

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 84 OTTOBRE-DICEMBRE 2012

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Generare e comunicare valore nel Ssn
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** (Ri) progettazione organizzativa e soddisfazione lavorativa: evidenze dai dipartimenti ospedalieri italiani
Federica Morandi, Daniele Mascia, Americo Cicchetti
- 27** Health Literacy: una review della dottrina internazionale
Rocco Palumbo

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 51** Applicazione di tecniche di operations management per minimizzare il costo di trasporto di pazienti
A. Agnetis, G. De Pascale, P. Detti, J. Raffaelli, P. Chelli, R. Colombai, G. Marconcini, E. Porfido, A. Coppi
- 63** La rete della post-acuzie: un sistema di continuità di cura ospedale-territorio dell'area bolognese
Massimo Annicchiarico, Marilina Colombo, Adalgisa Protonotari
- 79** Esperienza innovativa di rendicontazione sociale. Il caso del Cardiocentro Ticino
Cecilia Aquila, Cristina Largader
- 99** Pubblicazione e comunicazione delle Valutazioni di esito: esperienze internazionali
Alice Basiglioni, Carlo A. Perucci
- 131** I comportamenti safer sex tra i giovani adulti eterosessuali: una survey in tre città italiane
Emilio Tanzi

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 141** Novità bibliografiche

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
Federico Lega
Manuela S. Macinati
Antonio Nisio
Anna Prenestini
Elisabetta Reginato
Salvatore Russo
Domenico Salvatore
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@unibocconi.it

ABBONAMENTI

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 2013 versare l'importo di € 360,00 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 € 99,00

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.

Generare e comunicare valore nel Ssn

ELIO BORGONOVÌ

Uno dei settori più colpiti dalle misure di contenimento e di controllo della spesa e del disavanzo pubblico è sicuramente quello della tutela della salute. La situazione generale del Paese è indubbiamente di grande difficoltà e tutti i settori, pubblici e privati, devono dare il proprio contributo non solo e non tanto al risanamento ma, soprattutto, alla ripresa di un processo di crescita. Il Ssn è chiamato a dare il proprio contributo essenzialmente su quattro fronti:

- 1) eliminazione e riduzione di sprechi e inefficienze;*
- 2) lotta alla corruzione;*
- 3) produzione di un valore reale;*
- 4) comunicazione del valore, sia ai cittadini, sia ai responsabili nazionali e internazionali delle politiche economiche.*

Fin dal suo avvio Mecosan ha posto al centro degli editoriali e di tantissimi articoli il tema della eliminazione o riduzione di sprechi e inefficienze. In questo editoriale si intende richiamare l'attenzione del lettore su tre aspetti: il fatto che gli interventi di lotta agli sprechi e alle inefficienze saranno sempre necessari, la constatazione che si è molto parlato di possibili interventi su questo fronte e poco si è fatto, la speranza (o la previsione) che i vincoli esterni possano ora rendere più forti ed efficaci le azioni su questo fronte.

Si è parlato meno della corruzione per una ragione semplice, ma che tuttavia non può essere portata come scusante. Gli studiosi di management applicato al sistema di tutela della salute si occupano di analizzare le condizioni di funzionalità delle aziende e di sistemi di aziende e, perciò, storicamente hanno dato meno rilevanza agli aspetti patologici. Usando una metafora medica, si può dire che gli studi di management si sono concentrati su anatomia e fisiologia e molto meno sulla patologia delle aziende. Inserendoci nel più ampio dibattito sulle politiche di prevenzione e contrasto della corruzione, recentemente riproposte all'attenzione dell'opinione pubblica con l'approvazione della legge n. 190 del 6 novembre 2012, è opportuno partire da un dato di fatto. Poiché molti settori dell'economia sono in crisi, per esempio quello dell'edilizia pubblica e privata, quello delle grandi infrastrutture, quello delle attività commerciali e altri, si può facilmente presumere che i fenomeni di corruzione si siano concentrati sui circuiti della spesa per la tutela della salute, un settore che rappresenta il 7,1-7,3% del Pil, per quanto riguarda la spesa pubblica, il 9,6-9,8% del Pil per quanto riguarda la spesa totale e circa il 11,5-12% del Pil se si considerano anche i settori collegati.

Periodicamente, ma con una certa frequenza, sono oggetto di indagine e vengono portati all'attenzione dell'opinione pubblica dai media fenomeni quali «favoritismi» nell'accesso ai servizi sanitari (per esempio, il superamento delle liste di attesa nelle strutture pubbliche), prescrizione in eccesso di farmaci o prescrizioni di farmaci non efficaci, se non addirittura dannosi (per esempio, ormoni della crescita per bambini, prescrizioni false, ecc.), acquisto di tecnologie mediche, protesi, farmaci e altri beni di uso sanitario non necessari o che sono poco utilizzati, manipolazione di appalti che comportano costi eccessivi per aziende sanitarie locali o aziende ospedaliere, concessione di accreditamenti o convenzioni a strutture che non hanno i requisiti necessari. Tali fenomeni sono consentiti o stimolati da comportamenti di

corruzione attiva o passiva che si traducono in qualità inappropriata dell'assistenza e in un aumento di spesa pubblica e privata.

Per non cadere in un tipico atteggiamento italiano, creandoci illusioni da un lato e vedendo solo gli aspetti negativi della realtà dall'altro (specie se si tratta della realtà del settore pubblico in questa fase storica), in questo editoriale si ritiene opportuno proporre al lettore alcune considerazioni sulla dimensione positiva, sintetizzate nel concetto di «generazione e comunicazione del valore». Il sistema di tutela della salute genera valore ogni volta che previene l'insorgere di malattie, produce servizi di diagnosi precoce, di cura e di riabilitazione in tempi rapidi, è in grado di trattare condizioni di cronicità e di lungodegenza consentendo alle persone di mantenere l'autonomia nello svolgimento delle funzioni essenziali (quali vestirsi, cibarsi, muoversi, in alcuni casi continuare a lavorare, ecc.), promuove un miglioramento del benessere fisico, psichico (e spirituale). Se questi risultati sono ottenuti «a parità di costi», si può dire che il Ssn ha contribuito a produrre valore per l'economia e la società.

Tuttavia, a nessuno sfugge l'intrinseca difficoltà di misurazione di questo valore per il servizio pubblico, chiamato a garantire l'universalità dell'assistenza finanziata con la tassazione. Infatti, se ci si pone nella prospettiva di una azienda sanitaria privata finanziata tramite prezzi pagati direttamente dai pazienti o indirettamente dalle assicurazioni, dalle mutue o da fondi integrativi, si potrebbe avere una «misura del valore prodotto» dato dalla moltiplicazione dei prezzi unitari e delle quantità/qualità dei servizi. A servizi di qualità più elevata corrisponderebbero prezzi più elevati, a parità di altre condizioni. Nel caso del servizio pubblico, invece, il valore prodotto può essere misurato solo indirettamente e per confronto rispetto a una situazione precedente. Se, per esempio, in un certo anno si riducono, rispetto a quello precedente, le giornate di lavoro complessivamente perse dai pazienti a seguito dell'introduzione di nuove metodiche assistenziali o di una migliore organizzazione di ospedali, laboratori, ambulatori e servizi di medicina generale sul territorio, il valore prodotto potrebbe essere stimato indirettamente moltiplicando gli anni/persona risparmiati per il valore del prodotto medio pro-capite del Paese. Si tratta di una misurazione molto complessa sul piano concettuale, metodologico e tecnico, poiché richiede una serie di ipotesi relative al tasso di disoccupazione (per esempio, i vantaggi in termini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di persone non occupate devono essere ugualmente calcolati?), ai redditi medi dei pazienti (per esempio, è opportuno considerare la media generale dei redditi o suddividere i pazienti per «classi di reddito»?), alla distribuzione per sesso dei pazienti (per esempio, poiché nel nostro Paese le remunerazioni delle donne sono mediamente inferiori a quelle degli uomini, è opportuno e corretto tenere questa distinzione che farebbe aumentare il valore semplicemente se i vantaggi fossero maggiori per gli uomini rispetto alle donne?), all'età dei pazienti (per esempio, come valutare i benefici che vanno a vantaggio di persone che godono del trattamento pensionistico).

Se si attuano confronti tra regioni o tra Paesi sulla base della incidenza della spesa sul Pil o della spesa pro capite, concettualmente si può facilmente dire che, a parità di tali valori, una regione o un Paese ha prodotto un «valore superiore» a un altro se sono inferiori i tassi di mortalità, di morbilità, di giornate perse a causa dell'insorgere di malattie. Un maggiore valore è consentito in virtù di una efficace prevenzione (primaria o secondaria), di appropriate diagnosi e terapie, di una elevata qualità dei servizi di riabilitazione. Anche in questo caso non sarebbe superato il problema della «quantificazione» del maggiore valore prodotto, per cui coloro che sostengono le «inderogabili necessità di contenimento della spesa pubblica» potrebbero continuare ad argomentare scelte di riduzione del finanziamento, trascurando le analisi che invece accettano per imprese che operano sul mercato e che non si pongono l'obiettivo primario di riduzione dei costi, ma quello di aumentare la differenza tra ricavi (il valore riconosciuto dal mercato) e costi, sia essa definita genericamente «profitto» o contabilmente «utile di esercizio».

Oltre ai problemi di concettualizzazione del «valore pubblico», ossia del valore prodotto da un sistema pubblico quale è il Ssn, e ai problemi di misurazione, è opportuno approfondire la

dimensione della «produzione del valore». Si può dire che esso è generato da quattro differenti «catene di relazioni» o «catene del valore».

