), «Researching trust relations in health care», *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), pp. 349-358.
- DUKERICH J.M., GOLDEN B.R., SHORTELL S.M. (2002), «Beauty is in the eye of the beholder: the impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians», *Administrative Science Quarterly*, 47, pp. 507-533.
- GILSON L., PALMER N., SCHNEIDER H. (2005), «Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence», *Social Science and Medicine*, 61(7), pp. 1418-1429.
- HALLIER J., FORBES T. (2005), «The role of social identity in doctors' experiences of clinical managing», *Employee Relations*, 27(1), pp. 47-70.
- LEGA F., PRENESTINI A. (2009), «Medico-manager, medico e manager o management del medico? », in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano, pp. 437-451.
- MILLWARD L.J., BRYAN K. (2005), «Clinical leadership in health care: a position statement», *Leadership in Health Services*, 18(2), pp. XIII-XXV.
- PRATT M.G., FOREMAN P.O. (2000), «Classifying managerial responses to multiple organizational identities», *The Academy of Management Review*, 25(1), pp. 18-42.
- REELEDER D., GOEL V., SINGER P.A., MARTIN D.K. (2006), «Leadership and priority setting: the perspective of hospital CEOs», *Health Policy*, 79, pp. 24-34.
- ROLAND M., CAMPBELL S., WILKIN D. (2001), «Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement?», *Journal of Management in Medicine*, 15 (3), pp. 188-201.

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**.

Le determinanti del comportamento organizzativo fra gli operatori sanitari. Evidenze da alcune Rsa toscane

DARIA SARTI

This work is part of the studies on compensation policies in the socio-health sector. The objective is to study, in a holistic manner, organizational levers that promote virtuous behaviour in terms both of willingness to engage and remain in the organization. Due to the nature of the social-health output: intangible and difficult to control, the determinants of organizational behaviour are here considered. In the empirical part the article investigates the health workers operating in elderly care homes. The analysis, conducted in some facilities in Tuscany, involved a sample of 103 workers in the elderly care. The regression analysis results show the criticality of the intrinsic-relational aspects of remuneration and social recognition of the role and professionalism. At the same time, the extrinsic aspects of remuneration does not in any way have an impact with organizational behaviours.

Keywords: intrinsic and extrinsic rewards, work engagement, elderly care homes

Parole chiave: incentivi intrinseci ed estrinseci, impegno sul lavoro, residenze sanitarie assistenziali per anziani

Note sull'autrice

Daria Sarti è ricercatrice di Organizzazione aziendale presso il Dipartimento di Scienze Aziendali - Università degli Studi di Firenze, daria.sarti@unifi.it

1. Introduzione

L'obiettivo del lavoro è quello di arricchire il dibattito sulla relazione tra politiche retributive e comportamenti organizzativi dei dipendenti che operano nel settore della cura della persona, con particolare riferimento all'assistenza agli anziani. Rifacendoci alla teoria dell'azione organizzativa (Simon, 1958; March, Simon, 1995) si considera comportamento organizzativo quello che coinvolge la partecipazione e l'impegno dell'individuo rispetto al lavoro e all'organizzazione.

L'interesse per il settore nasce dalla rapidissima crescita della domanda di servizi di cura agli anziani, intervenuta in molti Paesi in virtù del progressivo invecchiamento della popolazione. Tale crescita definita da Simonazzi (2009) come «drammatica», ha posto in evidenza la centralità di politiche di lungo-periodo, atte a fronteggiare il grave problema della sostenibilità dei regimi di cura degli anziani e ad accrescere la consapevolezza della necessità di un impegno del settore pubblico anche in Stati, come l'Italia, in cui è forte l'ammortizzatore sociale della famiglia.

Al contempo nel nostro Paese cresce, per questo settore considerato come *people-intensive*, la preoccupazione di presidiare le professionalità in esso presenti, attraverso opportune politiche di formazione e di *retention*, ossia di trattenimento dei lavoratori nell'organizzazione. Fino ad ora, infatti, per le professionalità operanti nel settore dell'assistenza agli anziani si evidenzia un livello di competenze e formazione più basso che in altri Paesi con un *gap* salariale piuttosto sostenuto rispetto ad altre professioni. Inoltre, tale comparto, che richiede una relativa qualificazione per le figure professionali in esso impiegate, viene percepito

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto di riferimento: tendenze in atto nel settore della cura degli anziani
3. Le determinanti del comportamento organizzativo nel settore della cura degli anziani
4. Metodo e misure
5. Analisi e risultati
6. Conclusioni

to come settore «rifugio» per la manodopera proveniente da altri settori in crisi o, infine, come ricettore «privilegiato» di manodopera immigrata femminile (Simonazzi, 2009).

Sulla base di precedenti evidenze empiriche, il presente studio parte dal considerare le politiche di incentivo ai comportamenti organizzativi virtuosi in un'ottica olistica di *total reward* ovvero come modalità di remunerazione che include sia elementi di ricompensa estrinseca sia di natura intrinseca al lavoro. Nello specifico, le ricompense intrinseche sono quelle che esistono in virtù dello stesso lavoro e del contenuto del medesimo. Ad esempio: la varietà, il supporto sociale e l'ambiente lavorativo. Le ricompense estrinseche, sono costituite da elementi come: la retribuzione e i benefit, le opportunità di promozione e le condizioni fisiche di lavoro.

Tale *frame work* di riferimento risulta, da un lato, coerente con la specifica categoria dei lavoratori di cura alla persona, riconosciuti sulla base di molti studi come lavoratori intrinsecamente motivati (Mauno *et al.*, 2007) e, dall'altro, di crescente attualità e interesse in relazione anche ai recenti contributi sul mercato del lavoro, che in generale giungono a parlare di lavoratori sempre più motivati dal lavoro in sé e sempre meno dal denaro (Frey, 2005).

Inoltre, l'adozione di un approccio di stampo olistico alla retribuzione permette non solo di utilizzare in modo più coerente ed efficace gli strumenti di incentivazione – che se non opportunamente calibrati rischierebbero di generare ingenti perdite di risorse sia monetarie che umane – ma anche di far ricorso a un *mix* di incentivi relativamente poco costosi quali i sistemi di ricompensa di natura intrinseca a favore di lavoratori che danno sempre più significato al contenuto proprio del lavoro.

La questione centrale a cui questo lavoro tenta di dare risposta è relativa alle politiche remunerative più idonee a supportare comportamenti organizzativi virtuosi nel contesto delle professioni socio-sanitarie di cura degli anziani, con specifico riferimento agli operatori di Rsa. Ciò, considerando al contempo le specificità del mercato del lavoro e delle professionalità quali fattori di natura esogena che possono influire sulla dedizione e l'impegno dell'addetto al servizio di cura.

Il presente articolo parte dal considerare, al § 2, le specificità del settore e delle figure

professionali in esso presenti. Nel § 3 si analizzano le determinanti del comportamento organizzativo nel settore della cura degli anziani, partendo dal considerare, attraverso le lenti della teoria dell'azione organizzativa (March, Simon, 1995) e della teoria dell'equità (Adams, 1963), l'accezione di comportamento organizzativo, per poi passare all'analisi delle sue determinanti. In proposito vengono riportati i maggiori e più recenti contributi sulle politiche retributive, e le evidenze sulle relazioni che legano i comportamenti organizzativi positivi al sistema di incentivi e ricompense; nel paragrafo viene altresì considerata quale ulteriore determinante del comportamento organizzativo l'*employability*, ovvero le opportunità professionali extra-organizzative riconosciute dal mercato e percepite dal lavoratore, e che rappresenta un carattere di natura esogena al sistema organizzativo. Infine, vengono presentate le ipotesi di studio (§ 3.3) che dovranno essere validate. Al § 4 vengono descritte la metodologia e le variabili di indagine, e al § 5 sono presentati i risultati di una analisi di regressione gerarchica condotta sui dati raccolti mediante questionario da un campione di 103 operatori socio-sanitari operanti in sette Rsa per anziani in Toscana. I risultati evidenziano la centralità degli strumenti di incentivazione intrinseca quali determinanti del comportamento organizzativo nonché la rilevanza di aspetti legati alla *employability* e al riconoscimento socio-professionale delle figure indagate. Al contempo, come ipotizzato, gli aspetti incentivanti di natura estrinseca non evidenziano alcuna rilevanza nel guidare il comportamento organizzativo delle persone nel settore della cura degli anziani. Nel paragrafo conclusivo (§ 6), vengono proposte alcuni spunti di riflessione per lo sviluppo di adeguate modalità di incentivazione e motivazione del personale di interesse per le organizzazioni che operano nella cura degli anziani e, più in generale, per la definizione di politiche in grado di sostenere il «mercato» delle professioni socio-sanitarie in questo specifico ambito.

2. Il contesto di riferimento: tendenze in atto nel settore della cura degli anziani

Il settore della cura agli anziani rappresenta un'area di particolare rilievo nel panorama socio-sanitario, cui si riconosce un forte poten-

ziale di sviluppo. Tale settore ha evidenziato negli ultimi anni una rapida crescita. Questo a causa del progressivo invecchiamento della popolazione che è scaturito dal rilevante sviluppo economico, sociale e medico che ha coinvolto i Paesi Oecd, dando la possibilità ai suoi cittadini di vivere più a lungo e con una qualità della vita migliore. In tali Paesi la struttura per età della popolazione sta conseguentemente mutando evidenziando così una drammatica riduzione delle persone giovani a fronte di un numero sempre crescente di anziani.

L'invecchiamento progressivo della popolazione sta producendo un crescente impatto su vari settori della nostra società. Dal sistema pensionistico alla domanda di servizi sanitari e, più in particolare, all'incremento della domanda di prestazioni assistenziali di lunga durata. Si tratta, in specifico, di prestazioni di carattere sia sociale che sanitario a favore di una popolazione ultra sessantacinquenne che ne ha bisogno in virtù della progressiva perdita, totale o parziale, della propria autonomia.

In tal senso si parla di assistenza a lungo termine, ovvero *long term care* (LTC), come «ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita» (Istat, 2010, p. 9). L'insieme delle prestazioni di LTC è molto vario, e la demarcazione fra assistenza medica e sociale per questo specifico ambito non è netta e risulta di difficile attuazione. Tale tipo di «attività» include sia prestazioni di carattere sanitario ad alto contenuto specialistico sia di carattere assistenziale, che richiedono cioè una minore specializzazione, ma che risultano altrettanto importanti per garantire la qualità di vita dei suoi destinatari.

La LTC viene spesso definita come «un insieme di servizi sanitari e sociali erogati per un periodo di tempo prolungato a soggetti che necessitano di una assistenza continuativa di base a causa di disabilità fisiche e mentali» (Istat, 2010, p. 10), e che comunque non sono in grado di prendersi cura di se stessi per lunghi periodi di tempo. È la categoria degli anziani a essere la principale destinataria di LTC.

La presente ricerca si focalizza sulle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) che, secondo una analisi pubblicata da Pesaresi e Simoncelli nel 2008, sono cresciute nel nostro Paese

nel quinquennio 2000-2004 del 37%. Le Rsa sono definite, in base al DPER 14/1/1997, come «presidi che offrono, a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello “medio” di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare e alberghiera».

Secondo l'Oecd (2007) la percentuale di anziani, ovvero la popolazione *over 65* anni, nei Paesi Oecd è di circa il 15%. In Italia, al pari di Giappone e Germania questa percentuale sale al 20%. Dagli anni Settanta, nel nostro Paese, tale percentuale è aumentata del 9% ed entro il 2050, sulla base di una stima Istat (2005), raggiungerà un terzo della popolazione totale.¹ Al contempo però i fenomeni di disabilità nella popolazione ultra sessantacinquenne risultano in netto declino nel nostro Paese con una riduzione di circa il 3% nell'ultimo decennio (Istat, 2010). Tale fenomeno risulta coerente con le politiche di assistenza domiciliare progressivamente in crescita in alcuni Paesi europei ma anche con un più razionale utilizzo delle risorse e una maggior attenzione a professionalità a supporto della natura prevalentemente «tutelare e alberghiera» del servizio.

L'insieme delle prestazioni di LTC è, come già evidenziato, molto eterogeneo includendo sia prestazioni a carattere sanitario e ad alto contenuto specialistico sia prestazioni di carattere assistenziale a modesta specializzazione. Si fa riferimento ad almeno tre tipologie diverse di professionalità di supporto: medico e infermieristico, cura della persona e sociale. Le figure professionali presenti nel settore della cura degli anziani sono per la maggioranza figure di cura della persona e supporto sociale. In tal senso, le figure che caratterizzano in prevalenza l'assistenza nelle Rsa sono: O.S.S., l'operatore socio-sanitario; O.S.S.S., l'operatore socio-sanitario specializzato e O.S.A., l'operatore socio-ausiliario. Nelle strutture sono presenti anche figure di educatori e animatori oltre che fisioterapisti.

Il settore, secondo uno studio condotto a livello europeo, e confermato poi anche da studi sul costo del lavoro a livello regionale (Irpel, 2008), si caratterizza per paghe basse, molto spesso più basse della media nazionale, e un basso riconoscimento a livello di *status*

sociale (Simonazzi, 2009). Questo, con lievi differenze da Paese a Paese e da tipologia di organizzazione entro cui tali professionisti operano. Tale stato di cose provoca elevati tassi di *turnover* e problemi non solo in termini di *retention* ma anche di capacità di attrazione di nuovo personale in gran parte riconducibili alla competizione giocata da «mercati del lavoro» ugualmente poco retribuiti ma in cui vengono proposti lavori meno stressanti (Simonazzi, 2009).

Inoltre, nel nostro Paese, al pari degli altri Paesi dell'area mediterranea – di cui fanno parte anche Grecia, Spagna e Portogallo – si evidenzia una scarsa attenzione alle politiche di formazione a supporto delle professionalità del settore. A fronte di sistemi di professionalizzazione formalizzati, presenti in altri Paesi europei fra cui Svezia, Francia e Germania, nei Paesi Mediterranei non esistono chiare politiche formalizzate a favore dello sviluppo e presidio di tali figure professionali. Conseguentemente, ad oggi, per gli operatori di assistenza e cura operanti nel settore degli anziani si evidenzia un grado di istruzione e un livello di competenze più basso rispetto ad altri Paesi europei (Simonazzi, 2009).