La prima riguarda il sistema delle conoscenze di carattere scientifico sui processi che influenzano l'evoluzione dello stato di salute. Si fa riferimento alle conoscenze biomediche, genetiche, dei fattori ambientali, degli stili di vita che possono generare l'insorgere di malattie o che, se affrontati anticipatamente (prevenzione), possono evitare l'insorgere di malattie o il loro manifestarsi in età più avanzata. Interventi su questi fattori possono, inoltre, migliorare lo stato di salute. Questa catena del valore parte dalla ricerca, sia da quella di laboratorio che da quella clinica, che è strettamente collegata all'assistenza. Nell'affrontare e risolvere problemi di salute i medici e gli altri operatori del sistema (per esempio, nell'ambito della ricerca infermieristica) imparano a conoscere come le persone reagiscono a certi trattamenti e, quindi, sviluppano conoscenze. Essa si sviluppa con la diffusione della conoscenza che può seguire due differenti processi: può essere incorporata in farmaci o in tecnologie della salute, oppure può diventare patrimonio di medici, infermieri, biologi, ecc. Anche se la maggior parte degli studiosi sostiene che le conoscenze riguardanti la salute debbano passare dalle persone, non è certo superata una tendenza che nell'ultimo quarto di secolo sembra aver privilegiato la tecnologia, sia del farmaco, sia delle grandi attrezzature diagnostiche della strumentazione tecnologica di laboratorio, dei devices di vario tipo.

Questa prima catena del valore si conclude con le relazioni tra medico (o altro operatore della salute) e paziente. Una relazione che richiede una riflessione, in quanto è caratterizzata da una dimensione tradizionale (la fiducia nel medico di famiglia o nel medico personale, l'atteggiamento psicologico di chi affida ad altri i problemi che riguardano la propria salute, la concezione umanistica del rapporto), da una dimensione divenuta più rilevante negli ultimi decenni, legata all'influenza dell'organizzazione su questo rapporto (si ricorda per tutti l'effetto di «spersonalizzazione» del rapporto nelle grandi strutture o nelle metodiche assistenziali nelle quali prevale la tecnologia) e da una dimensione che ha assunto rilevanza negli ultimi anni (la dominanza dei media e del mondo web che diffonde conoscenze). Per generare un valore reale non transitorio e che abbia una prospettiva durevole nel tempo, è necessario ricondurre a unitarietà queste tre dimensioni. Se si escludono le situazioni di comportamenti non etici e addirittura illegali di medici e altri operatori che subordinano al proprio l'interesse dei pazienti a ottenere servizi appropriati, si può dire che le maggiori debolezze della fase finale di questa catena del valore siano individuabili:

- nell'eccessiva specializzazione, che determina una focalizzazione sulla qualità dell'atto (per esempio, dell'atto chirurgico, dell'uso di robot chirurgici, dell'impianto di devices di ultima generazione), sulla patologia, sull'organo, ma fa perdere una visione di insieme delle cure sulla persona;
- nell'eccessiva fiducia, che spesso viene attribuita all'efficacia di farmaci, di tecnologie diagnostiche (analisi di laboratorio e diagnostica per immagini) e negli indicatori di «normalità» di parametri di salute, che indebolisce la specificità della conoscenza di persone su altre persone e che riduce la capacità di diagnosi costruite sulla corretta applicazione dei principi fondamentali dell'anamnesi e che impedisce di adattare le cure alle reali esigenze di ogni persona (personalizzazione della diagnosi e cura);
- nel modo anonimo in cui sempre più spesso sono gestite queste relazioni, per esempio discutibile interpretazione del «consenso informato» e della corretta informazione scientifica che porta molti medici e altri operatori a comunicare diagnosi e prognosi relative a gravi condizioni di salute, senza preoccuparsi dei possibili e devastanti effetti sul piano psicologico per i pazienti o per i loro cari (dovrebbe essere rivalutato il ruolo della psicologia e dell'etica della comunicazione per medici, infermieri, altri operatori);
- nella difficoltà con cui i sistemi ufficiali di assistenza si rapportano con i media (in genere si trovano impreparati di fronte a casi reali o presunti di mala sanità, non sono proattivi nel comunicare iniziative positive del sistema di assistenza) e nel ritardo con cui cercano di inserirsi nella comunicazione che viaggia in rete (dove i siti ufficiali o comunque controllati

su base scientifica sono assai meno numerosi dei siti o delle informazioni sulla salute non controllate, spesso scientificamente infondate, altre volte condizionate da interessi di varia natura).

Una seconda componente della catena del valore riguarda l'apporto dell'innovazione tecnologica che nasce nelle aziende collegate al settore. In considerazione del fatto che l'innovazione di prodotto, di processi e di modalità di utilizzo dei beni rappresenta un, se non il più importante, fattore distintivo della competizione nell'economia globalizzata, si rileva che anche le imprese che fanno parte del settore integrato della salute sono fortemente dinamiche su questo aspetto. Per imprese integrate nel settore della salute si intendono quelle che mettono a punto prodotti quali farmaci, tecnologie mediche, altri beni di consumo quali fili chirurgici, abbigliamento per ambienti sterili, attrezzature per mobilitare pazienti non autosufficienti, ecc. Sono imprese che investono nella ricerca finalizzata a individuare nuovi principi attivi, strumenti per la digitalizzazione e trasmissione a distanza per gli esami di laboratorio e delle immagini, che sviluppano conoscenze nel campo delle modalità di utilizzo delle nuove tecnologie e dei nuovi beni (innovazione di processo), nuovi approcci al paziente (ad esempio, utilizzo di tecnologie e di beni di consumo in contesti di assistenza a domicilio o sul territorio invece che in contesti ospedalieri).

Queste imprese contribuiscono a «produrre valore» per il paziente solo se non si percepiscono e non operano come semplici fornitori delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, fornitori che non si occupano di trasferire le conoscenze a chi utilizzerà quelle tecnologie e quei beni. Ciò vuol dire che, oltre a, e sempre più spesso al posto di, metodi e tecniche (lecite o illecite, come nel caso di corruzione legata agli appalti per attrezzature, apparecchiature o per la fornitura di beni di consumo) di marketing nei confronti delle aziende sanitarie, esse accettano o propongono di diventare partner delle aziende sanitarie e aziende ospedaliere per attuare le seguenti strategie:

- 1) realizzare le modalità di utilizzo delle tecnologie e dei beni, anche quando sviluppati autonomamente o adattati alla sanità, a seguito di innovazioni sviluppate per altri utilizzi, ricercando il migliore rapporto tra benefici (per il paziente, per le aziende, per il sistema) e costi;
- 2) individuare, insieme alle aziende, rilevanti problematiche di salute (bisogni reali e non indotti) per orientare la ricerca di nuove tecnologie e di nuovi beni;
- 3) definire, congiuntamente alle aziende sanitarie o ospedaliere, obiettivi di qualità dell'assistenza sostenibile nel lungo periodo: l'innovazione di imprese che perseguono solo obiettivi di breve periodo, rischiano di determinare un effetto boomerang per i pazienti e per le stesse imprese, se esse sono utilizzate per aumentare la domanda di breve periodo (a volte non correlata a reali bisogni).

La terza componente della catena del valore è collegata alla capacità di governare le aziende sanitarie territoriali o ospedaliere. Si può definire questa componente come quella legata alla capacità di gestire organizzazioni complesse che operano in un contesto di incertezza, quest'ultima intesa non semplicemente come imprevedibilità del futuro, ma come non applicabilità al futuro dei trend o dei modelli interpretativi sul passato. Non si ritiene necessario ricordare in queste sedi i molti fattori che hanno modificato la natura dell'incertezza rispetto al futuro in cui si trovavano le aziende fino a 20-30 anni fa rispetto all'incertezza sul futuro che identifica l'attuale fase storica. Sinteticamente si può dire che, nel passato, le previsioni riguardanti il futuro erano definibili sulla base dell'analisi di trend storici o sulla base di alcuni modelli interpretativi che erano relativamente costanti, salvo alcune innovazioni che modificavano saltuariamente il contesto di riferimento. Si pensi, nella sanità, all'innovazione dei raggi x, che per circa un secolo è stata seguita da miglioramenti continui senza radicali modifiche, fino all'introduzione della Tac e poi in seguito della risonanza magnetica e della Pet. Oggi invece, in sanità come in altri settori, diventa difficile separare l'innovazione strutturale dalla innovazione continua, nel senso che anche le innovazioni che possono sembrare un miglioramento di precedenti tecnologie determi-

nano cambiamenti radicali nell'organizzazione e nell'approccio al paziente. Se a ciò si aggiunge il cambiamento dell'ambiente socioeconomico, che modifica in modo continuo e strutturale l'atteggiamento delle persone nei confronti della propria salute e delle modalità con cui rispondere ai propri bisogni, si può sottolineare che è possibile generare valore per il paziente solo se le aziende sono in grado di:

- a) reinterpretare continuamente il proprio fine di tutela della salute, adattandosi ai cambiamenti che si generano nella società, nell'economia, nell'ambiente fisico in cui ognuna opera;
- b) definire strategie di lungo periodo che, per tenere conto del nuovo tipo di incertezza, devono porsi degli obiettivi ma devono essere caratterizzati anche da una flessibilità che consenta un continuo adattamento;
- c) sviluppare competenze manageriali che consentano di tradurre le strategie in concreti interventi, competenze che non possono ridursi ai metodi e alle tecniche di management consolidati nelle teorie, ma devono partire da solidi principi per dare origine a soluzioni sempre diverse;
- d) generare figure professionali sempre nuove che si basano su conoscenze interdisciplinari.

Per generare valore per i pazienti è necessario mantenere solidi i principi della buona gestione aziendale, del rapporto fini-strumenti, avendo sempre chiaro che gestione aziendale e manageriale non vuol dire adottare modelli, metodi e tecniche uguali o simili a quelli adottati dalle imprese che operano sul mercato e nemmeno perseguire l'efficienza, come dicono erroneamente o strumentalmente alcuni critici dell'aziendalizzazione e del management. Vuol dire ricercare le «migliori soluzioni» per i pazienti, tenendo conto anche della sostenibilità economica di lungo periodo, senza la quale si perde autonomia e si è costretti ad accettare le imposizioni di chi deve coprire i disavanzi, sia esso lo Stato nei confronti delle Regioni e delle aziende sanitarie oppure i mercati finanziari che devono sottoscrivere il debito dello Stato.