Inoltre, come già in precedenza richiamato, vista la bassa qualificazione richiesta in entrata, questo si configura come settore «rifugio» per la manodopera proveniente da settori dell'economia che si trovano in crisi oltre a rappresentare il ricettore privilegiato di manodopera femminile poco specializzata proveniente da Paesi extra-comunitari.

3. Le determinanti del comportamento organizzativo nel settore della cura degli anziani

3.1. Comportamenti positivi: il *frame work* teorico di riferimento

Gli incentivi offerti da una organizzazione hanno un effetto di rilievo su attitudini e comportamenti positivi degli individui rispetto al loro lavoro e all'organizzazione per cui lavorano. Nell'ambito delle strategie comportamentali poste in essere dall'individuo lavoratore vi sono due decisioni di particolare rilievo al fine di garantire l'equilibrio organizzativo² (Simon, 1958) queste sono: la «decisione di partecipare» ovvero quella di rimanere a far parte dal sistema anziché

uscirne (Simon, 1958) e la «decisione di produrre», relativa cioè al contributo, in termini di impegno, da fornire all'organizzazione (Adams, 1963).

Il *frame work* teorico su cui si basa questo lavoro è quello della teoria sull'equilibrio incentivi-contributi (Simon, 1958; March, Simon, 1995) e quello della teoria dell'equità (Adams, 1963).

La teoria dell'equilibrio organizzativo (Simon, 1958) evidenzia la centralità della relazione fra fini individuali e organizzativi e considera, al centro della sua analisi, la decisione di restare o di lasciare l'organizzazione. Secondo gli autori, la «decisione di partecipare», così come viene definita da Simon (1958), è l'effetto del saldo tra: utilità percepita dagli individui in termini di incentivi ricevuti, e i contributi e lo sforzo richiesti al lavoratore (March, Simon, 1995). Secondo numerosi studi, maggiore è la soddisfazione del lavoratore maggiore è la sua propensione a restare a far parte dell'organizzazione. Al contempo, un ruolo importante è giocato da elementi di natura esogena al sistema organizzativo quali ad esempio la numerosità delle prospettive di lavoro esterne. Infatti, sempre secondo la stessa prospettiva interpretativa, maggiori sono le alternative lavorative extra-organizzative percepite, nonché la loro plausibilità, maggiore è la facilità percepita di poter lasciare l'organizzazione e conseguentemente la propensione da parte del dipendente a lasciarla effettivamente (March, Simon, 1995).

Parallelamente la teoria dell'equità (Adams, 1963), sviluppata nell'ambito della psicologia cognitivista, analizza il concetto di equità negli scambi individuo-organizzazione. Recentemente tali contributi sono stati ripresi dal filone di studi sulla giustizia organizzativa. Secondo tali studi, la percezione di situazioni di iniquità rispetto al proprio bilancio incentivi-contributi porta l'individuo a intraprendere azioni che tendano ad attenuare suddetta situazione di squilibrio. Fra le possibili azioni intraprese dall'individuo si individua la modifica dei suoi contributi all'organizzazione in termini di impegno e conseguentemente di produttività. Al contrario, la percezione di un equilibrio incentivi-contributi conduce l'individuo alla «decisione di produrre». In questo ambito di studi, fattori quali ad esempio il riconoscimento

sociale rappresentano elementi in grado di supportare in modo significativo comportamenti organizzativi positivi (Hulkko-Nyman *et al.*, 2008).

Questo lavoro, dunque, prende in considerazione la prospettiva del comportamento organizzativo positivo nella duplice accezione di volontà dell'individuo di restare a far parte di un'organizzazione e della volontà del medesimo di impegnarsi per lo stesso sistema aziendale.

Tale approccio risulta altresì coerente con recenti contributi della letteratura, in cui si evidenziano due obiettivi che le politiche retributive e i sistemi incentivanti sono chiamati a presidiare nel contesto competitivo attuale. *In primis*, garantire adeguati livelli di produttività e impegno dei lavoratori e, al contempo, riuscire ad attrarre, o quantomeno a trattenere, la forza lavoro, in special modo quella a più alto valore.

Nell'ambito del settore della cura della persona, numerosi studi di matrice economica e psicologica si sono occupati dei caratteri individuali dei lavoratori con riferimento alle determinanti dei loro comportamenti organizzativi. Molti contributi portano alla luce il fatto che, nonostante i salari in questo settore risultino mediamente più bassi, si evidenzia una generalizzata maggior soddisfazione sul lavoro e valori di impegno più elevati rispetto a lavoratori di altri settori (Mauno *et al.*, 2007). La letteratura riporta come questa tipologia di lavoratori sia guidata prevalentemente da una motivazione di natura intrinseca (Leete, 2000). Tuttavia, il significato intrinseco del lavoro rappresenta per tutti i lavoratori, e non solo quelli del settore della cura degli anziani, un punto su cui il dibattito sulla «economia della felicità e del benessere» pone una maggiore attenzione rispetto al passato. Secondo tali studi i lavoratori, e soprattutto quelli con più elevato livello di studio, attribuiscono una crescente importanza ad aspetti diversi dal denaro (Frey, 2005).

In considerazione di ciò, in questo articolo, si adotta un approccio ai sistemi incentivanti che in ambito accademico e manageriale sta riscuotendo un sempre crescente interesse e che si rivolge allo studio dei sistemi di incentivi in ottica allargata e strategica inteso come sistema di ricompense che comprende sia le componenti retributive di natura prettamente estrinseca che le componenti di na-

tura intrinseca. Numerosi studi dimostrano l'efficacia ed efficienza derivante dall'utilizzo di sistemi incentivanti in un'ottica che potremmo definire «totale» che rappresenta, per le organizzazioni moderne, una modalità essenziale per poter presidiare il personale esistente e attrarne nuovo. In relazione a ciò, in questo articolo, vengono considerati sia fattori incentivanti di natura intrinseca che estrinseca (Deci, 1975).

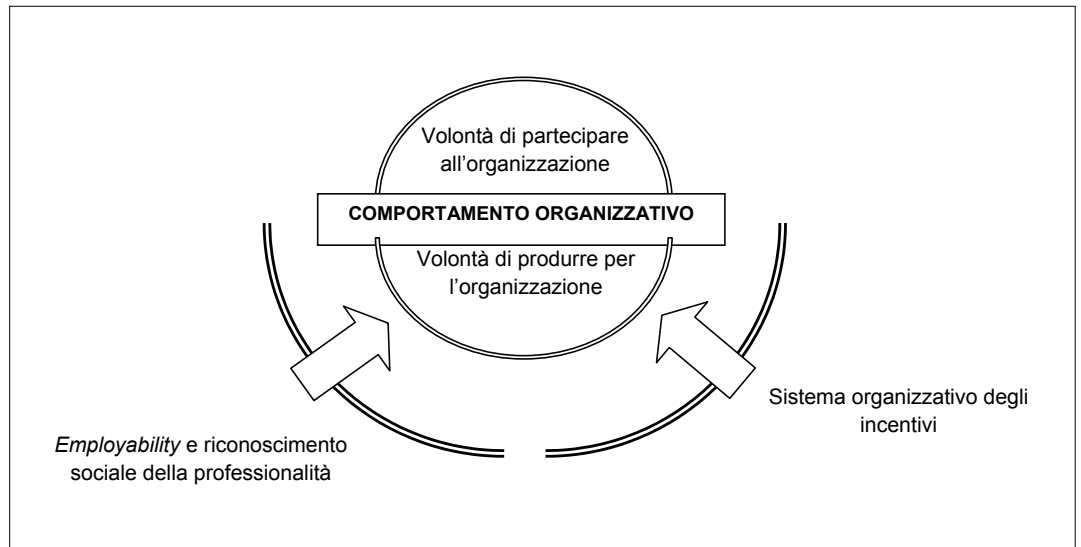
Al contempo, il *frame work* di analisi include anche aspetti di natura esogena al sistema organizzativo che tuttavia concorrono alla definizione del comportamento organizzativo poiché direttamente legati sia alla volontà dell'individuo di restare a far parte di un'organizzazione che a quella di impegnarsi per uno specifico sistema d'impresa. Si tratta del concetto di *employability* (figura 1).

3.2. Le determinanti del comportamento organizzativo: le ipotesi di analisi

In numerosi studi presenti in letteratura viene considerato il diverso effetto prodotto sui comportamenti organizzativi da parte degli incentivi di natura intrinseca e di quelli di natura estrinseca. Secondo alcune ricerche, aspetti legati alla soddisfazione intrinseca sono strettamente correlati all'impegno sul lavoro, in modo più evidente rispetto agli aspetti estrinseci (Brown, 1996). Alcuni risultati, poi, suggeriscono che gli aspetti intrinseci hanno una base «affettiva» al contrario degli aspetti estrinseci (Moorman, 1993). Con riferimento agli incentivi di natura intrinseca, infine, alcuni autori (O'Reilly, Chatman, 1986) affermano che questi sono positivamente e significativamente correlati al *commitment* organizzativo, in specifico al *commitment* affettivo, e al coinvolgimento sul lavoro, ovvero alla cosiddetta «decisione di produrre». D'altro canto, l'elevato livello di *commitment* affettivo, ovvero l'identificazione dell'individuo rispetto alla propria organizzazione e il suo desiderio di lavorare nell'interesse della medesima, rappresenta un elemento critico ai fini della decisione di non lasciare l'organizzazione. Infatti, la coincidenza fra i fini organizzativi e quelli individuali viene riconosciuta come una determinante della

Figura 1

Il modello di riferimento:
le determinanti
del comportamento
organizzativo



«decisione di partecipare» (Simon, 1958). Per questo si ipotizza che:

HP1: Gli incentivi di natura intrinseca abbiano un impatto positivo sull'impegno nel lavoro.

HP2: Gli incentivi di natura intrinseca abbiano un impatto negativo sulla volontà di lasciare l'organizzazione.

Con riferimento, poi, agli incentivi di natura estrinseca, molti autori (Moorman, 1993; Caldwell *et al.*, 1990; O'Reilly, Chatman, 1986) affermano che questi sono più importanti nell'influenzare comportamenti di *retention* nei confronti dell'organizzazione. Infatti, questa tipologia di incentivi favorisce il *commitment* continuativo, ossia la «necessità» e propensione degli individui a restare nell'organizzazione in virtù degli elevati costi che possono scaturire dall'interrompere il rapporto di lavoro preesistente. Secondo gli stessi studi, la soddisfazione relativamente agli incentivi estrinseci riveste un ruolo marginale nel predire il coinvolgimento e il *commitment* affettivo.

Sulla base delle riflessioni fin qui proposte, emerge che gli elementi estrinseci della retribuzione, quale ad esempio il salario, non rappresentano in questo settore la principale variabile da cui dipendono le decisioni e i comportamenti degli operatori. Essi, si identificano molto con il proprio lavoro e con la propria organizzazione e danno un peso

maggiore agli incentivi di natura intrinseca rispetto a quelli di natura estrinseca. D'altra parte, come si è anticipato, il rischio maggiore per persone che in questo comparto non presentano una sufficiente identificazione e senso di appartenenza alla propria organizzazione è, non tanto derivante da mercati del lavoro che offrono salari più alti, bensì da mercati del lavoro che presentano condizioni lavorative meno stressanti.

Si ipotizza pertanto che gli incentivi di natura estrinseca non abbiano alcun impatto significativo sull'impegno lavorativo né sulla volontà di lasciare l'organizzazione per questo particolare lavoro a natura prevalentemente «vocazionale». Se ne deduce che:

HP3: Gli incentivi di natura estrinseca non hanno alcun impatto sull'impegno nel lavoro.

HP4: Gli incentivi di natura estrinseca non hanno alcun impatto sulla volontà di lasciare l'organizzazione.

Infine, si pone l'attenzione sugli aspetti dell'*employability*. Secondo la prospettiva della teoria dell'equilibrio organizzativo (Simon, 1958) questi vengono considerati quali elementi in grado di influenzare la decisione dei lavoratori di lasciare l'organizzazione.

Per quanto riguarda, poi, la scelta di «produrre» per l'organizzazione, il concetto di *employability* viene a essere declinato in un'accezione diversa orientata al «riconosci-

mento sociale» della propria professionalità da parte del mercato del lavoro esterno. In tal senso se ne considera il ruolo positivo rispetto alla propensione dell'individuo a impegnarsi nella propria mansione. Secondo alcuni studi, infatti, la possibilità di sviluppo professionale è un predittore dell'impegno nel lavoro (Simbula *et al.*, 2010). In una ricerca condotta sugli operatori del settore degli anziani in Finlandia, la percezione che il proprio lavoro venga apprezzato dagli altri è associata alla dedizione degli individui nello svolgimento della propria mansione (Hulkko-Nyman *et al.*, 2008). Dunque, l'apprezzamento e il riconoscimento esterno per la mansione svolta e per il ruolo ricoperto favorisce la «decisione di produrre» del lavoratore. In considerazione di ciò, si ipotizza che:

HP5: I fattori di employability hanno un impatto positivo sulla volontà di lasciare l'organizzazione.

HP6: I fattori di employability hanno un impatto positivo sull'impegno nell'organizzazione.

In sintesi, sulla base delle ipotesi sopra considerate la presente analisi si orienta a considerare gli aspetti intrinseci della remunerazione come determinanti ai fini di una maggior partecipazione degli individui all'organizzazione, sia in termini produttivi sia in termini di volontà di restare a far parte dell'organizzazione. Anche gli aspetti connessi alla *employability* giocano un ruolo sostanziale, seppur «inverso», nel generare comportamenti organizzativi positivi. Si prospetta, infine, che gli aspetti estrinseci della remunerazione non risultino significativamente rilevanti nell'influenzare il comportamento organizzativo di questi operatori.

4. Metodo e Misure

4.1. Il campione e la raccolta dei dati

I dati utilizzati in questo studio sono stati raccolti nel 2009 attraverso la somministrazione di un questionario agli operatori socio-sanitari di alcune Rsa nell'ambito del progetto di ricerca sul «Reward Management nel settore della cura degli anziani».