La quarta dimensione della catena del valore è quella delle relazioni istituzionali. Per generare valore per i pazienti è necessario che lo Stato definisca in modo «coerente» i livelli essenziali di assistenza e l'ammontare delle risorse destinate a questo bisogno che, in un certo senso, può essere considerato un bene pubblico. I servizi di tutela della salute rispondono, infatti, sia a bisogni tecnicamente comuni (per esempio, igiene pubblica, lotta alle pandemie, ecc.), sia a bisogni tecnicamente individuali, quali sono per esempio le cure per patologie che colpiscono alcune persone e non altre. Ma la qualità complessiva di tutela della salute che un Ssn è in grado di garantire costituisce un «bene comune», poiché una popolazione sana è la migliore risorsa per lo sviluppo economico e sociale.

Questa funzione dello Stato di definire i livelli essenziali di assistenza, le risorse destinate a soddisfare questo bisogno, piani e linee-guida nazionali, che contengono regole uguali e uniformi per tutta la popolazione, deve essere completata con una ampia autonomia riconosciuta alle Regioni nel tradurre questi indirizzi generali in una organizzazione del sistema di offerta costruito sulle esigenze di territori e di comunità che, in un Paese composito come l'Italia, non sono uguali. A loro volta, le Regioni devono attuare scelte sul numero di aziende sanitarie, sulle modalità del loro finanziamento, sulla nomina dei dirigenti, sugli indicatori di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità in base ai quali valutare i risultati, sui sistemi di controllo che riconoscano alle aziende sanitarie territoriali e alle aziende ospedaliere l'autonomia sulla loro gestione interna. Senza autonomia è impensabile che standard e soluzioni definite a livello nazionale, o anche a livello regionale, possano generare elevato valore per i pazienti, poiché la tutela della salute non è attività standardizzabile. Ogni persona è diversa da ogni altra, ogni gruppo di persone (per età, sesso, condizione sociale ed economica, ecc.) è diverso da altri gruppi, ogni territorio è diverso da altri (per esempio, aree di pianura, di collina o di montagna che a volte coesistono all'interno della stessa azienda sanitaria locale). Pertanto, si «genera valore» solo in un sistema istituzionale che riconosce l'autonomia gestionale di chi è alla frontiera, ossia di chi deve erogare concretamente i ser-

vizi ai pazienti. Un sistema che è in grado di riconoscere le differenze e, tramite l'autonomia, consente e, anzi, stimola soluzioni che rispondono positivamente alle differenze, cercando invece di evitare o combattere soluzioni gestionali che danno origine a differenze «negative», ossia che sono espressione di sprechi, inefficienze, in appropriatezze, quando non addirittura di fatti illeciti. Un sistema istituzionale «genera valore» per i pazienti se è in grado di dare spazio a soluzioni sempre più coerenti con i bisogni, collegando tuttavia l'autonomia a sistemi di responsabilizzazione sul piano della sostenibilità di lungo periodo.

In conclusione, si può dire che la catena del valore per il paziente in effetti non è una catena unica, ma è costituita da quattro raggi convergenti sulle esigenze del paziente:

- quello che dalle conoscenze biomediche o di discipline della salute, tramite la formazione dei professionisti, si traduce in atti adeguati a soddisfare i bisogni di salute;
- quello dell'innovazione che, partendo dallo sviluppo di nuove tecnologie, si traduce in metodiche di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che arrivano al paziente con modelli assistenziali innovativi;
- quello delle conoscenze manageriali che, tramite la definizione di modelli organizzativi idonei a gestire la complessità e l'incertezza, si traducono in nuove figure professionali che agevolano i percorsi dei pazienti, all'interno non solo di ospedali ma di reti assistenziali;
- quello delle relazioni istituzionali che, attraverso la definizione di competenze di Stato, Regioni, aziende sanitarie, si traduce in scelte autonome che consentono di rispondere tempestivamente ai bisogni, consentendo le differenze fisiologiche ed evitando le differenze patologiche.

I quattro raggi di relazioni possono «generare valore» solo se sono tenuti uniti e integrati da una duplice relazione: devono essere originati dalla capacità di analizzare e interpretare i reali bisogni dei pazienti e la loro dinamica nel tempo e devono produrre soluzioni, la cui efficacia deve essere valutata prefigurando le ricadute sullo stato di salute dei pazienti.

(Ri) progettazione organizzativa e soddisfazione lavorativa: evidenze dai dipartimenti ospedalieri italiani

FEDERICA MORANDI, DANIELE MASCIA, AMERICO CICHETTI

Change is of quintessential importance for the survival and growth of organizations. Although quite promising, often organizational structures do not change in a manner that is consistent with expectations. In this paper we theorize that the nature of the organizational redesign strongly predicts workers' perception of their effectiveness and their overall satisfaction. The occasion to bring this theoretical issue to bear on the analysis of job satisfaction is provided by changes in structural design and behavioral data that we have collected on 397 physicians staffed in eighteen clinical directorates in the Italian National Health Service. Findings indicate that organizational design affect levels of job satisfaction. We conclude our paper by discussing the main implications of our findings for administrators and policy makers.

Keywords: organizational redesign, organizational features, employee satisfaction, health care organizations, clinical directorate

Parole chiave: riprogettazione organizzativa, design organizzativo, soddisfazione lavorativa, organizzazioni sanitarie, dipartimenti ospedalieri

Note sugli autori

Federica Morandi, Daniele Mascia, Americo Cicchetti - Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, Sede di Roma - federica.morandi@rm.unicatt.it

Attribuzione

Pur essendo frutto del lavoro congiunto degli autori, ad A. Cicchetti sono attribuiti i §§ 1 e 7, a D. Mascia i §§ 3 e 5 e a F. Morandi i §§ 2, 4 e 6

1. Introduzione

La dinamicità del contesto attuale determina nelle organizzazioni la necessità di innovare, ridisegnando la propria configurazione interna, non solo per rimanere competitive, ma più spesso per garantirsi la sopravvivenza. L'avanzamento delle innovazioni tecnologiche, ma anche le opportunità/necessità di acquisizioni e fusioni, impongono alle organizzazioni dei mutamenti talvolta drastici, sia nel modo di lavorare, che nei modelli organizzativi (Daft, 2007). Sotto tale prospettiva il sistema organizzativo aziendale dovrà adeguare le proprie capacità strategiche anche mediante lo sviluppo di una maggiore disponibilità ai processi di *redesign*, che non dovrà essere il risultato di scelte frammentarie, quanto piuttosto di processi di adattamento strategico, in linea con lo sviluppo globale dell'organizzazione e in risposta alle sollecitazioni provenienti dall'ambiente interno ed esterno all'azienda (Fontana, 1994). La gestione della riprogettazione organizzativa, come definito da Grandori (2007) si prospetta come un processo di previsione di scenari, di definizione di uno stato desiderato del sistema organizzativo, e di implementazione della forma organizzativa progettata a partire dallo *status quo*.

La scelta di adozione di determinati modelli organizzativi da parte delle aziende sembra essere sensibilmente influenzata dagli accadimenti che intervengono sia internamente che esternamente a esse (Seren, Baykal, 2007), apparendo tanto più importanti quanto più è rilevante il risultato da essi generato, sia a livello di disegno organizzativo, che di atteggiamento individuale dei lavoratori (Armenakis *et al.*, 1993).

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il processo di (ri) progettazione organizzativa e sue implicazioni
3. Ipotesi di ricerca
4. Metodologia
5. Risultati
6. Discussione
7. Conclusioni, limiti e futuri sviluppi

Numerosi studi si sono occupati di analizzare il fenomeno osservandone non solo i risultati del cambiamento organizzativo, ma anche le condizioni comportamentali a partire dalle quali è possibile prevedere un buon esito dello stesso.

Nell'ambito della prima accezione gli autori hanno posto in luce almeno tre differenti risultati riconducibili alle ristrutturazioni organizzative, mostrando l'esistenza di esiti positivi (Seren, Baykal, 2007; Fedor *et al.*, 2006 e Hanlon *et al.*, 1997), risultati negativi (Bareil, colleghi, 2007; Morgan, Zaffane, 2003; Wanberg, Banas, 2000); o addirittura situazioni di mancata modifica dello *status quo* (Lloyd, Maguire, 2002; Reborá, Minelli, 2007). Questi ultimi, nel contesto attuale, rappresentano un comportamento necessario per le organizzazioni, spesso chiamate a modificare la loro forma o la loro attività, sia nell'ottica della sopravvivenza in contesti sempre più competitivi, sia in virtù della necessità di ricevere legittimazione dall'ambiente stesso (Fernandez, Llamas, 2008).

Rispetto alla sfera comportamentale invece gli autori hanno tentato di individuare i presupposti personali considerati strumentali per un positivo esito della riprogettazione (Fugate, Kinicki, 2008; Antoni, 2004; Lawson *et al.*, 2003). La predisposizione all'occupazione, il *commitment* e il coinvolgimento nell'organizzazione, sono alcuni esempi in questo senso.

Nonostante i numerosi studi che si collocano nei due approcci evidenziati, il quadro attuale è carente di contributi che analizzino contestualmente le due prospettive. In particolare, vi sono scarse evidenze sulla relazione tra le variazioni strutturali risultanti dalla riprogettazione organizzativa e l'effetto che esse esercitano sull'atteggiamento degli individui cui è richiesta la modifica dei propri comportamenti e risultati.

Obiettivo del presente studio è colmare questo *gap*, verificando sul piano empirico se le caratteristiche del modello organizzativo ottenuto attraverso il processo di *re-design* siano correlate con il livello di soddisfazione lavorativa del personale coinvolto. Per rispondere a questa domanda di ricerca, vengono utilizzati dati riferiti al settore della sanità in Italia dove, a partire degli anni '90, specifici interventi legislativi hanno modificato la forma giuridica delle organizzazioni,

realizzando la *corporatization* degli ospedali e determinando l'affermazione di nuovi modelli organizzativi. Con i Decreti legislativi 502/92, 517/93 e 229/99 viene, infatti, indicata la necessità di adottare la configurazione dipartimentale, quale nuovo modello di gestione ordinaria degli ospedali per il Servizio sanitario nazionale (Lega, 2008). Tale configurazione ha come obiettivo la modifica dei processi di assistenza e cura, introducendo variazioni non solo nella forma delle organizzazioni sanitarie ma anche nelle modalità di lavoro dei professionisti della sanità. Nonostante vi siano numerosi studi che ne hanno verificato il grado di implementazione sul piano formale, a oggi non vi sono evidenze consolidate e robuste circa l'efficacia che tale configurazione organizzativa esercita sulla soddisfazione dei lavoratori in essa operanti.

2. Il processo di (Ri) progettazione organizzativa e sue implicazioni

La riprogettazione organizzativa implica un certo grado di variazione all'interno delle organizzazioni, misurabile attraverso le modifiche subite da parte della struttura organizzativa.

In particolare in presenza di processi di riorganizzazione che interessano la supervisione e la gestione delle organizzazioni, deputati alla modifica della strategia e della struttura organizzativa, le aziende si troveranno a essere modificate non solo nel modello organizzativo, ma anche nella gestione strategica, nei sistemi di ricompensa, nei meccanismi di coordinamento, nei sistemi di contabilità. Sebbene tali processi di riprogettazione vengano solitamente realizzati a partire da una indicazione da parte del *top management*, le evidenze empiriche tendono a mostrare risultati migliori laddove essi siano la conseguenza delle esigenze espresse dai dipendenti (Hanlon *et al.*, 1997).

Tale concetto appare di fondamentale rilievo nelle organizzazioni sanitarie, in cui a rilevare sui processi di strutturazione non sono tanto la razionalità economica promossa dal management, quanto la considerazione delle interazioni formali e informali tra i professionisti (Cicchetti, 2004). Ogni mutamento nella struttura organizzativa, per dare luogo a risultati considerevoli, dovrà essere profondamente condiviso tra medici e mana-

gement (Walson, Bogue, 1999), e soprattutto avere luogo preferibilmente a partire dalla base della piramide organizzativa (Burgelman, 1983).

In relazione a ciò, assumono particolare rilevanza alcuni antecedenti comportamentali presenti negli individui, capaci di renderli più o meno propositivi nei confronti dei processi di riorganizzazione.

Secondo Fugate e Kinicki (2008), è per esempio la predisposizione all'occupazione, ovvero l'insieme delle caratteristiche che rendono gli individui in grado di adattarsi proattivamente al proprio luogo di lavoro, il presupposto per una buona reazione ai processi di *redesign*. Mentre nell'opinione di Antoni (2004) a esercitare un ruolo strategico in tal senso è il *commitment* nelle persone. Solo se gli individui si sentono chiamati in causa nel processo di strutturazione, infatti, possono realmente sentirsi coinvolti in esso. Lawson *et al.* (2003) collegano la disponibilità delle persone a modificare il loro comportamento in corrispondenza di una modifica nella struttura organizzativa solo se ne intravedono con chiarezza l'obiettivo, concordando con esso. Inoltre, quanto più le persone si sentono coinvolte nei processi organizzativi e vengono incentivate a partecipare alla riorganizzazione, tanto più sono disposte a darle il loro contributo. Infine, Sagie e colleghi, nel 1985, evidenziano come sia l'esperienza lavorativa ad assumere un ruolo determinante, affermando che la maggiore esperienza implica di solito una maggiore resistenza alla partecipazione ai processi di ristrutturazione organizzativa, mentre in corrispondenza di una bassa identificazione è possibile riscontrare una maggiore propensione ad accettare novità riguardanti la propria posizione organizzativa, piuttosto che variazioni che coinvolgono l'intera organizzazione.

Accanto all'esistenza di tali presupposti personali, come affermato in precedenza, concorrono a determinare la buona riuscita dei processi di ristrutturazione organizzativa la partecipazione e il coinvolgimento degli individui. Ne discende la particolare criticità che in questo senso assume il ruolo della soddisfazione lavorativa, manifestata rispetto alle risultanze del processo di *redesign*. La forma che le organizzazioni assumono a seguito del processo di ristrutturazione sarà in grado di ottenere risultati qualitativamente

soddisfacenti, solo se sarà idonea a migliorare la soddisfazione dei lavoratori in essa inquadrati (Tosi, Pilati, 2008).

La soddisfazione lavorativa è intesa come la proiezione della misura in cui un individuo è orientato positivamente nei confronti del proprio lavoro (Locke, 1976) apprezzandolo nella sua totalità oppure solo per particolari sfaccettature (Cramer, 1996). Qualora soddisfatto, l'individuo sviluppa nei confronti del lavoro una risposta emotiva o affettiva in grado di esercitare un impatto su differenti fronti quali la motivazione, la performance, ma anche il senso di appartenenza all'organizzazione (Kreitner, Kinicki, 2004). In particolare, le componenti principali della soddisfazione lavorativa sono riconducibili a tre dimensioni quali: valori personali connessi al lavoro, importanza attribuita all'impiego e percezione dello stesso (Avalone, 1998). Oltre a comporsi di diverse dimensioni, la soddisfazione o insoddisfazione lavorativa è determinata da una molteplicità di cause, identificate da Herzberg (1987). Nello specifico, la soddisfazione appare essere strettamente correlata con il contenuto del lavoro, intendendo con esso l'assunzione di responsabilità, ma anche l'avanzamento di carriera, in grado di far passare gli individui da uno stato di insoddisfazione a uno di soddisfazione. Mentre l'insoddisfazione risulta collegata a fattori definiti igienici, che hanno a che vedere con il contesto lavorativo. Le relazioni interpersonali o con il capo, lo stipendio, sembrano essere alcune delle cause responsabili dell'insoddisfazione, non capaci peraltro, laddove presenti, di generare motivazione. Il tema della soddisfazione lavorativa costituisce un argomento chiave nelle organizzazioni, specie laddove il personale rappresenta il perno dell'efficacia operativa (Gurrieri *et al.*, 2009).

In una logica di riorganizzazione, inoltre, i livelli di soddisfazione dei dipendenti sono destinati a essere modificati non soltanto in corrispondenza di variazioni di carattere strutturale e strategico, ma anche di processo lavorativo, a seguito del quale essi avvertono un senso di minaccia nella realizzazione del bisogno di sicurezza, mostrando inoltre diffidenza verso il nuovo (Tosi, Pilati, 2008).

Tuttavia, la reazione di ciascun individuo in questi frangenti non avviene allo stesso modo, essendo legata, oltre che alle caratteri-

stiche personali del lavoratore, alle modalità con cui si realizza il processo, al coinvolgimento nello sviluppo dello stesso, al senso di appartenenza all'organizzazione (Begley, Czajka, 1993; Brockner *et al.*, 1994; Judge *et al.*, 1999; Wanberg, Banas, 2000). Sotto tale prospettiva, Lepine e colleghi, nel 2000, evidenziano come la propensione individuale ad accettare variazioni sia collegata con la dimensione della *openness to experience* dei dipendenti, intendendo con essa il grado di apertura nei confronti delle novità. Tanto più elevata risulta essere tale apertura, tanto più favorevolmente verranno accettate variazioni anche inaspettate. Van Knippenberg e colleghi, nel 2006, dimostrano invece che la reazione dei dipendenti nelle situazioni di ristrutturazione organizzativa dipende non tanto da attitudini individuali, quanto dalle dimensioni di *outcome* e di processo, riconducendo alla prima dimensione i risultati di cui i dipendenti beneficiano a seguito del processo in termini di salari, ore lavorative, contenuti del lavoro, e alla seconda le caratteristiche di come tale processo viene realizzato. Infine, di recente, Caldwell e Liu (2011) si sono occupati di indagare come gli aspetti individuali e le caratteristiche del processo di riorganizzazione possono alterare la soddisfazione dei lavoratori in termini di attitudine al cambiamento.

Nonostante l'ampiezza del dibattito, appaiono scarse le evidenze circa l'impatto che la struttura organizzativa, modificata nelle sue caratteristiche da un processo di *redesign*, esercita sulla soddisfazione lavorativa. In tal senso, una eccezione è rappresentata dal contributo di Benz e Stutzer (2002), in cui viene considerata la soddisfazione rispetto alle variazioni dei livelli retributivi.

3. Ipotesi di ricerca

L'introduzione del modello dipartimentale all'interno delle organizzazioni sanitarie implica significative variazioni in termini non solo di approccio strategico, ma anche di struttura organizzativa, esercitando un impatto sulla supervisione e sulla gestione dell'organizzazione, modificandone la forma e i processi operativi. In particolare la configurazione dipartimentale, assimilabile a un modello organizzativo per prodotti o divisionale (Chandler, 1962), genera alcune

modifiche sostanziali a livello di catena del comando (Braithwaite, Westbrook, 2005), processi operativi e impiego di strumenti di coordinamento (Cicchetti, 2004).

L'introduzione del dipartimento, pertanto, è responsabile di variazioni sia a livello di contenuti del lavoro che degli aspetti a esso esogeni (Kreitner, Kinicki, 2008; Caldwell, Liu, 2011), che non possono fare a meno di esercitare il loro impatto sulla soddisfazione lavorativa, modificandola sia in senso positivo che negativo. In particolare, la soddisfazione lavorativa risulta modificata positivamente in corrispondenza di un arricchimento tangibile nei contenuti del lavoro in linea con le aspettative dei dipendenti. Di converso dove ciò non viene riscontrato, o si configura come annunciato solo da un punto di vista formale, il livello di soddisfazione ne risente in maniera negativa. A tale proposito, una delle principali cause di fallimento dei processi di ristrutturazione organizzativa risiederebbe proprio nell'ambiguità insita in essi, a causa della quale, pur dichiarando di cambiare, niente realmente viene cambiato, sottoponendo gli individui alle medesime difficoltà di sempre (Lloyd, Maguire, 2002; Reboria e Minelli, 2007). In tali circostanze, i costi sopportati per realizzare il processo di *redesign*, spesso ritenuti «traumatici» (Mercurio, 2007), tendono a essere percepiti come maggiori rispetto ai benefici, generando una variazione negativa nella soddisfazione degli individui.