Fino a quaranta anni fa, nel panorama dell'assistenza residenziale agli anziani erano

presenti esclusivamente le Residenze assistenziali (Ra) comunemente chiamate «case di riposo». Tali strutture, sono state negli ultimi anni oggetto di una costante perdita di utenti a favore delle Rss (Residenze socio-sanitarie), ma soprattutto delle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) ovvero soluzioni sanitarie orientate all'erogazione di prestazioni per soggetti non autosufficienti (Tosi, 2009).

In Toscana, risultano attive 67 Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) per anziani con età di 65 anni e oltre (Istat, 2006). Di queste, 11 gestite da ente pubblico, 19 da ente *for profit*, 22 da organizzazioni *non profit* e 15 da enti religiosi. I progressivi processi di razionalizzazione del sistema pubblico di assistenza socio-sanitaria hanno condotto a una progressiva riduzione della gestione diretta dei servizi di cura e assistenza per gli anziani a favore di gestioni delegate a organizzazioni private. In virtù di questa tendenza, il presente studio si è focalizzato su strutture gestite da enti di natura privata comprendendo organizzazioni *for profit*, *non profit* ed enti religiosi. Ai fini della presente analisi sono state contattate, con campionamento casuale, 28 Rsa operanti nel settore privato.

Fra le strutture contattate, 10 Rsa hanno dato la disponibilità a partecipare alla ricerca di queste, solamente 7 hanno effettivamente partecipato attraverso la somministrazione del questionario. Tutte le Rsa che hanno partecipato all'indagine sono gestite da organizzazioni *non profit*, in specifico cooperative sociali, che gestiscono, nella maggior parte dei casi (6 su 7), da una a tre strutture per conto della Asl di riferimento oltre a svolgere attività correlate quali: assistenza domiciliare agli anziani nonché supporto a strutture per anziani gestite da enti pubblici. Le strutture analizzate rappresentano il 10% della popolazione delle Rsa per anziani toscane.³

L'indagine in virtù delle tipologie di organizzazioni rispondenti si profila come una analisi relativa alle figure professionali occupate presso organizzazioni del *non-profit* nel comparto indagato. Ciò, oltretutto, in un contesto quale quello della Regione Toscana, in cui la presenza della cooperazione sociale a supporto del sistema del *welfare*, risulta ancora più ampia rispetto ad altre regioni italiane (Centro Studi Unioncamere, 2009).

La raccolta dei dati è stata realizzata attraverso la distribuzione di un questionario

compilato direttamente dagli operatori. Il questionario è stato somministrato in forma anonima con l'ausilio della Direzione delle organizzazioni che si sono occupate, sotto il coordinamento dell'autrice, dell'erogazione e raccolta dei questionari. Il tasso di risposta è variato, per quel che riguarda gli operatori socio-sanitari delle Rsa dal 30 al 60% dei soggetti coinvolti. I questionari restituiti sono stati 108 di cui 103 utilizzabili ai fini del presente lavoro.

Il questionario comprendeva domande relative a caratteristiche individuali e di ruolo degli intervistati, ad aspetti di *employability*, alla percezione dei soggetti sul sistema di incentivi e sul comportamento organizzativo. In primo luogo, i dati raccolti sono stati analizzati con il pacchetto statistico SPSS 17.0.

Il campione si compone per il 93% di donne. Il 49% ha il diploma di scuola dell'obbligo, il 13% è in possesso di un diploma di scuola professionale, il 22% di scuola superiore quinquennale, il 14% è in possesso di laurea e, infine, l'1,2% ha un titolo post-universitario. L'80% degli intervistati ha un contratto di lavoro a tempo determinato e il 48% è *full time*. L'età media degli intervistati è di 42 anni. L'anzianità media nell'organizzazione è di 5 anni, nel settore è di 8 anni mentre, la permanenza media sul mercato del lavoro degli intervistati è di 20 anni.

Queste prime evidenze mostrano un settore con elevati tassi di *turnover* e caratterizzato da carriere «senza confini». Infatti, i lavoratori di questo comparto sono chiamati a muoversi fra organizzazioni diverse, piuttosto che rimanere «a vita» in una stessa impresa. Considerando ciò, si amplifica potenzialmente l'importanza dell'attitudine individuale a costruire il proprio futuro maturando una propensione alla mobilità indotta anche da aspetti tipici dell'*employability* ovvero la propria «spendibilità» individuale e del ruolo ricoperto sul mercato del lavoro. Al contempo, per le organizzazioni diventa più emergente la necessità di implementare politiche del personale atte a trattenere figure che si dimostrano essere, anche agli occhi del mercato, sempre più critiche.

Successivamente, sono state identificate le scale di domande atte a misurare le variabili di indagine e ne è stata verificata l'affidabilità. Le scale scelte per il presente studio sono già state impiegate in precedenti analisi

svolte in contesti di indagine analoghi e ne è stata verificata la consistenza attraverso l'utilizzo dell'indice dell'alfa di Cronbach. Questo indice risulta particolarmente indicato ai fini della presente analisi che fa uso di scale di domande già validate in precedenti studi. L'alfa di Cronbach misura il grado di coerenza interna di una scala di domande; ovvero quanto sono correlati fra di loro, e a livello di gruppo, un insieme di singoli quesiti. Un valore al di sopra dello 0,70 dell'indice (Nunnally, 1978) dimostra che gli elementi, ovvero il *set* di domande, misurano effettivamente il costrutto sottostante. Tutte le scale utilizzate per questo lavoro presentano valori dell'alfa al di sopra di suddetto limite.

Successivamente i dati sono stati analizzati attraverso una analisi di regressione multipla gerarchica.

4.2. Le variabili d'indagine

Nella **tabella 1** viene mostrata una sintesi delle variabili utilizzate nell'indagine. In particolare, ne vengono evidenziate le denominazioni, le relative scale di misura, il numero delle domande impiegate ai fini della misurazione di quel costrutto, il riferimento bibliografico allo studio che ha proposto tale serie di domande e, infine, un esempio di domanda per ciascuna scala descritta.

Le variabili dipendenti

Il comportamento organizzativo è stato misurato sulla base della precedente concettualizzazione considerando la dimensione della «decisione di partecipare» – ovvero quella di rimanere o uscire dall'organizzazione – e della «decisione di produrre» – ovvero il contributo in termini di impegno a favore dell'organizzazione.

La «decisione di partecipare», espressa come intenzione di lasciare l'organizzazione, è stata misurata con una singola domanda sulla base del riadattamento della scala a due *item* proposta da Firth e colleghi (2004). La «decisione di produrre» è stata ricondotta al concetto di impegno sul lavoro, in inglese: *work engagement* definito come un «stato mentale positivo, appagante e legato al lavoro» (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romà, Bakker, 2002, p. 74) caratterizzato da tre dimensioni: vigore,

Variabili	Scale	Numero di item	Riferimento	Esempio di domanda
<i>Variabili dipendenti</i>				
Decisione di partecipare	Intenzione di lasciare l'organizzazione	1	Firth <i>et al.</i> (2004)	Mi capita spesso di pensare di lasciare questo lavoro (a)
Decisione di produrre	Dedizione	5	Schaufeli <i>et al.</i> (2002)	Trovo il lavoro che faccio ricco di significati e scopi (b)
	Vigore	6	Schaufeli <i>et al.</i> (2002)	Nel mio lavoro mi sento pieno di energia (b)
	Coinvolgimento	6	Schaufeli <i>et al.</i> (2002)	Il tempo vola quando lavoro (b)
<i>Variabili indipendenti</i>				
Condizioni di employability	Esperienza acquisita	1	Simon (1958)	Durante tutta la mia carriera lavorativa, in generale, ho acquisito un buon livello di competenze utili anche per altri luoghi di lavoro (a)
	Richiesta di ruolo	1	Simon (1958)	Sul mercato del lavoro persone che operano nella mia posizione sono molto richieste (a)
	Effettiva opportunità di trovare un nuovo lavoro	1	Simon (1958)	Ci sono buone alternative lavorative che potrei prendere in considerazione al momento (a)
Sistema di incentivi	Incentivi intrinseci	6	Warr <i>et al.</i> (1979)	Quanto è soddisfatto delle relazioni con i suoi colleghi di lavoro? (c)
	Incentivi estrinseci	7	Warr <i>et al.</i> (1979)	Quanto è soddisfatto della remunerazione che riceve? (c)

- (a) Le risposte sono state fornite su una scala a cinque punti con *rating* che va da 1 («profondamente in disaccordo») a 5 («profondamente d'accordo»).
- (b) Le risposte sono state fornite su una scala a sette punti con un *range* di risposta che si muove da 1 («mai») a 7 («giornalmente»).
- (c) Le risposte sono state date su una scala a cinque punti con *rating* che va da 1 («pochissimo o per niente») a 5 («in gran parte o totalmente»).

dedizione e coinvolgimento, di seguito brevemente descritte. La dimensione del vigore dell'individuo nella propria attività lavorativa riflette elevati livelli di «attivazione» del medesimo nello svolgimento della mansione, riconducibili a concetti quali energia, sforzo, persistenza e comportamenti orientati al risultato. La dedizione è caratterizzata da un forte coinvolgimento psicologico nel lavoro ed è caratterizzata «da un senso di significato, entusiasmo, ispirazione, orgoglio e sfida» del lavoro (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romà, Bakker, 2002, p. 74). Infine, il coinvolgimento, è caratterizzato da uno stato di concentrazione totale del lavoratore nello svolgimento della propria mansione e risulta assimilabile a uno stato mentale di totale assorbimento e intenso coinvolgimento del lavoratore nelle attività svolte.

La scala, che prevede un *set* di 17 quesiti, è stata tradotta in italiano e validata in uno studio condotto da Pisanti e colleghi (2008). Per verificare la consistenza interna della scala è stato calcolato l'alfa di Cronbach per ciascuna delle tre sottoscale. Il valore dell'indice è 0,947 per dedizione, 0,881 per vigore e 0,944 per coinvolgimento.

Le variabili indipendenti

Fra le variabili indipendenti si è considerata la condizione di *employability* dei soggetti. Tale variabile è stata misurata sulla base di una serie di domande relative a: l'esperienza acquisita durante la propria carriera lavorativa, la richiesta sul mercato del lavoro del ruolo ricoperto dall'individuo e le effettive opportunità di lavoro all'esterno. Si tratta di variabili riconducibili agli studi teorici di Simon sulla propensione dell'individuo a «partecipare» all'organizzazione (Simon, 1958) ovvero la propensione a non lasciare la medesima.

L'ulteriore variabile indipendente indagata è quella relativa alla soddisfazione relativamente al sistema degli incentivi. Questa, è stata concettualizzata e operazionalizzata come un costrutto globale e multidimensionale. Numerosi sono i contributi che si sono focalizzati sulle due dimensioni della soddisfazione, quella intrinseca e quella estrinseca (Spector, 1997).

La dimensione intrinseca ed estrinseca della soddisfazione rispetto al sistema di incentivi è stata misurata a partire da una analisi fattoriale esplorativa con rotazione varimax (KMO = 0,844) che ci ha condotto, a partire

Tabella 1
Overview delle variabili dipendenti e indipendenti dell'indagine

da un totale di 13 *item* sulla base del riadattamento di precedenti studi di letteratura (Warr *et al.*, 1979) a individuare due dimensioni. La prima, la soddisfazione rispetto ad aspetti intrinseci della remunerazione (*eigenvalue* = 3,948; 30,4% della varianza spiegata; alfa = 0,837) si compone di una scala a 6 quesiti. La seconda scala individuata sulla base dell'analisi fattoriale (*eigenvalue* = 3,191; 24,5% della varianza spiegata; alfa = 0,851) misura la soddisfazione rispetto agli incentivi di natura estrinseca e si compone di 7 domande.

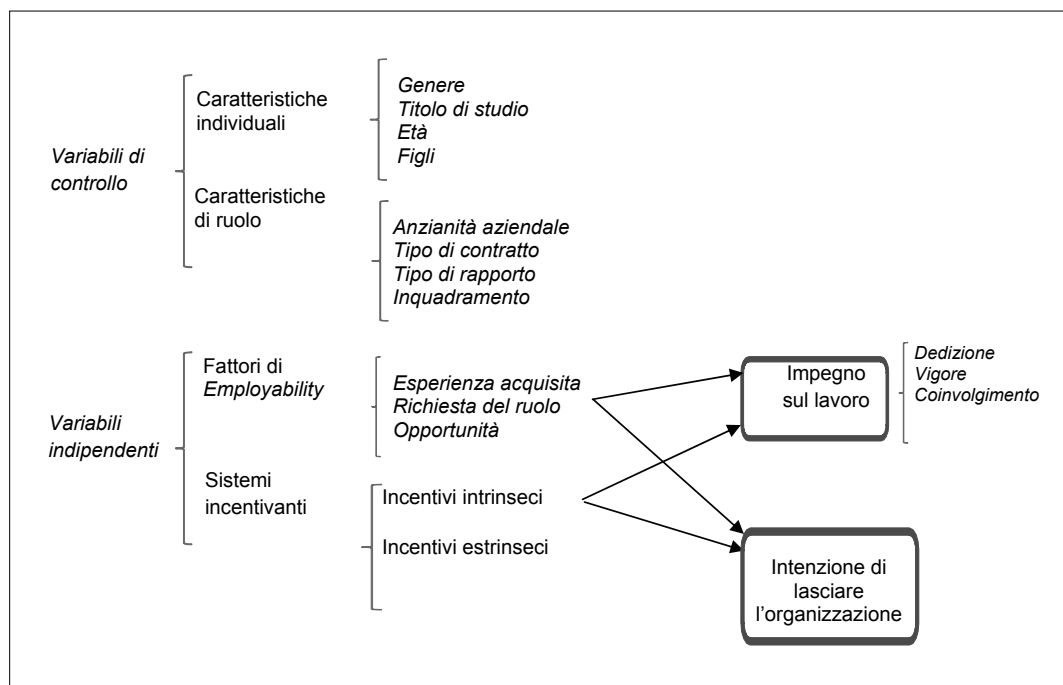
Le variabili di controllo

Infine, le variabili di controllo sono state distinte fra caratteristiche individuali e di ruolo. Le prime, rappresentano variabili demografiche quali genere, titolo di studio, età e il numero di figli; le seconde, le variabili oggettive, riguardano elementi relativi alla sfera lavorativa dell'individuo e in particolare: anzianità aziendale, il tipo di contratto (a tempo indeterminato o a tempo determinato), il tipo di rapporto di lavoro (*full time* o *part time*) e, infine, il tipo di inquadramento contrattuale utilizzato quale *proxy* della retribuzione. Si mostra, nella **figura 2**, il modello d'indagine utilizzato ai fini dell'analisi.