Tale considerazione appare soprattutto coerente in riferimento alla progettazione del modello organizzativo dipartimentale, con particolare riguardo ai criteri attraverso i quali le unità operative vengono accorpate nei dipartimenti. Attraverso l'analisi di queste è, infatti, possibile individuare la soluzione utilizzata per la progettazione e la realizzazione dei dipartimenti. In particolare, le aziende ospedaliere italiane adottano, nella maggior parte dei casi, tre diverse tipologie dipartimentali, in relazione alle soluzioni di accorpamento utilizzate: *dipartimenti per processo*, *dipartimenti per specialità* e *dipartimenti «misti»*. La scelta scaturisce dagli obiettivi che si intendono perseguire a partire dal processo di dipartimentalizzazione (Cicchetti *et al.*, 2009; Mascia *et al.*, 2013). I dipartimenti per processo appaiono fortemente collegati all'obiettivo di integrare all'interno

del medesimo contenitore una molteplicità di specialisti e di risorse tecnologiche al fine di fornire una risposta globale a pazienti complessi. Le unità operative risultano accorpate su base processuale rispetto a una medesima patologia (dipartimenti oncologici), oppure rispetto a un medesimo organo o apparato (dipartimento cardiovascolare). I dipartimenti configurati secondo tale principio sono in grado di aumentare l'efficacia nel trattamento di quei pazienti che necessitano di un sistema integrato di cure, grazie alla logica processuale in base a cui viene realizzata l'attività operativa e al coordinamento multi professionale e multi disciplinare. Al contrario, l'obiettivo dei dipartimenti per area specialistica è rappresentato dalla volontà di condividere conoscenze e tecnologie da parte di professionisti nella medesima specialità, perseguendo un vantaggio in termini di economie di scala. Le unità operative sono accorpate sulla base del grado di similarità delle conoscenze dei professionisti (dipartimenti di area medica o chirurgica) oppure rispetto alle risorse e tecnologie impiegate per i pazienti (dipartimenti di diagnostica per immagini). I dipartimenti organizzati su base specialistica tendono a preservare lo *status ante* dipartimentale, delineando una soluzione organizzativa che, pur variando nella denominazione e nella struttura gerarchica, di fatto rappresenta una modifica solo formale della forma organizzativa, non riguardando invece l'organizzazione e lo svolgimento del processo assistenziale. Infine, i dipartimenti misti includono quei casi in cui non è possibile determinare con chiarezza la logica di accorpamento utilizzato per federare le unità operative (Cicchetti, 2004; Lega, 2008; Braithwaite, 2006).

Alla luce di tali considerazioni, è possibile affermare come l'introduzione del modello dipartimentale determina dei costi legati alla riprogettazione organizzativa a fronte dei quali i dipendenti si aspetterebbero di ottenere dei benefici in termini di arricchimento di conoscenze professionali, miglioramento nelle opzioni di cura dei pazienti, aspettative di crescita professionale. Tuttavia, a parità di costi, non tutte le configurazioni dipartimentali sembrano essere in grado di garantire l'appagamento di tali aspettative, dipendendo ciò principalmente dalla soluzione progettuale utilizzata per l'accorpamento delle

unità organizzative nel dipartimento. Le differenze percepite dai dipendenti in termini di formalità vs sostanzialità nel nuovo modello organizzativo, esercitano un impatto sulla loro risposta emotiva al processo di dipartimentalizzazione. Alla luce di queste argomentazioni, si formula la seguente ipotesi di ricerca:

HP 1: Il livello di soddisfazione dei medici è associato alla tipologia dipartimentale in cui si trovano a esercitare la loro attività a seguito del processo di dipartimentalizzazione.

I processi di riorganizzazione, come più volte affermato, oltre a determinare variazioni dal punto di vista strutturale e strategico, comportano nella maggior parte dei casi delle modifiche nei processi operativi. Nel caso specifico, è possibile affermare come la riorganizzazione su base dipartimentale dovrebbe determinare sostanziali variazioni in questo senso (Anessi Pessina *et al.*, 2003). L'introduzione di un livello manageriale intermedio, implica, infatti, l'assunzione di responsabilità manageriali per il personale medico (Braithwaite, Westbrook, 2005), mentre la gestione comune di pazienti complessi determina un più ampio coordinamento orizzontale tra professionalità molto specializzate (Cicchetti, 2004; Braithwaite, Westbrook, 2005).

Accanto alla modifica dell'attività lavorativa in grado di avere un impatto sulla sfera motivazionale dei dipendenti grazie al più ampio coinvolgimento e interesse nei confronti del processo operativo, a partire dall'introduzione dei dipartimenti è possibile altresì riscontrare delle significative variazioni nella interazione tra professionisti. Da ciò discende che il lavoratore non è soddisfatto dal solo ottenimento di un salario da parte dell'organizzazione, ma anche da altri benefici derivanti dal rapporto con l'organizzazione e con chi ne fa parte: per esempio dalla possibilità di realizzare i propri obiettivi professionali e umani o di contribuire con il suo lavoro al benessere collettivo. La soddisfazione lavorativa, vista sotto questa luce, risulta influenzata dall'appagamento dei propri bisogni, dalla attuazione delle aspettative, dalla realizzazione dei valori, e dalla predisposizione genetica alla soddisfazione (Hertzberg, 1987; Kreitner, Kinicki, 2004). Un clima positivo nel luogo di lavoro e un

grado di soddisfacente collaborazione con i propri colleghi, per esempio, impattano sulla realizzazione dei valori personali; mentre il contenuto e la quantità di lavoro assegnato ai dipendenti influenzano le aspettative realizzate dei lavoratori. L'osservazione di questi fenomeni all'interno delle organizzazioni sanitarie in corrispondenza dell'introduzione del modello dipartimentale, conduce alla formulazione delle seguenti ipotesi di ricerca:

HP 2a: La percezione di un miglioramento del clima lavorativo a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale è positivamente associata alla soddisfazione lavorativa dei medici.

HP 2b: La percezione che i contenuti del lavoro siano migliorati a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale è positivamente associata alla soddisfazione lavorativa del personale medico.

HP 2c: La percezione che l'introduzione del modello dipartimentale abbia determinato un miglioramento nel carico di lavoro è associata positivamente alla soddisfazione lavorativa del personale medico.

HP 2d: La percezione che il rapporto di collaborazione con i colleghi sia migliorato a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale è associata positivamente alla soddisfazione del personale medico.

4. Metodologia

4.1. Fonte dei dati

I dati utilizzati nel presente lavoro sono stati rilevati nel corso del 2009 nell'ambito del progetto di ricerca Siveas (Ministero della Salute - Università Cattolica del Sacro Cuore). L'obiettivo del progetto è rappresentato dall'analisi approfondita del modello organizzativo dipartimentale con l'intento di rilevarne contestualmente cinque differenti aree di interesse quali: l'area dei fattori istituzionali, l'area dell'assetto organizzativo aziendale, l'area dei processi interni, l'area dei risultati e, infine, l'area del comportamento organizzativo e della *job satisfaction*.

In particolare, all'interno del presente studio vengono utilizzate due diverse fonti dei dati, relative a dati strutturali dei dipartimenti analizzati, e dati comportamentali relativi al personale medico impiegato all'interno dei medesimi. La presenza di una duplice fonte

dei dati contribuisce a tenere sotto controllo il verificarsi del *same source bias* (Podsakoff, MacKenzie, Podsakoff, 2003).

4.2. Strumenti di rilevazione

I dati strutturali relativi alle caratteristiche dei dipartimenti appartenenti al campione sono stati rilevati attraverso un questionario semi-strutturato, somministrato durante delle interviste in presenza condotte dal gruppo di ricerca rivolte ai Direttori generali e Direttori di dipartimento appartenenti al campione. I questionari, organizzati in sezioni sono stati impiegati al fine di rilevare alcune caratteristiche dei dipartimenti quali:

- tipologia istituzionale: tale dimensione si riferisce al tipo di azienda (Azienda ospedaliera, Azienda sanitaria locale, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, Azienda ospedaliero-universitaria / Policlinico), in cui il dipartimento è inserito;
- tipologia di dipartimento, riferita al criterio seguito nell'aggregazione delle unità operative afferenti al dipartimento (Area specialistica, Processo, Criterio misto);
- anno di adozione del dipartimento;
- formazione manageriale del Direttore di dipartimento.

Accanto a queste dimensioni, sono state altresì rilevate alcune caratteristiche relative all'impiego di strumenti di governo clinico e di governo economico delle risorse, non utilizzati ai fini della presente ricerca.

Nei medesimi dipartimenti sono stati rilevati i dati comportamentali, somministrando questionari anonimi a tutta la popolazione di medici in essi strutturati. Le rilevazioni comportamentali sono state precedute da un incontro con il Direttore di dipartimento e con alcuni rappresentanti dell'Assemblea di dipartimento, al fine di illustrare gli obiettivi dell'indagine e le modalità di compilazione del questionario. Il questionario era inoltre accompagnato da una lettera di richiesta di collaborazione e di spiegazione del questionario a firma del gruppo di ricerca. La *survey* è stata condotta a partire da gennaio 2008 fino a settembre 2010. La partecipazione è stata anonima e volontaria.