5. Analisi e risultati

Nella fase di analisi dei dati si è proceduto a effettuare una correlazione bivariata fra le variabili prese in esame (si veda **tabella 2** in appendice). I risultati evidenziano l'esistenza di relazioni bivariate fra l'appetibilità del ruolo ricoperto sul mercato esterno e molte delle altre variabili di indagine in particolare le variabili di controllo e indipendenti. Sul legame con le variabili dipendenti torneremo in seguito quando discuteremo i risultati dell'analisi di regressione. Si evidenzia, dunque, per questa professione che ad alti gradi di riconoscimento del ruolo sul mercato del lavoro non solo corrisponde un significativo legame con una maggiore età [$r = .313, p < 0.01$] e con l'esperienza [$r = .320, p < 0.01$], ma si evidenzia anche una più alta possibilità di trovare opportunità di impiego all'esterno [$r = .307, p < 0.01$]. Inoltre, sorprendentemente, il riconoscimento sociale del ruolo risulta inversamente correlato al livello di studio [$r = -.226, p < 0.05$] e al livello di inquadramento contrattuale [$r = -.359, p < 0.01$]. Questo rappresenta un elemento determinante ai fini della comprensione del mercato del lavoro per queste professioni. Infatti, come già evidenziato, tali figure di lavoratori più richiesti sul mercato

Figura 2
Modello d'indagine



sono anche coloro che sembrano essere meno presidiati dal sistema scolastico e formativo nazionale e locale. Inoltre, sono anche quelli che presentando un livello di inquadramento più basso e dunque vengono retribuiti meno rispetto ad altre figure professionali presenti nella stessa azienda o in altri settori.

Al fine di analizzare la relazione fra comportamento organizzativo e le variabili determinati quali le variabili di *employability* e gli elementi di soddisfazione rispetto al sistema di incentivi, è stata realizzata una regressione multipla gerarchica in quattro *step* di analisi. Con tale analisi statistica le variabili indipendenti vengono inserite nell'equazione secondo un ordine assegnato dal ricercatore sulla base di precedenti considerazioni teoriche o logiche. L'analisi si effettua attraverso più passi, o *step*, fra loro sequenziali. Ogni variabile indipendente, o gruppo di variabili indipendenti o di controllo, inserite di volta in volta nel modello di regressione viene valutato per quanto contribuisce a spiegare la variabile dipendente rispetto a quanto veniva spiegata dalle variabili indipendenti inserite al precedentemente *step*.

Nella presente analisi, al primo e secondo *step* sono state inserite le variabili di controllo ossia rispettivamente le variabili individuali e le variabili relative al ruolo e alla condizione lavorativa degli individui nell'organizzazione. Al terzo *step* di analisi sono state incluse le domande relative all'*employability* dei soggetti. Infine, al quarto *step*, è stata inserita il livello di soddisfazione percepito relativamente a elementi intrinseci ed estrinseci della remunerazione. I risultati dell'analisi di regressione sul campione complessivo sono presentati nella **tabella 3** in appendice.

Sulla base dell'analisi di regressione, si evidenzia che da sole, le variabili individuali-demografiche e le variabili oggettive di ruolo non riescono a spiegare il comportamento organizzativo. Infatti, i primi due *step* dell'analisi di regressione gerarchica non risultano significativi per nessuna delle quattro variabili dipendenti che misurano il comportamento organizzativo.

Al terzo *step* dell'analisi gerarchica, ovvero con l'introduzione delle variabili di *employability*, il modello diventa significativo e la varianza spiegata, misurata attraverso l'indice dell' R^2 corretto quale misura della bontà del modello proposto, aumenta consistentemente

per tutte le variabili relative al comportamento organizzativo. In particolare, aumenta del: 16% per il vigore, del 26% per la dedizione, e del 16% per il coinvolgimento e del 12% per l'intenzione di lasciare. Il modello al quarto *step* prende, poi, in considerazione le variabili indipendenti relative alla soddisfazione rispetto alla remunerazione intrinseca ed estrinseca. Il modello spiega dal 20 al 27% della varianza relativamente al fenomeno della propensione a produrre per l'organizzazione con incrementi piuttosto significativi della varianza spiegata, rispettivamente dell'8% per il vigore, dell'8% per la dedizione e del 6% per l'intenzione di lasciare. Solo del 2% per il coinvolgimento.

Il fatto che al terzo e quarto *step* di analisi i modelli diventino significativi e si verifichi un incremento della varianza spiegata conduce a un primo risultato importante di questo studio. Infatti, ciò dimostra che le variabili inserite rappresentano delle determinanti nello spiegare tutti gli aspetti del comportamento organizzativo.

Andando poi ad analizzare il peso giocato dai singoli aspetti nello spiegare il fenomeno, si evidenzia come i risultati della regressione indicano che gli incentivi intrinseci sono connessi in modo significativo a tutti gli aspetti dell'impegno sul lavoro e, inversamente, alla decisione di lasciare. Infatti, per queste variabili il *p-value* risulta inferiore a 0.05 (si veda tabella 3 in appendice). Pertanto l'ipotesi uno e due risultano verificate.

Al contempo, i risultati mostrano che gli incentivi estrinseci non hanno un ruolo significativo nello spiegare l'impegno e la volontà di lasciare. Il *p-value*, infatti, risulta in tutti i casi superiore a 0.05. La terza e quarta ipotesi vengono, pertanto, verificate.

Infine, relativamente alla «decisione di produrre» – ovvero le tre sottoscale che misurano l'impegno sul lavoro – emerge che questa risulta positivamente e significativamente correlata rispetto all'esperienza acquisita nel corso della propria vita lavorativa e alla richiesta da parte del mercato del lavoro esterno del ruolo ricoperto. Infatti, per queste variabili l'indice di significatività, ovvero il *p-value*, risulta inferiore a 0.05 (si veda tabella 3 in appendice). La «decisione di lasciare» – qui adottata quale misura, inversa, della «decisione di partecipare» – risulta invece correlata significativamente e positivamente all'esperienza acquisita nel corso della propria vita lavorativa e alle con-

crete opportunità di lavoro che si hanno sul mercato del lavoro esterno. Le ipotesi cinque e sei risultano, pertanto, validate.

Un'ulteriore risultato di interesse emerge, pur non essendo stato precedentemente considerato nel *frame work* delle ipotesi. L'analisi dei dati infatti mostra una relazione inversa fra anzianità aziendale e due delle sottoscale della decisione di produrre (β dedizione = $-.206$, $p < .05$; β coinvolgimento = $-.237$, $p < .05$) nonché con l'intenzione di lasciare l'organizzazione ($\beta = -.036$; $p < .05$). Ciò a significare che soggetti con maggiore anzianità aziendale, se da un lato sono più orientati a restare nell'organizzazione, dall'altro si mostrano meno propensi a investirvi in termini di impegno sul lavoro.

In sintesi, i risultati mostrano che i caratteri individuali e oggettivi di ruolo non hanno un impatto rilevante sul comportamento organizzativo fra gli addetti ai servizi di assistenza agli anziani, inteso sia nella volontà di «partecipare» che in quella di «produrre». Con l'inserimento delle variabili di *employability* nell'analisi di regressione si denota una rilevante crescita nella varianza spiegata, dimostrando dunque che questi caratteri contribuiscono in modo rilevante a spiegare il fenomeno. Per alcuni degli elementi legati all'*employability* dell'operatore poi, si evidenzia una relazione significativa rispetto ai due aspetti del comportamento organizzativo. Infatti, mentre l'esperienza acquisita negli anni e la richiesta del ruolo sul mercato del lavoro esterno sono positivamente correlate all'impegno lavorativo; l'esperienza acquisita e l'opportunità sul mercato esterno del lavoro sono positivamente legate alla volontà di lasciare e dunque all'intenzione di non continuare a partecipare all'organizzazione.

Con l'inserimento delle variabili relative ai sistemi incentivanti si evidenzia un'ulteriore crescita della varianza spiegata e dunque se ne deduce che anche questi fattori contribuiscono a spiegare il comportamento organizzativo. I risultati mostrano che gli elementi legati alla incentivazione intrinseca sono critici per tutti gli aspetti del comportamento organizzativo, sia in termini di decisione di partecipare che di produrre. Pertanto, chi è soddisfatto intrinsecamente è anche colui che si impegna maggiormente e decide di restare a far parte dell'organizzazione.

Nella **figura 3** viene presentata una rappresentazione sintetica dei nessi di causalità emersi e che supportano le ipotesi precedentemente proposte in questo articolo.

6. Conclusioni

Questo lavoro contribuisce a una area di studio scarsamente indagata nella letteratura di management, quella delle determinanti dei comportamenti organizzativi degli addetti del settore della cura dell'anziano con riferimento alla figura degli operatori socio-sanitari. Per le organizzazioni che operano nel comparto, si evidenzia la necessità di trattenere e attrarre personale specializzato in ragione del basso livello medio retributivo e del crescente bisogno di disporre di personale sempre più specializzato. Contestualmente, l'alto livello di competitività che sta interessando sia il mercato del lavoro che quello dei beni richiama la necessità di lavoratori impegnati, preparati e propensi a continuare a fornire il proprio contributo alla stessa organizzazione. Al contempo, la rapida crescita della domanda di servizi rivolti all'assistenza agli anziani nei Paesi occidentali e l'aumento nella richiesta di operatori sempre più qualificati si pone in aperta contraddizione con l'assenza di un sistema di politiche formative formalizzate adeguate nel nostro Paese.

L'ambito qui analizzato è quello di professioni ad alto contenuto vocazionale, quali quelle degli operatori socio-sanitari, già da tempo presidiate da numerosi contributi di matrice psicologica per la loro caratterizzazione relazionale e ad alto grado di coinvolgimento emotivo. La natura del servizio svolto da questi addetti, difficilmente «controllabile» e *people-intensive*, ha condotto l'attenzione di chi scrive verso le determinanti del comportamento organizzativo quale modalità per guidare la qualità dei contributi erogati. Infatti, meccanismi incentivanti di natura quantitativa basati sull'*output* prodotto dall'individuo risultano da un lato di difficile applicazione, per questa specifica tipologia di servizio, in virtù della difficile misurazione della performance individuale, e dall'altro non determinanti ai fini del livello di *commitment* e di soddisfazione per gli addetti di questo settore (Mauno *et al.*, 2007; De Gieter *et al.*, 2008).

Il presente lavoro offre contributi in più ambiti. Da un lato, tenta di colmare un vuoto nella letteratura di matrice organizzativa e

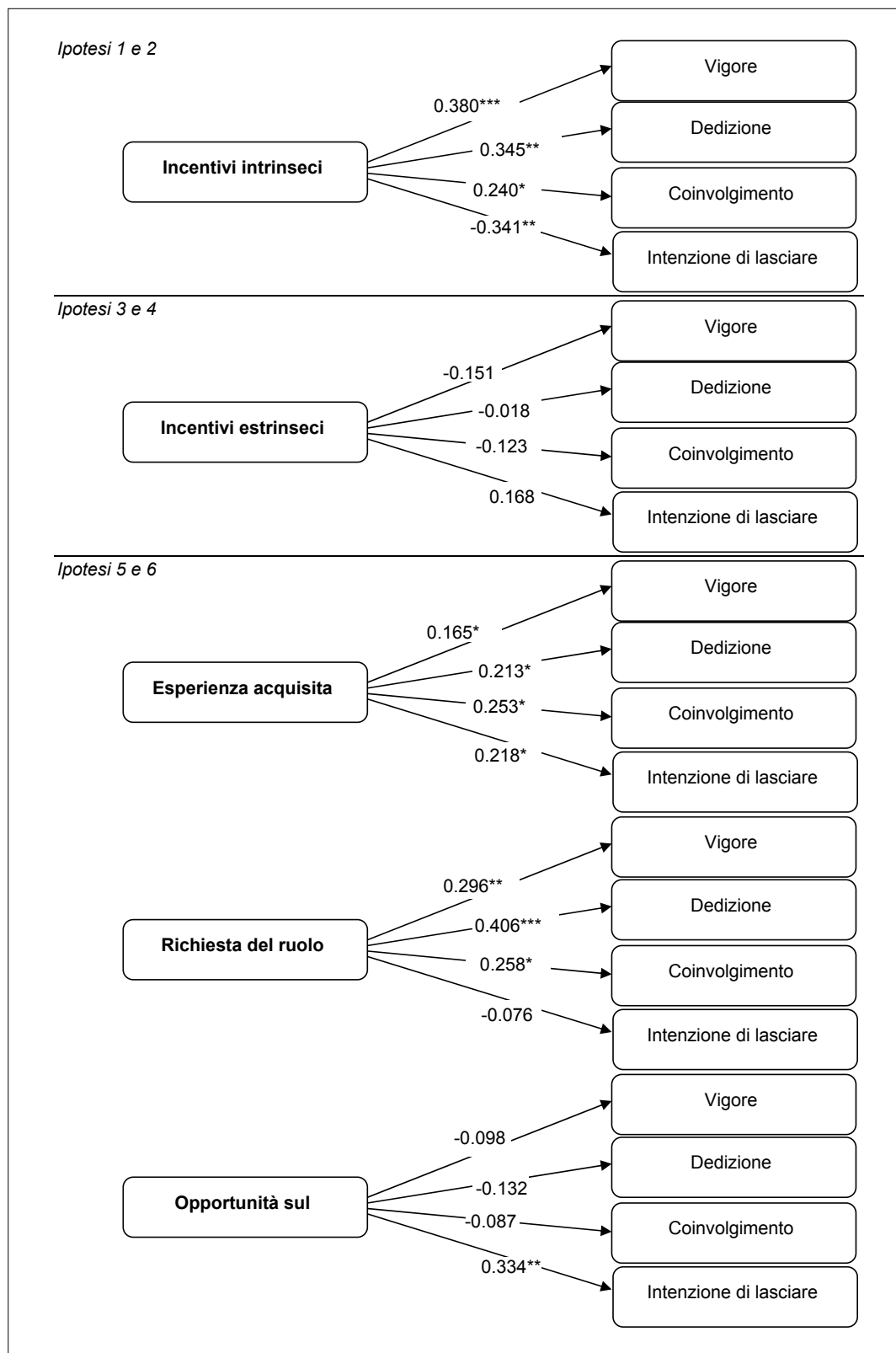


Figura 3
Sintesi dei nessi di causalità emersi dall'indagine

Indice di significatività (*p-value*): + $p < 0.1$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

manageriale che vede un numero limitato di studi che si occupano delle presenti tematiche; dall'altro può rappresentare un utile spunto di riflessione per il management delle imprese nonché per *policy makers* operanti nel settore.