Il questionario comportamentale si compone di quattro parti fondamentali: la sezio-

ne 1 dedicata alla rilevazione dei dati anagrafici dell'intervistato, la sezione 2 relativa alla *employee satisfaction*, la sezione 3 strumentale a rilevare il *grading* degli aspetti di lavoro ideale e infine la sezione 4 utilizzata per la rilevazione dell'attitudine manageriale dei medici.

Ai fini del presente studio sono state utilizzate le sezioni 1 (anagrafica) e 2 (*employee satisfaction*). Le risposte circa la soddisfazione lavorativa sono state rilevate attraverso una scala Likert da 1 a 4 dove 1 indica «assolutamente falso» e 4 indica «assolutamente vero». La **tabella 1** mostra le statistiche descrittive degli *item* utilizzati per la rilevazione della *employee satisfaction*.

Valori elevati nelle risposte indicano un incremento nella soddisfazione lavorativa dei medici, mentre valori bassi descrivono una soddisfazione non accresciuta.

4.3. Caratteristiche del campione

Il campione appartiene a 10 aziende sanitarie operanti per il Servizio sanitario nazionale, le cui caratteristiche sono riportate nella **tabella 2**. Per ciascuna azienda sono stati sottoposti a rilevazione due dipartimenti per un totale di 20 dipartimenti; due di essi non hanno restituito i questionari, che si riferiscono nel complesso a 18 dipartimenti. La scelta delle strutture ospedaliere non è avvenuta in maniera casuale. Le organizzazioni sono state scelte considerando la loro recente adozione del modello organizzativo dipartimentale.

Dei 397 medici rispondenti, la maggioranza sono uomini (53,9%) (**tabella 3**). I rispondenti tra i 51 e i 55 anni (23,4%) sono il gruppo più numeroso. La maggioranza degli intervistati afferisce alla tipologia dipartimentale di area specialistica (46,9%). L'anzianità aziendale media è di 12 anni. La

compliance è pari a circa il 31% degli intervistati.

4.4. Variabili

Variabile dipendente: la variabile dipendente «miglioramento della soddisfazione» è stata misurata utilizzando la domanda 1 (cfr. tabella 1) del questionario relativo alla *employee satisfaction*. Basandosi sull'approccio proposto da Caldwell e Liu, l'*item* utilizzato è stato adattato dalla *Overall Job Satisfaction Scale* (Brayfield, Rothe, 1951), e inserito nel questionario somministrato ai medici, «L'introduzione dei dipartimenti ha migliorato la mia soddisfazione». Essa si configura come una variabile di tipo categorico (da 1 a 4).

Variabili indipendenti: le variabili indipendenti sono rappresentate dagli esiti del processo di riprogettazione organizzativa.

La variabile «tipologia di dipartimento», di tipo categorico, indica il criterio di accorpamento utilizzato per la progettazione dei dipartimenti. Tale variabile è stata misurata a partire dal questionario semi-strutturato (cfr. fonte dei dati), e indica se nella progettazione del dipartimento sia stata seguita una logica per area specialistica, per processo oppure un criterio misto. La variabile «tipologia di dipartimento» è stata operazionalizzata attraverso tre variabili dicotomiche che assumono ciascuna valore (0-1): «dipartimenti per processo», «dipartimenti area specialistica», e «dipartimento criterio misto» (Cicchetti *et. al.*, 2009); la variabile «dipartimenti per processo» rappresenta la *base line*.

Le variabili «clima organizzativo», «contenuto del lavoro», «carico di lavoro» e «collaborazione» sono di tipo categorico (1-4). Esse sono state misurate attraverso il questionario relativo alla *employee satisfaction* e indicano la variazione nella percezione di *clima organizzativo*, *contenuti del lavoro*,

Tabella 1
Statistiche descrittive degli item

N.	Item	Media	SD
1	L'introduzione dei dipartimenti ha migliorato la mia soddisfazione	2,16	1,10
2	L'introduzione dei dipartimenti ha fatto sì che il clima che respiro in azienda sia migliorato	1,87	1,09
3	L'introduzione dei dipartimenti ha fatto sì che i contenuti del lavoro che mi vengono affidati sia migliorato	2,06	1,15
4	L'introduzione dei dipartimenti ha fatto sì che i carichi e di lavoro siano migliorati	1,76	1,08
5	L'introduzione dei dipartimenti ha fatto sì che i rapporti di collaborazione con i miei colleghi siano migliorati	0,80	1,21

Tabella 2

Caratteristiche aziende rispondenti

Denominazione istituzionale	Localizzazione geografica	Posti letto (azienda)	Personale sanitario azienda	Denominazione dipartimento	N. UO	Posti-letto (dipartimento)	Personale (dipartimento)
Azienda ospedaliero universitaria	Marche	925	2267	Medicina	8	114 ordinari 10 <i>day hospital</i>	53 medici 103 infermieri 53 altro
Azienda sanitaria locale	Emilia-Romagna	1926	4400	Neuroscienze	22	214 ordinari 28 <i>day hospital</i>	173 medici 256 infermieri 71 altro
				Oncologia	13	61 ordinari 39 <i>day hospital</i>	56 medici 91 infermieri 32 altro
Policlinico universitario	Molise	nd	nd	Oncologia	7	104 ordinari 4 <i>day hospital</i>	38 medici nd 4 altro
				Cardiochirurgia	5	60 ordinari	20 medici 47 infermieri 27 altro
Azienda ospedaliera	Lombardia	3426	nd	Materno-infantile	15	160 ordinari 37 ricoveri diurni	96 medici 225 infermieri 93 altro
				Medicina	4	nd	24 medici 78 infermieri 38 altro
Policlinico universitario	Lazio	1894	3050	Chirurgia	18	303 ordinari 287 <i>day surgery</i>	105 medici 200 infermieri 52 altro
				Ginecologia e ostetricia	7	165 ordinari 9 <i>day hospital</i>	44 medici 102 infermieri 41 altro
Azienda sanitaria locale	Abruzzo	nd	nd	Chirurgia	11	119 ordinari 31 <i>day surgery</i>	71 medici 144 infermieri 29 altro
				Riabilitazione	2	42 ordinari	11 medici 16 infermieri 20 altro
Azienda sanitaria locale	Toscana	925	2267	Chirurgia	17	250 ordinari 40 <i>day surgery</i>	190 medici nd infermieri
				Oncologia	3	35 ordinari 47 <i>day hospital</i>	28 medici 80 infermieri 38 altro
Azienda ospedaliero universitaria	Emilia-Romagna	803	1696	Medicina	13	95 ordinari	67 medici 249 infermieri 13 altro
Azienda ospedaliero universitaria	Piemonte	nd	3226	Dea	5	145 ordinari 3 <i>day surgery</i>	78 medici 255 infermieri 274 altro
				Medicina	10	232 ordinari 12 <i>day hospital</i>	130 medici 362 infermieri 206 altro
Ircs	Lazio	nd	nd	Dea	3	10	26 medici 49 infermieri 5 altro
				Medicina	13	124 ordinari 47 <i>day hospital</i> 1 <i>day surgery</i>	84 medici 182 infermieri 15 altro

carichi di lavoro e collaborazione con i colleghi in seguito all'implementazione del modello dipartimentale (cfr. tabella 1, domande 2, 3, 4, 5).

Variabili di controllo: nel modello sono state inserite, inoltre, alcune variabili di controllo relative alle caratteristiche demografiche degli intervistati e alle caratteristiche delle aziende in cui i dipartimenti sono inseriti. Rispetto a queste l'età è stata rilevata in classi di appartenenza corrispondenti ad altrettante variabili di tipo dicotomico (0-1) così articolate: «29-35 anni», «36-40 anni», «41-45 anni», «46-50 anni», «51-55 anni» e infine «56-60» anni. La classe «51-55 anni» è stata individuata quale *base line*.

La variabile «genere», anch'essa dicotomica, assume valore 1 per gli uomini e 0 per le donne.

La variabile «anzianità organizzativa», di tipo continuo, indica l'anzianità lavorativa espressa dagli intervistati, essa assume valori compresi tra 0 e 39 anni.

Una ulteriore caratteristica demografica degli intervistati inserita nel modello quale variabile di controllo è il «ruolo», rilevato in classi di appartenenza corrispondenti ad altrettante variabili di tipo dicotomico (0-1) così articolate: «medico», «direttore di struttura semplice», «direttore di struttura complessa». La classe «direttore di struttura semplice» è stata utilizzata come *base line*.

La variabile «afferenza», di tipo dicotomico assume valore 1 per le «unità operative complesse» e 0 per le «unità operative semplici». Essa indica l'appartenenza dell'intervistato a una unità semplice o complessa aggregata nel dipartimento.

La variabile «formazione manageriale Direttore di dipartimento», anch'essa di tipo dicotomico (0-1) assume valore 1 se il Direttore del dipartimento ha effettuato un percorso di formazione manageriale e 0 in caso contrario.

La variabile «tipologia istituzionale», riferita alla tipologia di azienda in cui è inserito il dipartimento, è stata rilevata in classi corrispondenti ad altrettante variabili di tipo dicotomico (0-1) così articolate: «Azienda ospedaliera», «Azienda sanitaria locale», «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico», «Azienda ospedaliero universitaria/policlinico», quest'ultima utilizzata come *base line*.

	Frequenza = 397	
	N	%
Sesso		
Maschile	214	53,9
Femminile	168	42,3
Non dichiarato	15	3,8
Età		
Inferiore ai 35 anni	46	11,6
36-40 anni	41	10,3
41-45 anni	57	14,3
46-50 anni	57	14,3
51-55 anni	93	23,4
56-60 anni e oltre	78	19,6
Non dichiarato	25	6,5
Dipartimento		
Dipartimenti Area specialistica	186	46,9
Dipartimenti di processo	101	25,4
Dipartimenti misti	110	27,7

La variabile «effetto tempo», di tipo continuo, assume valori da 4 a 32; essa indica il tempo trascorso dall'anno di istituzione del dipartimento al momento della compilazione del questionario.