Un primo punto, su cui merita soffermare l'attenzione è rappresentato dalla centralità assunta dagli aspetti intrinseci della remunerazione. L'analisi dei dati evidenzia, infatti, come non siano tanto i caratteri di tipo individuale o di ruolo e gli incentivi di natura monetaria ma gli elementi intrinseci della retribuzione a rappresentare gli elementi trainanti dal punto di vista sia della volontà di dare un proprio contributo all'organizzazione sia della volontà di restare a far parte dell'organizzazione.

Per quanto riguarda, poi, gli aspetti legati all'*employability*, l'esperienza acquisita e la richiesta di ruolo favoriscono l'orientamento a produrre per l'organizzazione prefigurando quell'aspetto dell'*employability* che avevamo assimilato al riconoscimento sociale, mentre l'esperienza acquisita combinata con le opportunità effettive riscontrate sul mercato esterno del lavoro favorisce invece la propensione a comportamenti di uscita. Si tratta, pertanto, di aspetti simili che inducono comportamenti opposti. Tuttavia, se da un lato il riconoscimento del ruolo dal mercato favorisce l'impegno e, quindi, possiamo considerare il concetto di *employability* nell'accezione di riconoscimento sociale, quando vi è la percezione di una effettiva alternativa esterna, senza che vi sia necessariamente un riconoscimento sociale della propria professionalità, aumenta la propensione a voler lasciare l'organizzazione.

Questi risultati rappresentano, pertanto, un utile spunto di riflessione per le organizzazioni operanti nel settore del *welfare*. I suggerimenti della ricerca, infatti, vanno nella direzione di implementare un *mix* di incentivi quali quelli di natura intrinseco-relazionale relativamente poco costosi, ma che risultano altamente coerenti rispetto al profilo motivazionale dei soggetti operanti nel settore, nonché relativamente meno costosi rispetto ad altre modalità di remunerazione a carattere monetario. Oltretutto, in alcuni studi, si è dimostrato che (Mosca *et al.*, 2007) l'utilizzo 'inconsapevole' dello strumento economico quale meccanismo di incentivazione privilegiato rischia di attrarre lavoratori più orientati alla natura transazionale della relazione che alla natu-

ra relazionale. In altre parole, si avrebbero lavoratori poco motivati dalla componente intrinseca del lavoro, con la conseguenza di comportamenti organizzativi incoerenti rispetto alla natura stessa del lavoro e ai sistemi valoriali delle organizzazioni. Ciò, di conseguenza, produrrebbe una crescente insoddisfazione per un lavoro che, comunque, richiede grande impegno dal punto di vista relazionale, di dedizione e di coinvolgimento emotivo. Inoltre, incentivare prevalentemente o esclusivamente attraverso la componente economica della retribuzione può portare a una riduzione della componente intrinseca della motivazione individuale, cosiddetto fenomeno del *crowding-out* (Frey, 2005).

In secondo luogo, tale contributo, enfatizza l'importanza di politiche coerenti di gestione del personale, attraverso l'attenzione al bilanciamento fra incentivi erogati dall'organizzazione e contributi dei lavoratori, che favorisce la soddisfazione degli individui e dunque la loro volontà di restare a far parte dell'organizzazione e impegnarsi per la medesima. In particolare, questo risulta ancora più importante per risorse umane «scarse» che in questo settore si trovano a essere attratte da mercati del lavoro in cui i livelli salariali sono simili, ma in cui è minore il carico emotivo derivante dalla mansione svolta.

Un'ulteriore indicazione fornita dalla ricerca è a favore non solo del management delle organizzazioni, ma anche dei *policy makers* che si occupano, per questo settore, delle politiche di presidio delle professioni e dei relativi sistemi formativi. In particolare, lo studio tenta di far luce sui profili professionali tipici in questo ambito. Si tratta di lavoratori meno qualificati dal punto di vista scolastico ma che, in virtù di una lunga esperienza nel settore, si trovano ad avere maggiori opportunità di impiego rispetto ad altre figure con livelli di scolarizzazione più elevati. Sono queste le figure più critiche e al contempo quelle meno pagate e meno presidiate dal sistema scolastico-formativo nazionale. Si evidenzia, dunque, come nel settore si possa parlare di «sottoformazione», evidenziando uno squilibrio fra gli incentivi offerti dalle imprese e i contributi erogati dai lavoratori in termini di professionalità. Tale rapporto risulta altresì ulteriormente sbilanciato dal maggior riconoscimento che, per queste professioni, si ha da parte del mercato del lavoro rispetto a quello che invece

viene dall'organizzazione medesima in termini di sistema retributivo e incentivante. È proprio su quest'aspetto che dovrebbe orientarsi non solo l'attenzione delle imprese, ma anche quella delle istituzioni chiamate da più parti a muoversi verso l'implementazione di un sistema nazionale formalizzato di abilitazione professionale analogamente a quanto già accade in altri Paesi europei.

Infine, le riflessioni maturate spingono il dibattito in direzione di una possibile apertura ad alcune delle considerazioni qui proposte, estendendole non solo alle specifiche figure degli operatori di cura alla persona, ma in senso più generale a una «nuova figura di lavoratore» sempre più intrinsecamente motivata e attenta al significato proprio del lavoro.

È necessario, infine, considerare alcuni limiti presenti nella ricerca. In primo luogo, la raccolta dei dati attraverso questionari di autovalutazione può incorrere nel cosiddetto *common method bias*, rischio tipico di questo genere di ricerche. In secondo luogo, trattandosi di un'analisi circoscritta a un campione limitato di Rsa toscane, non consente una generalizzazione sulla relazione fra comportamenti organizzativi e percezioni dei sistemi incentivanti e fattori di *employability*. Essa ha, tuttavia, reso possibile verificare la relazione fra le variabili in gioco nel contesto specifico del campione indagato che può es-

sere considerato rappresentativo per quel che concerne le Rsa per anziani gestite da imprese del *non profit* in Toscana. Si rimanda, invece, a future ricerche per un raffronto con altre tipologie di organizzazioni impegnate in questo settore. In particolare, ci si chiede quali possano essere le differenze rispetto alle condizioni esistenti per il personale del settore pubblico. Soprattutto, in considerazione dell'attrattività che le strutture pubbliche sembrano esercitare su molti operatori delle organizzazioni private.

Note

1. Il World Health Organization ha stimato che il numero di persone che richiederanno cure quotidiane fra gli ultra sessantenni incrementerà a 142 nel 2040 su valore base di 100 nel 2000.
2. Secondo la teoria dell'azione organizzativa, l'equilibrio organizzativo considera che la partecipazione degli individui all'organizzazione è funzione dell'equilibrio fra incentivi e contributi. Secondo questa teoria, gli individui accettano di far parte dell'organizzazione in vista degli incentivi attesi. Infatti, «gli individui sono pronti ad accettare il vincolo associativo (nel senso lato di partecipazione) quando la loro attività nell'organizzazione contribuisce direttamente o indirettamente alla realizzazione dei loro fini individuali» (Simon, 1958, p. 181).
3. Nello specifico, il campione indagato, rappresenta il 13% delle Rsa gestite da organizzazioni del settore privato e il 32% di quelle gestite da organizzazioni *non profit*.

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

- ADAMS J.S. (1963), «Toward an understanding of inequity», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, pp. 422-36.
- ARMSTRONG M., STEPHENS T. (2005), *A Handbook of Employee Reward Management and Practice*, Kogan Page, London.
- BROWN S.P. (1996), «A meta-analysis and review of organizational research on job involvement», *Psychological Bulletin*, 120, pp. 235-255.
- CALDWELL D., CHATMAN J., O'REILLY C. (1990), «Building organizational commitment: A multifirm study», *Journal of Occupational Psychology*, 63, pp. 245-261.
- CENTRO STUDI UNIONCAMERE (2009), *I fabbisogni professionali e formativi delle imprese sociali per il 2009*, Unioncamere - Ministero del Lavoro, Sistema informativo Excelsior, Unioncamere, Roma.
- DE GIETER S., DE COOMAN R., PEPEMANS R., JEGERS M. (2008), «Manage through rewards, not only through pay: Establishing the psychological reward satisfaction scale», in M. Vartiainen, C. Antoni, X. Baetne, N. Hakonen, R. Lucas, H. Thierry (eds.), *Reward management - Facts and trends in Europe*, Pabst Science Publishers, pp. 97-117.
- DECI E.L. (1975), *Intrinsic motivation*, Plenum, New York.
- FREY B.S. (2005), *Non solo per denaro. Le motivazioni disinteressate dell'agire economico*, Mondadori, Milano.
- FIRTH L., MELLOR J., MOORE A., LOQUET C. (2004), «How can managers reduce employee intention to quit?», *Journal of Managerial Psychology*, 19(2), pp. 170-187.
- GAGNÉ M., DECI E.L. (2005), «Self-determination theory and work motivation», *Journal of Organizational Behavior*, 26 (4), pp. 331-362.
- HULKKO-NYMAN K., HAKONEN A., SWEINS C. (2008), «Total rewards system management, employee well-

- being, and organizational performance in elderly care organizations», *HRM Global 2008*, Turku 27-29.8.2008, pp. 74-83.
- IRPET (2008), *Le imprese cooperative nel sistema economico della Toscana. Quarto Rapporto*, EDIFIR Edizioni, Firenze.
- ISTAT (2005), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Statistiche in breve*, Roma.
- ISTAT (2010), *La relazione tra offerta di servizi Long Term Care e i bisogni assistenziali dell'anziano*, Contributi Istat, n. 4, Roma.
- LEETE L. (2000), «Wage equity and employee motivation in nonprofit and for-profit organizations», *Journal of Economic Behavior & Organization*, 43, pp. 423-446.
- MARCH J.G., SIMON H.A. (1995), *Teoria dell'Organizzazione*, Etas Libri, Milano.
- MAUNO S., KINNUNEN U., RUOKOLAINEN M. (2007), «Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study», *Journal of Vocational Behavior*, 70, pp. 149-171.
- MOORMAN R.H. (1993), «The Influence of Cognitive and Affective Based Job Satisfaction Measures on the Relationship Between Satisfaction and Organizational Citizenship Behavior», *Human relations*, 46(6), pp. 759-776.
- MOSCA M., MUSELLA M., PASTORE F. (2007), «Relational Goods, Monitoring and Non-Pecuniary Compensations in the Non-Profit Sector: the Case of the Italian Social Services», *Annals of Public and Cooperative Economics*, 78(1), pp. 55-86.
- OECD (2007), *Trend in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*, OECD Health Working Papers, 2007.
- O'REILLY C.A., CHATMAN J. (1986), «Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior», *Journal of Applied Psychology*, 71(3), pp. 492-499.
- PESARESI F., SIMONCELLI M. (2008), «Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione», *Tendenze Nuove*, n. 2, Il Mulino.
- PISANTI R., PAPLOMATAS A., BERTINI M. (2008), «Misurare le dimensioni positive nel lavoro in sanità: un contributo all'adattamento italiano della UWES - Utrecht Work Engagement Scale», *Giornale Italiano di Medicina del lavoro ed ergonomia*, 30(1), pp. 111-119.
- SCHAUFELI W.B., SALANOVA M., GONZALEZ-ROMÀ V., BAKKER A.B. (2002), «The measurement of engagement and burnout and: a confirmative analytic approach», *Journal of Happiness Studies*, 3, pp. 71-92.
- SIMBULA S., GUGLIELMI D., SCHAUFELI W.B. (2010), «A three-wave study of job resources, self-efficacy, and work engagement among Italian schoolteachers», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, pp. 285-305.
- SIMON H.A. (1958), *Il comportamento amministrativo*, Bologna, Il Mulino.
- SIMONAZZI A. (2009), «Care regimes and national employment models», *Cambridge Journal of Economics*, 33, pp. 211-232.
- VOLTERRANI A., BILOTTI A. (2008), *Competenze, conoscenze e strategie. Verso il futuro della cooperazione sociale in Toscana*, Milano, Franco Angeli.
- WARR P., COOK J., WALL T. (1979), «Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being», *Journal of Occupational Psychology*, 52, pp. 129-148.

Appendice

Tabella 2

Matrice delle medie, deviazioni standard e correlazioni

	Media	DS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 - Vigore	5,5921	1,12065	1																
2 - Coinvolgimento	5,3176	1,23453	0,689 ^c	1															
3 - Dedizione	5,8737	1,27566	0,659 ^c	0,623 ^c	1														
4 - Intenzione di lasciare	2,0990	1,35466	-0,267 ^b	-0,200 ^a	-0,221	1													
5 - Genere	1,9278	,26011	-0,002	,074	,070	,159	1												
6 - Livello di studio	2,0566	1,19387	,125	,086	-0,029	-0,031	-0,142	1											
7 - Et�	42,4216	9,67229	-0,017	,098	-0,008	-0,010	,183	-0,453 ^c	1										
8 - Con figli	1,2800	,47312	0,218 ^a	,151	,146	,065	-0,163	0,512 ^c	-0,541 ^c	1									
9 - Anzianit� aziendale	5,7923	5,20749	-0,025	-0,091	-0,030	-0,002	,021	-0,174	0,415 ^c	-0,180	1								
10 - Tipo di contratto	1,2056	,47061	,177	,146	-0,034	-0,065	,118	,186	-0,115	,048	-0,319 ^b	1							
11 - Tipo di rapporto lavorativo	1,4854	,52139	,016	-0,089	,016	-0,095	-0,140	,155	-0,270	-0,009	-0,173	,057	1						
12 - Inquadramento	4,0784	,94068	-0,122	,007	,083	,047	,026	,517	-0,101	,259	,107	-0,193	-0,067	1					
13 - Esperienza acquisita	4,2010	,90723	0,271 ^b	0,310 ^b	0,347 ^c	,111	,283	-0,124	,256	-0,087	,293	,033	-0,020	,045	1				
14 - Ruolo richiesto	3,9327	1,02412	0,262 ^b	0,251 ^b	0,352 ^c	,064	0,325 ^b	-0,359 ^c	0,313 ^b	-0,156	,144	,081	-0,098	-0,226 ^a	0,320 ^b	1			
15 - Opportunit� di lavoro	2,8544	1,16449	-0,039	,033	-0,009	0,307 ^b	,169	-0,076	,052	-0,001	-0,084	,024	,006	,072	,022	0,307 ^b	1		
16 - Soddisfazione estrinseca	3,0275	,85671	,090	,039	,172	-0,064	-0,105	,099	,015	,190	0,228 ^a	-0,090	-0,130	,132	,072	-0,040	-0,125	1	
17 - Soddisfazione intrinseca	3,6467	,79336	0,420 ^c	0,321 ^b	0,441 ^c	-0,254 ^a	-0,062	,173	,003	0,267 ^b	,095	-0,012	-0,102	,138	0,276 ^b	,044	-0,187	0,550 ^c	1

NOTA: DS = deviazione standard.
Indice di significativit  (p-value): ^a p < 0,05; ^b p < 0,01; ^c p < 0,001.