La **tabella 4** presenta le statistiche descrittive e la matrice di correlazione delle variabili.

5. Risultati

Data la natura categorica della variabile dipendente, le ipotesi di ricerca formulate sono state testate attraverso un modello di regressione *Ordered Logit* (Scott, Long, Freese, 2006; Wooldridge, 2002). La **tabella 5** mostra i risultati della regressione in cui si assume come variabile dipendente il miglioramento nella soddisfazione lavorativa dei medici.

Il modello I include solo le variabili di controllo. Il modello II è finalizzato a testare la prima ipotesi di ricerca. Infine, il modello III presenta i risultati dell'analisi di regressione finalizzati a verificare, accanto alla ipotesi 1, anche le ipotesi 2a, 2b, 2c, 2d.

I risultati confermano la prima ipotesi di ricerca. Il coefficiente negativo mostrato dalla variabile «dipartimenti area specialistica» rispetto alla variabile «dipartimenti per processo», indica una diminuzione nella probabilità che l'introduzione di un modello di

Tabella 3
Profilo dei rispondenti

Tabella 4

Statistiche descrittive e coefficienti di correlazione di Pearson

	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1 Incremento soddisfazione	2.16	1.109	-																						
2 29-35 anni	0.115	0.320	-0.124	-																					
3 36-40 anni	0.103	0.304	0.016	0.078	-																				
4 41-45 anni	0.143	0.351	0.079	0.106	0.139	-																			
5 46-50 anni	0.143	0.351	0.009	0.106	0.139	0.188	-																		
6 56-60 anni	0.196	0.397	0.046	0.127	0.166	0.225	0.225	-																	
7 Genere, uomini = 1	0.536	0.499	0.093	0.047	0.059	0.072	0.119	0.236	-																
8 Anzianità aziendale	12.40	10.111	0.0176	0.2637	0.2859	0.2413	0.0152	0.4841	0.1705	-															
9 Medico	0.818	0.385	-0.135	0.123	0.161	0.140	-0.014	0.206	0.116	-0.141	-														
10 Direttore UOC	0.068	0.252	0.124	0.070	-0.092	-0.096	-0.008	0.215	0.155	0.158	-0.573	-													
11 Unità operativa complessa	0.765	0.424	-0.004	0.043	0.056	-0.009	0.121	0.063	0.166	0.170	0.019	0.154	-												
12 Formazione manageriale, si = 1	0.684	0.465	0.059	-0.016	0.095	-0.001	0.015	-0.104	-0.247	-0.025	-0.041	-0.077	-0.048	-											
13 Azienda ospedaliera	0.143	0.351	-0.059	0.175	0.031	0.038	-0.137	-0.059	-0.087	-0.030	0.149	-0.089	-0.083	0.285	-										
14 Azienda sanitaria 3ocale	0.324	0.468	-0.063	-0.106	-0.077	-0.016	0.0164	0.177	0.168	-0.000	-0.054	0.119	-0.082	-0.540	-0.309	-									
15 Istituto ricovero e cura scient.	0.098	0.298	0.238	-0.086	-0.051	0.045	-0.029	-0.050	-0.097	-0.116	-0.049	0.001	-0.093	0.242	-0.146	-0.263	-								
16 Effetto tempo	9.919	7.463	-0.043	0.009	0.082	0.002	0.051	-0.086	-0.049	0.030	-0.058	-0.043	0.197	0.250	-0.278	-0.298	-0.051	-							
17 Area specialistica	0.468	0.499	-0.023	-0.107	-0.041	-0.109	0.062	0.015	0.113	0.059	-0.017	0.021	0.135	-0.042	-0.223	-0.146	0.231	-0.301	-						
18 Criterio misto	0.277	0.448	-0.063	0.166	0.051	0.079	-0.074	-0.105	-0.104	0.014	0.151	-0.114	0.016	0.187	0.419	-0.400	-0.107	0.378	-0.67	-					
19 Clima organizzativo	1.872	1.093	0.638	-0.106	0.001	-0.007	-0.021	0.097	0.135	0.078	-0.083	0.052	0.007	-0.006	-0.018	-0.050	0.172	-0.019	-0.01	-0.02	-				
20 Contenuto lavoro	2.063	1.148	0.696	-0.166	0.008	0.010	0.010	0.131	0.171	0.083	-0.16	0.135	-0.000	-0.010	-0.044	0.032	0.197	-0.023	-0.04	-0.08	0.694	-			
21 Carichi di lavoro	1.764	1.084	0.451	-0.206	0.053	-0.019	0.024	0.088	0.178	0.091	-0.104	0.152	0.070	-0.067	-0.027	0.016	0.052	0.005	0.039	-0.10	0.540	0.571	-		
22 Collaborazione	2.091	1.217	0.498	-0.057	-0.014	-0.037	-0.030	0.06	0.242	-0.003	-0.128	0.068	-0.013	-0.087	-0.082	0.118	0.176	-0.009	0.011	-0.16	0.514	0.619	0.514	-	

Tabella 5
Risultati regressione
logistica

	Modello I		Modello II		Modello III	
Variabile dipendente: miglioramento della soddisfazione lavorativa						
29-35 anni	- 0.102 (0.974)		- 0.310 (0.994)		0.089 (0.637)	
36-40 anni	0.563 (0.512)		0.407 (0.488)		0.213 (0.408)	
41-45 anni	0.887 (0.454)		0.703 (0.448)		0.582 (0.366)	
46-50 anni	0.486 (0.275)		0.419 (0.252)		0.266 (0.283)	
56- 60 anni	0.348 (0.329)		0.222 (0.340)		0.071 (0.483)	
Uomini = 1	0.411 (0.283)		0.554 (0.279)	*	- 0.017 (0.239)	
Anzianità aziendale	0.001 (0.015)		0.002 (0.015)		- 0.011 (0.014)	
Medico	- 0.464 (0.436)		- 0.350 (0.455)		- 0.114 (0.555)	
Direttore Uoc	0.439 (0.416)		0.385 (0.425)		0.595 (0.488)	
Unità operativa complessa	- 0.141 (0.329)		0.094 (0.246)		0.131 (0.203)	
Formazione manageriale DD	0.174 (0.601)		- 0.011 (0.398)		0.285 (0.180)	
Azienda ospedaliera	- 0.058 (0.494)		- 0.423 (0.855)		- 1.022 (0.370)	**
Azienda sanitaria locale	- 0.222 (0.581)		- 1.169 (0.523)	*	- 0.973 (0.236)	***
Istituto ricovero e cura scient.	1.533 (0.355)	***	1.599 (0.313)	***	0.557 (0.216)	**
Effetto tempo	- 0.010 (0.019)		- 0.040 (0.024)		- 0.060 (0.011)	***
Area specialistica	-		- 1.563 (0.361)	***	- 0.912 (0.214)	***
Criterio misto	-		- 1.154 (0.499)		- 0.285 (0.274)	
Clima organizzativo	-		-		0.834 (0.186)	***
Contenuto lavoro	-		-		1.195 (0.300)	***
Carico di lavoro	-		-		- 0.047 (0.175)	
Collaborazione	-		-		0.299 (0.159)	•
Log Pseudo Likelihood	- 480.1222		- 470.9701		- 344.1400	
Pseudo R2	0.0438		0.062		0.311	
Numero di osservazioni	397		397		397	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$; • $p \leq 0.1$; clustered robust standard error in parentesi.

partimentale organizzato sulla base dell'area specialistica impatti positivamente sulla soddisfazione lavorativa dei medici coinvolti nel processo di riorganizzazione in esso operanti ($\beta = - 1.563$, $p \leq 0.001$). Rispetto alle variabili di controllo inserite nel modello, assumono carattere di significatività sia variabili individuali, che di tipo organizzativo. In particolare, all'interno del I modello, la variabile di genere mostra un coefficiente positivo e significativo per gli individui di sesso

maschile ($\beta = 0.554$, $p \leq 0.05$), indicando in essi una probabilità maggiore, rispetto alle donne di vedere incrementata la soddisfazione lavorativa in corrispondenza con l'introduzione del modello dipartimentale. A livello aziendale, invece, le «Aziende sanitarie locali» presentano un coefficiente negativo e significativo ($\beta = - 1.169$, $p \leq 0.05$), rispetto alle «Aziende ospedaliero-universitarie/policlinici», mentre gli «Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico» mostra-

no un coefficiente positivo e significativo ($\beta = 1.599, p \leq 0.001$) rispetto alla medesima *base line*. Tutte le altre variabili di controllo introdotte nel modello risultano non significative, mentre è possibile rilevare un aumento della bontà della stima nel modello di regressione il cui Pseudo R2 passa da 0.0438 nel modello I a 0.062 nel modello II.

Rispetto alle ipotesi di ricerca 2a, 2b, 2c, 2d, risultano verificate le ipotesi 2a e 2b e 2d risultando positivi e significativi i coefficienti delle variabili «clima organizzativo» ($\beta = 0.834, p \leq 0.001$), «contenuto del lavoro» ($\beta = 1.195, p \leq 0.001$) e «collaborazione» ($\beta = 0.299, p \leq 0.1$). Esse indicano come la percezione di un miglioramento nel clima organizzativo, nei contenuti del lavoro e nella collaborazione con i colleghi a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale, impatti positivamente sulla probabilità di miglioramento nella soddisfazione lavorativa. La variabile finalizzata a testare la prima ipotesi di ricerca continua a rimanere significativa; mentre perde di significatività la variabile di controllo a livello individuale. Le variabili di controllo a livello aziendale, relative alla tipologia istituzionale in cui i dipartimenti sono inseriti continuano a rimanere significative, aggiungendosi alle precedenti relative ad «Aziende sanitarie locali» e «Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico» anche le «Aziende ospedaliere», che mostrano un coefficiente negativo e significativo ($\beta = -1.022, p \leq 0.01$) rispetto alla *base line* rappresentata dalle «Aziende ospedaliere-universitarie/policlinici». Ad assumere, inoltre, significatività nel Modello III è la variabile effetto tempo che, mostrando un coefficiente negativo e significativo ($\beta = -0.060, p \leq 0.001$), indica come all'aumentare del tempo trascorso dalla introduzione del dipartimento al momento della rilevazione, diminuisca la probabilità di incremento nel livello di soddisfazione lavorativa. Infine, nel Modello III si assiste a un aumento della bontà della stima riscontrando uno Pseudo R2 pari a 0.311.