Tabella 3
Analisi di regressione per le variabili di impegno lavorativo e intenzione di lasciare l'organizzazione

Predictors	Coinvolgimento				Vigore				Dedizione				Intenzione di lasciare			
	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4
	Genere	,082	,055	-,080	-,064	,031	,030	-,102	-,073	,091	,085	-,080	-,044	,158	,158	,104
Studio	,060	,063	,149	,123	,027	,122	,211	,168	-,149	-,213	-,099	-,144	-,025	-,017	,033	,070
Età	,218 ⁺	,261 ^A	,182	,166	,107	,142	,064	,037	,005	,019	-,077	-,107	-,095	-,128	-,156	-,133
Figli	,197	,188	,141	,105	,232 ⁺	,259 ^A	,210 ⁺	,145	,204 ⁺	,196	,134	,055	-,053	-,084	-,092	-,040
Anzianità aziendale	-,151	-,266 ^A	-,237 ^A	-,237 ^A	,021	,021	-,093 ^A	-,056	-,075	-,075	-,215 ^A	-,206 ^A	-,029	-,029	,004	-,036 ^A
Tipo di contratto	,094	,024	,032	,032	,112	,112	,043	,055	-,029	-,029	-,116	-,103	-,090	-,090	-,105	-,116
Tipo di rapporto	-,094	-,126	-,113	-,113	-,016	-,016	-,043	-,017	,030	,030	-,001	,031	-,103	-,103	-,135	-,155
Inquadramento	-,027	-,008	-,008	-,010	-,223 ⁺	-,223 ⁺	-,189	-,194 ⁺	,128	,128	,175	,166	,035	,035	-,051	-,047
Esperienza acquisita			,316 ^B	,253 ^A			,267 ^B	,165 ⁺			,311 ^B	,213 ^A			,127	,218 ^A
Ruolo richiesto			,286 ^B	,258 ^A			,340 ^B	,296 ^B			,447 ^C	,406 ^C			-,115	-,076
Opportunità di lavoro			-,126	-,087			-,164	-,098			-,205 ^A	-,132			,389 ^C	,334 ^B
Incentivi estrinseci				-,123				-,151				-,018				,168
Incentivi intrinseci				,240 ^A				,380 ^C				,345 ^B			-,341 ^B	
R ² corretto	0,02	0,02	0,18 ^C	0,20 ^C	0,01	0,03	0,19 ^C	0,27 ^C	0,00	-,002	0,20 ^C	0,32 ^C	-,001	-,003	0,09 ^A	0,14 ^B
Cambiamento di R ²	0,02	0,01	0,16	0,02	0,01	0,02	0,16	0,08	0,00	-,002	0,26	0,08	-,001	-,002	0,12	0,06
F	1,454	1,304	3,071	2,989	1,185	1,415	3,228	3,928	1,022	0,709	4,004	4,838	0,773	0,622	1,921	2,350

NOTA: osservazioni = 103. Indice di significatività (p-value): * p < 0.1; ^A p < 0.05; ^B p < 0.01; ^C p < 0.001. Relativamente alle variabili genere, tipo di contratto, tipo di rapporto di lavoro sono state create variabili dummy così codificate. La variabile genere è stata codificata: 1 = uomo; 2 = donna; tipo di contratto è stata così codificata: 1 = contratto di lavoro a tempo indeterminato; 2 = contratto di lavoro a tempo determinato; la tipo di rapporto è stata così codificata: 1 = full time e 2 = part time.

RECENSIONI

I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentramento

Fabio Amatucci, Stefania Mele

Ed. Egea - Milano, 2011 - Pagg. 302

(a cura di Paolo Ricci)

Il tema dell'innovazione nei processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie presenta elementi di grande attualità e obbliga a svolgere non poche riflessioni. La sanità italiana, anche, ma potremmo dire soprattutto, attraverso le sue aziende, vive da tempo numerose difficoltà che è possibile riassumere in:

- difficoltà identitarie, con riferimento alla missione prevalentemente perseguita e alle attese che la comunità servita alimenta rispetto ad essa;
- difficoltà manageriali, collegate alla qualità delle decisioni assunte e agli sforzi compiuti per assecondare priorità politiche e assicurare adeguati livelli di soddisfazione degli utenti;
- difficoltà finanziarie, derivanti dallo stato di dissesto e di forte crisi di liquidità che il sistema sanitario ormai da anni presenta.

In questo quadro, i processi di acquisto di beni e servizi nel settore sanitario risultano centrali nel più ampio dibattito che consegue alla necessità di innovare e razionalizzare tutti i processi delle aziende sanitarie. Innovazione e razionalizzazione che, senza dubbio, richiedono un radicale cambiamento, anche culturale, delle metodologie e delle tecniche gestionali utilizzate dalle stesse aziende sanitarie.

Con riferimento a queste ultime, i principali elementi o fattori di innovazione recentemente considerati nella funzione acquisti sono riconducibili a tre aspetti: 1) l'introduzione normativa di alcuni provvedimenti, che contemplan maggiore flessibilità per le aziende sanitarie; 2) il ripensamento del ruolo di Consip s.p.a. e il rafforzamento del ruolo dell'*e-procurement*, al fine soprattutto di razionalizzare la spesa di beni e servizi attraverso una semplificazione dei processi; 3) l'implementazione di logiche di accentramento degli acquisti in prospettiva inter-aziendale o regionale.

Lo studio di Amatucci e Mele ripercorre in maniera puntuale gli aspetti sopra delineati, fornendo un inquadramento teorico e professionale molto preciso e di grande utilità, per studiosi e operatori del comparto.

Il volume, con prefazione, introduzione e presentazione rispettivamente di Giovanni Monchiero, Elio Borgonovi e Giovanni Fenu, si articola in ben sette capitoli. Il primo, curato

Nota sull'autore

Paolo Ricci è professore ordinario di Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli studi del Sannio - Benevento

da Francesco Longo, ponendo una serie di domande sulle questioni fondamentali del tema trattato, fornisce molti elementi introduttivi a valenza sia gestionale sia strategica. Il secondo capitolo presenta un quadro generale sulla rilevanza della funzione acquisti in termini economici e analizza il quadro normativo su cui dovrebbero basarsi i processi di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie. Viene, quindi, descritto il processo decisionale relativo alle procedure di gara, attraverso l'analisi delle differenti tipologie di procedura di scelta del contraente, dei metodi di aggiudicazione delle offerte. Nella conclusione del capitolo, gli autori propongono una sistematizzazione delle opzioni strategiche di acquisto, sulla base di due variabili: importanza del bene/servizio acquistato e complessità del mercato della fornitura. Partendo da questi due fattori, gli autori individuano quattro possibili scenari (gestione degli acquisti, gestione dei materiali, gestione delle fonti di approvvigionamento, gestione strategica degli approvvigionamenti) che corrispondono a quattro differenti scelte relative alle modalità di gara, tra cui le aziende sanitarie formulano le proprie decisioni, tenendo conto della natura e delle caratteristiche del bene / servizio acquistato. Nel terzo capitolo, sono oggetto di studio gli aspetti innovativi introdotti dalla normativa comunitaria e nazionale: a) la previsione di due nuove modalità di scelta del contraente: il dialogo competitivo e l'accordo quadro; b) l'introduzione del principio dell'avvalimento, che permette alle imprese che partecipano alle gare di fare affidamento sulle capacità tecniche, finanziarie ed economiche di terze imprese; c) la riduzione dei tempi procedurali per i soggetti che utilizzano i mezzi elettronici per la compilazione, la trasmissione e la pubblicazione dei documenti di gara. Gli autori si focalizzano e affrontano approfonditamente le innovazioni intervenute dal punto di vista procedurale: gli strumenti del dialogo competitivo, dell'accordo quadro, del sistema dinamico di acquisizione e delle procedure telematiche. Tali strumenti delineano una diversa relazione tra aziende e amministrazioni pubbliche e fornitori, che contempra logiche di scambio e di collaborazione, ma soprattutto un nuovo approccio culturale, basato sulla fiducia reciproca e sul rispetto dei ruoli, nella speranza che ciò non implichi la passiva rinuncia ad adeguati sistemi di verifica delle relazioni stesse. Il quarto capitolo offre una disamina delle forme istituzionali di esternalizzazione e di *partnership* pubblico-privato. Le scelte di esternalizzazione riguardano sia servizi di supporto sia servizi tradizionalmente considerati «core». Le formule istituzionali analizzate sono: *leasing* (operativo, finanziario, immobiliare), *sale & lease back*, società a capitale misto pubblico-privato, fondazione di partecipazione, associazione in partecipazione, concessione di costruzione e gestione (con e senza *project finance*), *general contractor*, *globale service*. Trovano necessario approfondimento i principali vantaggi e nodi critici delle operazioni di esternalizzazione, e viene fornito un sguardo complessivo dei criteri di scelta relativi alle opportunità di esternalizzazione. Il capitolo quinto assicura al lettore un quadro sul ruolo di Consip s.p.a. e del Mercato elettronico della pubblica amministrazione. Sono ben rappresentate le opportunità offerte alle aziende sanitarie, opportunità concernenti soprattutto l'ottimizzazione degli acquisti attraverso l'aggregazione della domanda e il conseguente contenimento della spesa pubblica. Dopo una descrizione del sistema delle convenzioni e dei vincoli in termini di obbligatorietà del ricorso a Consip e al Mercato elettronico, sono analizzati i principali vantaggi derivanti dall'utilizzo dei due strumenti, legati prevalentemente a possibili economie di scala, semplificazione delle attività degli uffici provveditorato, risparmi nei costi e nei tempi delle procedure e raggiungimento di un maggiore livello di efficienza. Interessanti gli spunti relativi ad alcuni possibili margini di miglioramento, spesso legati alla non sempre elevata qualità dei beni e servizi acquistati, alla restrizione del mercato, a una serie di costi indiretti. Nel capitolo sesto, il volume approfondisce le principali esperienze della realtà italiana, relativamente alla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi che ormai tutte le Regioni hanno introdotto nel proprio sistema: la pratica di aggregare la domanda di beni e servizi rappresenta la principale innovazione gestionale e istituzionale adottata nel sistema sanitario con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzazione delle risorse pubbliche. Dopo una sintesi delle differenti soluzioni adottate nelle Regioni italiane, lo studio si sofferma su alcuni casi significativi, in termini di innovatività o di consolidamento del modello: Campania, Emilia Romagna, Toscana e Veneto. L'analisi condotta evidenzia come, indipendentemente dal modello adottato, sia possibile individuare alcuni vantaggi comuni a tutti i differenti mo-

delli di centralizzazione degli acquisti: maggiore razionalizzazione nelle fasi di definizione della domanda, gestione più efficace dei prodotti e servizi acquistati, maggiori economie di scala, benefici di natura organizzativa. L'analisi delle realtà regionali più avanzate mostra come il ricorso a forme di acquisto accentrate, in fase di consolidamento del modello, porti a un effettivo risparmio nella spesa per l'acquisto di beni e servizi. Nella parte finale dello stesso capitolo, sono evidenziati i possibili impatti delle politiche di accentrimento sul mercato dei fornitori, i rischi per i fornitori locali e di piccole e medie dimensioni, le azioni che possono essere previste per garantire comunque l'accesso al mercato alle piccole e medie imprese. Nel settimo e ultimo capitolo, gli autori ripercorrono il processo di costruzione di un modello di accentrimento degli acquisti, sulla base dell'esperienza effettuata nella Regione Sicilia. Il capitolo propone una visione delle principali fasi e delle variabili da considerare al fine dell'individuazione di un modello accentrato di approvvigionamento. Viene sottolineato come, per la costruzione di un modello, sia necessario definire alcune variabili critiche, tra cui si ricordano: assetto istituzionale; assetto di *governance* e rapporto tra i differenti attori; definizione delle categorie merceologiche da assegnare ai diversi livelli di acquisto; sistema di valutazione e incentivazione; impatto sul mercato dei fornitori locali. Si pone in evidenza come, al fine di garantire una corretta applicazione del modello, sia necessaria una forte volontà politica. Allo stesso tempo, si ritiene strategica una attiva e convinta partecipazione di tutte le aziende sanitarie coinvolte. Il passaggio da un sistema aziendale autonomo a un sistema accentrato a livello sovra-aziendale o regionale non può non comportare un significativo cambiamento culturale, e implica necessariamente un elevato grado di coinvolgimento e di condivisione fra tutti gli attori che operano nel sistema. Le conclusioni del volume sono affidate a Franco Astorina.

In estrema sintesi, il volume di Amatucci e Mele riveste grande interesse, non solo per la grande attualità dei contenuti, ma anche per l'efficacia conseguita, attraverso la chiarezza nell'articolazione e l'ampio approfondimento sia delle questioni ormai assodate che di quelle ancora aperte. Il testo sembra, infine, confermare: a) la necessità di contestualizzare i modelli selezionati, adeguandoli alle peculiarità del sistema in cui trova applicazione; b) la rilevanza del tema dell'interesse pubblico per la ricerca e l'innovazione dei propri fornitori; c) la centralità dell'utente/paziente del servizio sanitario.

Rivista aperta a contributi

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

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

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

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

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

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

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

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

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Paola Briganti, Maria Ferrara, Domenico Salvatore (a cura di)

TEMI EMERGENTI NEGLI STUDI DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA

GIAPPICHELLI EDITORE, TORINO, 2011, € 28,00, PP. XIV-266 - ISBN: 9788834815236

Questo volume raccoglie undici saggi su temi emergenti di organizzazione in sanità che riguardano i servizi, le risorse umane e i processi delle aziende sanitarie. I contributi qui raccolti sono eterogenei per prospettiva teorica e provenienza culturale, al fine di rappresentare al meglio la complessità e le molteplici facce del settore sanitario. Sono accomunati però dal poter essere considerati studi di frontiera, perché trattano di argomenti che saranno con ogni probabilità centrali nel dibattito accademico e che possono offrire implicazioni manageriali in grado di migliorare la qualità dei servizi che il sistema sanitario produce. La prima parte analizza in particolare i servizi di diagnostica di laboratorio e per immagini e di riabilitazione. La seconda il burn-out, il work-life balance, la flessibilità dei contratti, e la valutazione delle risorse umane. L'ultima i processi di health technology assessment, la continuità delle cure, il controllo di gestione e la riprogettazione dei processi.

INDICE PREMESSA. - GLI AUTORI - PARTE PRIMA: I SERVIZI - I. I SERVIZI DI DIAGNOSTICA - II. SVILUPPO DI MODELLI ORGANIZZATIVI NELLA MEDICINA DI LABORATORIO - III. I SERVIZI DI RIABILITAZIONE - PARTE SECONDA: LE RISORSE UMANE - IV. DIFFERENZE CONTRATTUALI, COMPORTAMENTI ORGANIZZATIVI E LAVORO DI GRUPPO: UN'ANALISI EMPIRICA NEL SETTORE DELLA RIABILITAZIONE - V. IL WORK-FAMILY CONFLICT E LE ATTITUDINI SUL LAVORO NEL SETTORE INFERMIERISTICO - VI. BURN-OUT E MOTIVAZIONE DEGLI OPERATORI DELLE AZIENDE SANITARIE PEDIATRICHE - VII. CONTROLLO E VALUTAZIONE DEL TOP MANAGEMENT NELLA SANITÀ PUBBLICA - PARTE TERZA: I PROCESSI - VIII. L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA) VERSO UNA LOGICA DI PROCESSO - IX. LA CONTINUITÀ NELLE CURE: COME DEFINIRLA E COME MISURARLA? - X. IL CONTROLLO DI GESTIONE IN AMBITO SANITARIO: RIFLESSIONI IN ITINERE - XI. LA RISTRUTTURAZIONE E GLI EFFETTI DELL'IMPLEMENTAZIONE DI NUOVI PROCESSI NEL LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA E MICROBIOLOGIA DELL'A.O.R.N. «A. CARDARELLI»

Lorenzo Mantovani

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. PRINCIPI, CONCETTI, STRUMENTI OPERATIVI

GRUPPO 24 ORE, MILANO, 2011, € 59,00 PP. XIX-191 - ISBN: 9788832476699

Il libro tratta il tema dell'HTA presentando i principi, i concetti e i metodi alla base delle discipline coinvolte. L'health technology assessment è un approccio sistematico, esplicito, quantitativo, multiprofessionale alle decisioni che riguardano l'adozione e l'uso di tecnologie sanitarie. Si tratta di una disciplina complessa che coinvolge le molte professioni che si occupano di sanità. Vi è accordo sul fatto che un HTA si componga generalmente di nove capitoli: i primi quattro sono incentrati sulla malattia cui la tecnologia è diretta, forniscono le informazioni di contesto (impatto clinico, epidemiologico, economico e umanistico), ne danno la dimensione complessiva. I successivi quattro capitoli si occupano di valutare nel concreto la tecnologia sotto i profili clinico, economico, sociale, organizzativo, etico e giuridico. L'ultimo capitolo fornisce raccomandazioni circa l'adozione della tecnologia e le future aree di ricerca. Il libro è strutturato in capitoli che sostanzialmente corrispondono ai capitoli di un HTA ed è ricco di esempi di come sia possibile «riempire» ciascuno dei capitoli di un HTA utilizzando metodi

adeguati e applicabili nel contesto italiano. In onore al pragmatismo, il libro include un capitolo che presenta teoria e pratica della Budget Impact Analysis, una disciplina che, partendo dalla osservazione che gli operatori della sanità vivono attualmente in un mondo di budget, cerca di fornire gli strumenti per conciliare (nuove) tecnologie, obiettivi e budget.

INDICE INTRODUZIONE. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT - 1. EPIDEMIOLOGIA: PRINCIPI, CONCETTI, APPLICAZIONI - 2. L'IMPATTO UMANISTICO DELLE MALATTIE: LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA ASSOCIATA ALLO STATO DI SALUTE - 3. L'IMPATTO ECONOMICO DELLE MALATTIE: PRINCIPI, CONCETTI, APPLICAZIONI - 4. LE REVISIONI SISTEMATICHE E LE METANALISI A SUPPORTO DELL'EVIDENCE BASED MEDICINE - 5. VALUTAZIONE ECONOMICA DELLE TECNOLOGIE SANITARI. PRINCIPI, CONCETTI, APPLICAZIONI - 6. L'ANALISI DI IMPATTO SUL BUDGET (BUDGET IMPACT ANALYSIS) - 7. L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. RIFLESSIONI SULLA DIMENSIONE E SULLE IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE

Maria Giovanna Ruberto

LA MEDICINA AI TEMPI DEL WEB. MEDICO E PAZIENTE NELL'E-HEALTH

FRANCOANGELI, MILANO, 2011, € 15,00, PP. 128 - ISBN: 9788856840094

Internet continua a rivoluzionare il rapporto fra medico e paziente. I pazienti, oggi, trovano infatti sul web quel primo consulto che un tempo era fornito solo dal medico di fiducia. Blog, Social Network, Forum e OnLine Health Communities sono realtà sempre più numerose e frequentate, che danno ai malati e alle loro famiglie la possibilità di confrontarsi fra loro e scambiarsi esperienze su sintomi, malattie e alternative terapeutiche, prima ancora che un medico possa fornire un parere specialistico sul singolo caso clinico. Questo fenomeno, difficile da arginare, rappresenta una rivoluzione copernicana nella dialettica medico-paziente e i professionisti del settore sanitario iniziano a prenderne coscienza. Nasce anche un nuovo linguaggio parallelo, che implica nuovi concetti, come la «webautonomy» o la «cyberchondria», che ridisegnano il concetto di consenso informato e di atteggiamento dell'individuo nei confronti della malattia. Il testo – ideato per medici, studenti e per quanti, a vario titolo, si interessino al mondo della e-Health – oltre a una accurata descrizione degli strumenti forniti dal web, si sofferma su alcune considerazioni etiche e medico-legali non trascurabili.

INDICE PREFAZIONE. PARTE PRIMA. MEDICO A PAZIENTE NELL'«E-HEALTH»: NUOVE FRONTIERE IN MEDICINA, DI MARIA GIOVANNA RUBERTO - 1. WEB E MEDICINA, UN CONNUBIO INEVITABILE, DI MARIA GIOVANNA RUBERTO - 1.1. WEB 2.0: DEFINIZIONE; I CONCETTI CHE STANNO ALLA BASE DEL WEB 2.0 - 1.2. APPLICAZIONI DEL WEB 2.0 IN SANITÀ - 1.3. STUDI SULL'IMPIEGO DEL WEB 2.0 IN SANITÀ - 2. NUOVI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE IN MEDICINA, DI MARIA GIOVANNA RUBERTO - 2.1. I PODCAST - 2.2. I BLOG - 2.3. I WIKI - 2.4. I SOCIAL NETWORK - 2.5. LE ONLINE HEALTH COMMUNITIES - PARTE SECONDA. RACCONTARSI SUL WEB, DI ALESSANDRO DE GAETANO - 3. DEMATERIALIZZAZIONE IN MEDICINA: NUOVI STRUMENTI DI «STORAGE» E CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI SANITARIE PERSONALI, DI ALESSANDRO DE GAETANO - 3.1. I PERSONAL HEALTH RECORD - 3.2. CARTELLA CLINICA ELETTRONICA - 4. LA FARMACIA VIAGGIA SUL WEB, DI GIORGIO FERRARI - 4.1. LO STUDIO DI INVANITSKAYA E BROOKIN-FISHER - 5. CONSIDERAZIONI ETICHE E MEDICO LEGALI, DI MARIA GIOVANNA RUBERTO - 5.1. ASPETTI CRITICI DEI NUOVI STRUMENTI DEL WEB 2.0 - 5.2. IL PROBLEMA DELLA VERIDICITÀ SCIENTIFICA DELL'INFORMAZIONE MEDICA SUL WEB - 5.3. UN NUOVO CONCETTO, LA WEBAUTONOMY - 5.4. CYBERCHONDRIA: NUOVO PATOFobia LEGATA AL WEB - 5.5. CENNI SULLE CONSEGUENZE GIURIDICHE - 5.6. NUOVI ASPETTI DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA - 5.7. IL CONSENSO INFORMATO NELL'ERA DIGITALE - 5.8. PRIVACY E SICUREZZA DEI DATI SANITARI NELL'ERA DIGITALE - POSTFAZIONE, DI MARIA GIOVANNA RUBERTO - BIBLIOGRAFIA

Francesco Taroni

POLITICHE SANITARIE IN ITALIA: IL FUTURO DEL SN IN UNA PROSPETTIVA STORICA

PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2011, € 26,00, PP. 352 - ISBN: 9788849003789

Il libro tenta di ricostruire un resoconto plausibile del profilo politico e intellettuale delle politiche sanitarie in Italia dal secondo dopoguerra all'inizio del nuovo secolo: l'emergere delle loro idee, i conflitti che esprimono e hanno alimentato, i processi attraverso cui si sono imposte e sono state tradotte in legge o rigettate nonché le forme in cui sono state attuate, o non attuate, sullo sfondo dell'evoluzione delle altre istituzioni del welfare e del più generale contesto sociale, economico e politico del Paese. La densità e la portata degli eventi di oltre mezzo secolo di pra-

tica medica, scoperte scientifiche e innovazioni tecnologiche e organizzative in ambito sanitario, l'entità dei cambiamenti nel profilo di salute della popolazione, che ha visto aumentare la sua aspettativa di vita di oltre 20 anni e ha modificato profondamente la sua patocenosi attraversando varie transizioni epidemiologiche (inclusa quella fondamentale del passaggio dalle patologie da privazione a quelle dell'eccesso che in Italia ha spesso intrecciato le malattie della miseria con le malattie del progresso), la profonda trasformazione delle basi materiali oggetto delle politiche sanitarie hanno modificato la qualità dei temi su cui si è esercitato il governo dei sistemi sanitari, passato dai problemi della crescita dell'offerta e dell'espansione dell'accesso ai servizi sanitari durante l'«età dell'oro» dei sistemi di welfare terminata con le crisi del petrolio degli anni '70 a quelli del controllo dell'eccesso, rivolti al contenimento dei consumi e della spesa tipici dei tempi moderni. In questo lungo arco di tempo, anche le politiche sanitarie italiane hanno dovuto affrontare le conseguenze della circolarità delle relazioni fra la domanda di espansione della copertura assicurativa della popolazione e l'aumento dell'efficacia, della complessità e del costo dell'assistenza sanitaria che ha caratterizzato i sistemi sanitari di tutti i Paesi. Anche per l'impossibilità di affrontare adeguatamente un ambito tanto ampio e diverso, si limita l'oggetto a un'interpretazione restrittiva del concetto di politica sanitaria rispetto a quello più ampio delle politiche per la salute, con l'obiettivo di descrivere il profilo di lungo periodo dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia, concentrandosi in particolare sui suoi aspetti politici e istituzionali. Al profilo diacronico delle politiche sanitarie italiane il libro affianca un'analisi comparativa delle similarità e delle differenze con cui altri Paesi, Gran Bretagna e Canada in particolare, hanno affrontato problemi analoghi, anche per evidenziare fenomeni di migrazione delle idee e di apprendimento sociale. Numerose le analogie nel passaggio da forme di copertura pressoché completa a servizi sanitari nazionali su base universalistica e finanziati dalla fiscalità generale, o da una combinazione di fiscalità provinciale e di trasferimenti nazionali. In ragione della stretta interdipendenza fra le condizioni di salute o di non-salute della popolazione, la distribuzione dei loro determinanti sociali e i processi di formulazione delle politiche per favorirne o contrastarne gli effetti attraverso le varie forme di intervento collettivo, incluso quello dello Stato, le politiche sanitarie e i sistemi sanitari esprimono contemporaneamente lo specchio della società e l'immagine dello Stato. Rinnovare l'attenzione dedicata dalla Medicina sociale italiana all'analisi dei sistemi sanitari come fenomeno culturale, politico e istituzionale è uno degli obiettivi di questo contributo. Tuttavia, per l'assenza di una storiografia come quella che si è sviluppata attorno al National Health Service britannico, non si tratta propriamente di un libro di storia dell'assistenza sanitaria in Italia quanto piuttosto di un appello a che gli storici tornino a occuparsi della sanità e della salute nel Paese. Tale assenza costituisce un limite oggettivo al lavoro di coloro che, a vario titolo e a diversi livelli, sono oggi impegnati nel governo del Ssn e nella gestione delle sue organizzazioni. La mancanza di una consapevolezza della continuità dei problemi e delle loro cesure li priva, infatti, di un importante strumento per valutare e quindi anche affrontare i problemi attuali, imparare a imparare dalla nostra stessa esperienza nel momento in cui persino il grande bazar transcontinentale delle idee che aveva alimentato la febbre delle «assurde utopie» degli anni '90 sembra aver esaurito la sua riserva di mode, entusiasmi mal riposti e ridicole assurdità.

INDICE 1. LA SANITÀ ALLA FINE DELLA GUERRA - 2. L'ODISSEA DI UNA RIFORMA MANCATA - 3. LA SANITÀ AL TEMPO DELLE MUTUE - 4. UNO SGUARDO TRASVERSALE: GLI OSPEDALI IN ITALIA, 1943-1975 - 5. POLIO, TALIDOMIDE ED ALTRI DISASTRI - 6. L'ILLUSIONE RIFORMISTA - 7. UNA RIFORMA DIFFICILE DA EVITARE - 8. L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 9. IL DISFARSI DI UNA RIFORMA - 10. LA RIFORMA DELLA RIFORMA - 11. FRA COMPETIZIONE E INTEGRAZIONE - 12. TEMPI MODERNI - APPENDICE. I GOVERNI ED I RESPONSABILI DELLA SANITÀ E DELLA SALUTE DAL 1943 AD OGGI - BIBLIOGRAFIA

Andrea Vettori, David Vannozzi

LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE INDIVIDUALI NELLE AZIENDE SANITARIE

FRANCOANGELI, MILANO, 2011, € 17,00, PP. 144 - ISBN: 9788856832617

Alla luce della legge 15/2009 e del D.L.vo 150/2009 (cosiddetta Riforma Brunetta) il testo si propone come guida pratica e di facile consultazione per la creazione o il rafforzamento di un

modello di valutazione delle performance individuali per le aziende sanitarie. Gli autori – uno consulente e formatore nell’area dell’organizzazione e dello sviluppo delle risorse umane nelle aziende sanitarie, l’altro direttore amministrativo di un’azienda sanitaria locale – hanno con la loro attività acquisito particolare capacità di comprensione delle aziende sanitarie e delle competenze specifiche nell’area delle risorse umane, grazie a situazioni, problematiche e opportunità incontrate nel corso della loro attività quotidiana. Il testo è pertanto arricchito dalle esperienze sul campo che ne costituiscono parte integrante e fondamentale; il taglio è agile e si caratterizza per la presenza di esempi concreti, di strumenti di rapida applicabilità, di 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 volume si rivolge, quindi, 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 articola e che cosa, di conseguenza, occorre fare per sviluppare un sistema di valutazione della performance individuale.

INDICE SCOPO DEL TESTO - LA NECESSITÀ DI PARLARE LA STESSA LINGUA: UN GLOSSARIO PER PARTIRE - PARTE PRIMA. 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. IL MODELLO 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 – PARTE SECONDA. LA PERFORMANCE - 5. 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; FEED-BACK E COACHING - 7.2. LA REVISIONE - 7.3. LA VALUTAZIONE O MISURAZIONE FINALE - PARTE TERZA. RIPERCORRIAMO IL PROCESSO DI PERFORMANCE - 8. UN POSSIBILE MODELLO ORGANIZZATIVO FUNZIONALE - 8.1. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI - 8.2. MODELLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE - 8.3. MODELLO ORGANIZZATIVO - 8.4. OBIETTIVI E INDICATORI DI PERFORMANCE - 8.5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE, VALUTAZIONE E RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI E PROCESSI CORRELATI ALLA VALUTAZIONE - BIBLIOGRAFIA

Giovanna Vicarelli (a cura di)

REGOLAZIONE E GOVERNANCE NEI SISTEMI SANITARI EUROPEI

IL MULINO, BOLOGNA, 2011, PP. 200, € 16,00

Le riforme sanitarie degli anni Novanta sono state realizzate in un ambiente in cui tutti i modelli di welfare europei si sono trovati a perseguire gli stessi obiettivi e affrontare le stesse sfide. Le preoccupazioni per la crescita dei costi, dovute a fattori tanto demografici quanto tecnico-scientifici, hanno ovunque dato vita a un processo di ricerca di efficienza che da allora è diventato un fattore permanente di ogni politica sanitaria. Tali sfide e tali obiettivi sono stati nei vari paesi percepiti allo stesso modo? Hanno dato risultati simili? Hanno condotto a una minore divergenza nei modelli di welfare europei? La risposta a simili interrogativi non può essere univoca: dai contributi raccolti in questo volume nascono tuttavia suggestioni interessanti su una ibridazione dei modelli sanitari europei che sembra essersi creata proprio a partire dalle riforme degli anni Novanta.

INDICE INTRODUZIONE - 1. CONVERGENZA E DIVERGENZA NELLE RIFORME DEI SERVIZI SANITARI NAZIONALI EURO-MEDITERRANEI, DI GUIDO GIARELLI - 2. IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO ALLA PROVA DEL NEW PUBLIC MANAGEMENT, DI EMMANUELE PAVOLINI - 3. LA DIFFICILE TRANSIZIONE DEI SISTEMI SANITARI POST-SOCIALISTI: IL CASO DELLA REPUBBLICA CECA, DI EVA KRIZOVA - 4. LE TRASFORMAZIONI NEL GOVERNO DELL’ASSICURAZIONE MALATTIA: UNA COMPARAZIONE FRANCIA-GERMANIA, DI PATRICK HASSENTEUFEL - 5. MERCATO E DEVOLUTION E CULTURE. IL NEW LABOURS E LA MODERNIZZAZIONE DEL NATIONAL HEALTH SERVICES, DI STEFANO NERI - 6. IL DIBATTITO SULLA CONVERGENZA O DIVERGENZA DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI: DALL’IPOTESI DEL CONTINUUM A QUELLA DI UNA GEOMETRIA NON EUCLIDEA, DI LAURA CABIEDES E ANA MARTA CUILLEN - 7. UN’ANALISI COMPARATA DELLE DISEGUAGLIANZE DI SALUTE IN EUROPA, DI SARA DELLA BELLA, MARIO LUCCHINI, SIMONE SARTI, MARA TOGNETTI BORDOGNA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

SHAH N.M., BRIEGER W.R., PETERS D.H.
Can interventions improve health services from informal private providers in low and middle-income countries? A comprehensive review of the literature
Health Policy and Planning, 2011, 26 (4), pp. 275-287

LEWIS R.Q., THORLBY R.
Liberalizing the health care market: the new Government's ambition for the English National Health Service
International Journal of Health Services, 2011, 41 (3), pp. 565-574

WINTERHALTER S.J.
Economic factors converge: force hospitals to review pricing strategies
Journal of Health Care Finance, 2011, 37 (4), pp. 15-35

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

LEVIN A., KADDA M.
Role of the private sector in the provision of immunization services in low- and middle income countries
Health Policy and Planning, 2011, 26 (s1), pp. i4-i12

GRIGNON M.
Financement public ou privé de la dépense de soins: un bilan des connaissances
Journal d'économie médicale, 2011, 29 (3), pp. 113-124

STAFINSKI T., MENON D., PHILIPPON D.J., MCCABE C.
Health technology funding decision-making processes around the world: the same, yet different
Pharmacoeconomics, 2011, 29 (6), pp. 475-495

ABBAFATI C., SPANDONARO F.
Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale
Politiche sanitarie, 2011, 12 (2), pp. 45-55

ECONOMIA DEL FARMACO

MENTZAKIS E., STEFANOWSKA P., HURLEY J.
A discrete choice experiment investigating preferences for funding drugs used to treat orphan disease: an exploratory study
Health Economics, Policy and Law, 2011, 6 (3), pp. 405-433

CUTLER T.W., STEBBINS M.R., SMITH A.R., PATEL R.A., LIPTON H.L.
Promoting access and reducing expected out-of-pocket prescription drug costs for vulnerable Medicare beneficiaries: a pharmacist-directed model
Medical Care, 2011, 49 (4), pp. 343-347

GERBER A., STOCK S., DINTSIOS C-M.
Reflections on the changing face of German pharmaceutical policy: how far is German from value-based pricing?
Pharmacoeconomics, 2011, 29 (7), pp. 549-553

HUGHES D.A.
Value-Based Pricing. Incentive for innovation or Zero Net Benefit
Pharmacoeconomics, 2011, 29 (9), pp. 731-735

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

XU W., SHEIMAN I., VAN DE VEN W.P.M.M., ZHANG W.
Prospects for regulated competition in the health care system: what can China learn from Russia's experience?
Health Policy and Planning, 2011, 26 (3), pp. 199-209

HSIEH S.Y.
Healthcare complaints handling systems: a comparison between Britain, Australia and Taiwan
Health Services Management Research, 2011, 24 (2), pp. 91-95

NAYLOR C., GOODWIN N.
The use of external consultants by NHS commissioners in England: what lessons can be drawn for GP commissioning?
Journal of Health Services Research & Policy, 2011, 16 (3), pp. 153-60

MARKS L., CAVE S., HUNTER D., MASON J., PECKHAM S., WALLACE A.
Governance for health and wellbeing in the English NHS
Journal of Health Services Research & Policy, 2011, 16 (suppl. 1), pp. 14-21

GUAN X., LIANG H., XUE Y., SHI L.
An analysis of China's national essential medicines policy
Journal of Public Health Policy, 2011, 32 (3), pp. 305-319

DOURADO I., OLIVEIRA V.B., AQUINO R., BONOLO P., LIMA-COSTA M.F., MEDINA M.G., MOTA E., TURCI M.A., MACINKO J.
Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil)
Medical Care 2011, 49 (6), pp. 577-584

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

SPURGEON P., MAZELAN P.M., BARWELL F.
Medical engagement: a crucial underpinning to organizational performance
 Health Services Management Research, 2011, 24 (3), pp. 114-120

ESCAFFRE J-P.
Autonomie, dépendance, stratégie. Essai théorique et application à la conduite des organisations de soins
 Journal d'Economie Médicale, 2011, 29 (1-2), pp. 5-17

LEACH SEARLE L., MYRTLE R.C., WEAVER F.A.
Surgical teams: role perspectives and role dynamics in the operating rooms
 Health Services Management Research, 2011, 24 (2), pp. 81-90

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

LORUSSO S.
I sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Puglia
 Sanità Pubblica e Privata, 2011, 3, pp. 33-45

KLAZINGA N., FISCHER C., TEN ASBROEK A.
Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe
 Journal of Health Services Research & Policy, 2011, 16, (suppl. 2), pp. 38-47

TSOURAPAS A., FREW E.
Evaluating «success» in programme budgeting and marginal analysis: a literature review
 Journal of Health Services Research & Policy, 2011, 16 (3), pp. 177-183

MENACHEMI N., SHIN D.Y., FORD E.W., YU F.
Environmental factors and health information technology management strategy
 Health Care Management Review, 2011, 36 (3), pp. 275-285

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

HENSHALL C., MARDHANI-BAYNE L., FRØNSDAL K.B., KLEMP M.
Interactions between health technology assessment, coverage, and regulatory processes: emerging issues, goals, and opportunities
 International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2011, 27 (3), pp. 253-260

NIELSEN C.P., FUNCH T.M., KRISTENSEN F.B.
Health technology assessment: research trends and future priorities in Europe
 Journal of Health Services Research and Policy, 2011, 16 (suppl. 2), pp. 6-15

STAFINSKI T., MENON D., MCCABE C., PHILIPPON D.J.
To fund or not to fund; development of a decision-making framework for the coverage of new health technologies
 Pharmacoeconomics, 2011, 29 (9), pp. 771-780

BARRY M.
Documenting the Genie's Escape: Robotic Surgery
 Medical Care, 2011, 49 (4), pp. 340-342

VALUTAZIONI ECONOMICHE

ERNTOFT S.
Pharmaceutical policy setting and the use of health economic evaluations: a systematic literature review
 Value in Health, 2011, 14 (4), pp. 587-599

LARG A., MOSS J.R.
Cost-of-Illness Studies: a guide to critical evaluation
 Pharmacoeconomics, 2011, 29 (8), pp. 653-671

LE Q.A., DOCTOR J.N.
Probabilistic mapping of descriptive health status responses onto health state utilities using Bayesian networks: an empirical analysis converting SF-12 into EQ-5D utility index in a national US sample
 Medical Care, 2011, 49 (5), pp. 451-460

JIT M., BRISSON M.
Modelling the epidemiology of infectious disease for decision analysis
 Pharmacoeconomics, 2011, 29 (5), pp. 371-386

UN'OCCASIONE UNICA VALIDA FINO AL 31 MARZO 2012

È UN'OFFERTA REGALO

«gli 80 di MECOSAN»

CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE

Vi prego di voler spedire all'indirizzo sotto riportato l'opera completa

gli 80 fascicoli di Mecosan

(dal 1992 al 2011)

+ il CD-rom Mecosan bit

al prezzo promozionale e complessivo di € 5.200,00 (anziché € 6.905,00).

Pertanto:

Barrare la casella che interessa

- Accludo **assegno bancario o circolare**, non trasferibile, intestato a **SIPIS S.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/**c.c.p. n. 72902000** intestato a **SIPIS S.r.l. - Roma - Viale Parioli, 77**, come da ricevuta allegata
- Ho versato l'importo con bonifico bancario (con eventuali spese di commissione bancaria a mio carico) sul c.c. della Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM

..... lì

Firma

(In caso di Ente, U.s.l., Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

N.B. Chi, in quanto già abbonato negli anni precedenti, ha interesse a completare l'opera (Gli 80 fascicoli di Mecosan) con le annate arretrate mancanti, o con qualche fascicolo consegnato all'amico e non più restituito, potrà richiederli al prezzo promozionale sotto indicato:

- n. copie del fascicolo n. al prezzo promozionale di euro 68,00 cadauno fino ad esaurimento delle scorte;
- n. copie dell'annata arretrata al prezzo speciale di euro 280,00 cadauna fino ad esaurimento delle scorte.

Il pagamento dovrà avvenire entro il 31/03/2012, contestualmente all'ordine con le modalità sopra indicate.

La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

DESTINATARIO

Ragione sociale

Servizio

Via

C.a.p. Località

Prov. Fax Tel.

Da restituire, in busta chiusa, per evitare eventuali ritardi, disguidi o smarrimenti, o mediante fax al n. 068085817 o e-mail sipedis@tin.it

Costo dell'abbonamento per l'anno 2011: € 345,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2011 è fissato in:

€ 345,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del	3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del	5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del	10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del	15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti. Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2011 per l'estero è fissato come segue: € 345,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 445,00, per il resto del mondo (più spese postali).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 320,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 320,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 320,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 320,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 320,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 320,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 320,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 320,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 320,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 320,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 345,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 345,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 345,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 345,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 345,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 345,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 345,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 345,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600)	€ 345,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 5.359,25, anziché € 6.305,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.