Rispetto alle altre variabili inserite nei modelli la formazione manageriale del Direttore di dipartimento sembra non esercitare un impatto significativo sulla soddisfazione, così come l'afferenza, il ruolo degli individui intervistati nonché l'età degli stessi.

6. Discussione

I processi di riprogettazione organizzativa rappresentano momenti strategici per le aziende sia in virtù della possibilità a partire da essi di realizzare un vantaggio competitivo all'interno di ambienti dinamici e complessi, sia per l'ottenimento della legittimazione in ambienti istituzionalizzati.

Il settore sanitario appare uno degli esempi più significativi in tal senso, al punto che le organizzazioni che vi operano appaiono più impegnate a rispettare i vincoli di tipo istituzionale che i parametri di efficienza tecnica, con l'obiettivo di ricevere legittimazione da parte degli *stakeholder* (Meyer, Rowan, 1977; Scott *et al.*, 2000; Alexander e D'Aunno, 2003). Tali organizzazioni risulteranno pertanto sensibili all'influenza dell'ambiente esterno, esercitata attraverso leggi, regolamenti, giudizi e indicazioni fornite da parte di *opinion leader* del settore (Orrù, Biggart, Hamilton, 1991). È proprio in tale settore che più volte è stato documentato il *decoupling* (Scott *et al.*, 2000; Morandi *et al.*, 2011; Mascia *et al.*, 2013), ovvero la tendenza da parte delle organizzazioni ad adottare, senza tuttavia implementare, nuove forme organizzative, in virtù della volontà del management di lasciare inalterato lo *status quo* dell'organizzazione, evitando così la realizzazione di costosi cambiamenti indotti da pressioni coercitive.

Nonostante spesso si rendano necessarie per il benessere delle organizzazioni, le scelte di riprogettazione delle strutture organizzative e delle attività operative in esse inserire, non sempre sono in grado di determinare il raggiungimento dei risultati sperati (Bareil *et al.*, 2007; Morgan, Zaffane, 2003; Wanberg, Banas, 2000). Spesso è la resistenza negli atteggiamenti e nei comportamenti dei lavoratori a ostacolare l'implementazione delle innovazioni, specie in settori come quello sanitario dove i singoli lavoratori godono di ampia autonomia professionale e possono impedire l'implementazione di cambiamenti organizzativi richiesti dalle autorità di regolazione (governi, Regioni, ecc.) e dal *top management* (Cicchetti, 2004). Ciò determina una resistenza endogena alla implementazione delle nuove strutture organizzative, riducendo di conseguenza l'efficacia degli interventi di riprogettazione.

Sulla scorta di ciò, il presente studio intende verificare se i risultati strutturali e derivanti da processi di riprogettazione organizzativa, e le variazioni di attività operativa a essi connesse, siano in grado di esercitare un impatto sulla soddisfazione lavorativa degli individui.

Nello specifico, appare interessante rilevare come il criterio adottato per la realizzazione dei dipartimenti abbia un riscontro in tal senso. Accanto a ciò, la modifica degli aspetti culturali e di organizzazione e contenuto del lavoro, percepiti a partire dall'introduzione del modello organizzativo dipartimentale, determinano variazioni significative nel livello di soddisfazione dei dipendenti.

6.1. Discussione ipotesi di ricerca 1

La significatività riscontrata nella variabile «Dipartimento area specialistica» rispetto alla variabile «Dipartimento per processo» consente di ritenere verificata la prima ipotesi formulata. In particolare, in questa si afferma come la percezione di un cambiamento sostanziale, rilevato a partire dalla tipologia dipartimentale risultante dal processo di riprogettazione organizzativa, impatti positivamente sulla soddisfazione dei medici coinvolti nella dipartimentalizzazione. Il coefficiente negativo riscontrato per i dipartimenti accorpati in base all'area specialistica rispetto ai dipartimenti di processo indica in particolare come la soddisfazione del personale medico, che a seguito del processo di dipartimentalizzazione lavora in dipartimenti di area specialistica, ha una minore probabilità di aumentare rispetto ai colleghi impiegati all'interno di dipartimenti per processo. Tale evidenza risulta fortemente connessa ai criteri di progettazione organizzativa dipartimentale. Il dipartimento per area specialistica è stato più volte individuato alla stregua di un ampliamento delle realtà pre-dipartimentali, non apportando effettive variazioni nel modo di lavorare delle persone. Sebbene tale dipartimento appaia idoneo per la realizzazione di obiettivi di efficienza (Anessi Pessina *et al.*, 2003) e tenda a garantire la condivisione di conoscenze e tecnologie nella medesima specialità, in esso non è ravvisabile una gestione processuale del paziente (Cicchetti, 2004). Nei dipartimenti *cd di processo* al contrario, la necessità di

federare una molteplicità di figure professionali differenti al fine di dare una risposta trasversale a pazienti generalmente complessi, implica un certo grado di variazione nel modo di lavorare, definibile come sostanziale, in grado di avere un impatto positivo sulla soddisfazione lavorativa (Van Knippenberg *et al.*, 2006; Lloyd, Maguire, 2002; Rebor, Minelli, 2007).

6.2. Discussione ipotesi di ricerca 1

Le ipotesi di ricerca 2a, 2b, 2c, 2d sono finalizzate a testare come le variazioni percepite rispetto al modo di lavorare introdotte dal modello dipartimentale impattano sulla soddisfazione lavorativa dei medici; in particolare è la significatività delle variabili «clima organizzativo», «contenuto del lavoro» e «carichi di lavoro» a offrire un riscontro in tal senso. Rispetto alla prima variabile il miglioramento nel clima organizzativo percepito in seguito all'introduzione del modello dipartimentale, impatta positivamente sulla probabilità di incrementare la soddisfazione dei lavoratori. Il clima organizzativo rappresenta, infatti, la percezione delle caratteristiche oggettive dell'organizzazione (Landy, 1989) che ciascun dipendente possiede in termini di condizioni, fattori ed eventi che si verificano all'interno dell'azienda (Ekvall, 1987). Nello specifico, la percezione del clima che si «respira» in azienda è particolarmente importante in virtù della sua capacità di influenzare, non solo la performance, ma anche la soddisfazione lavorativa (Lawler, Hall, Oldham, 1974).

Parimenti l'opinione dei dipendenti rispetto ai contenuti del lavoro appare determinante per l'accrescimento della soddisfazione lavorativa. In quanto funzione della motivazione dei lavoratori (Hertzberg, 1987; Kreitner, Kinicki, 2004) la soddisfazione lavorativa risente della presenza dei fattori motivatori del lavoro direttamente connessi al contenuto della mansione, in grado di spingere le persone ad agire (Tosi, Pilati, 2008). È, per esempio, nella dinamica del *job enrichment*, ovvero nell'assunzione di nuove responsabilità da parte del lavoratore, che potrà essere individuata una forte spinta nei confronti della soddisfazione lavorativa.

Infine, a esercitare un impatto positivo sull'incremento della soddisfazione lavo-

rativa è la percezione di un miglioramento nella collaborazione tra colleghi riscontrato a seguito del processo di dipartimentalizzazione. Oltre alla stretta connessione che esiste tra grado di collaborazione e soddisfazione lavorativa (Cavanaugh, Noe, 1999), tale dimensione è strettamente influente sulla motivazione al lavoro, agendo sul senso di appartenenza e di socialità nel contesto lavorativo (Tosi, Pilati, 2008). Accanto a ciò la collaborazione tra colleghi riveste un ruolo particolarmente strategico all'interno delle organizzazioni sanitarie in cui, in virtù della crescente specializzazione orizzontale delle competenze e della loro progressiva interdipendenza, si rende necessario porre enfasi sulla collaborazione che deve realizzarsi tra pari. Nello specifico il modello organizzativo dipartimentale sembra rappresentare uno dei contesti organizzativi maggiormente indicati per creare un approccio partecipativo nelle decisioni cliniche (Cicchetti, 2004). L'evidenza empirica della percezione di un miglioramento nella collaborazione tra colleghi a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale indica la realizzazione di questo suo obiettivo.

In conclusione, il cambiamento nei processi lavorativi introdotto dall'implementazione del modello dipartimentale genera, secondo l'opinione degli intervistati, non solo un miglioramento rispetto al clima organizzativo, ma anche nei contenuti del lavoro, e nei rapporti di collaborazione, determinando una probabilità positiva di impattare sulla soddisfazione complessiva al lavoro. Come evidenziato da Braithwaite e Westbrook (2005) l'introduzione del modello dipartimentale garantisce una maggiore assunzione di responsabilità da parte del personale medico, determinando un arricchimento del lavoro, e costituendo contestualmente il luogo deputato per la costruzione di uno spirito di gruppo all'interno di un ambiente positivo.

Un'ultima riflessione spetta ai risultati che emergono rispetto alle variabili di controllo. In particolare sono le variabili relative alla tipologia istituzionale in cui sono inseriti i dipartimenti a mantenere la significatività all'interno dei diversi modelli di regressione. Il coefficiente positivo e significativo presentato dalla tipologia «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico» indica un impatto positivo di questa tipologia istituzionale

sul miglioramento della soddisfazione lavorativa dei medici coinvolti nel processo di dipartimentalizzazione rispetto alla *base line* rappresentata dalle «Aziende ospedaliere-universitarie/policlinici». Una spiegazione di ciò risiede nella caratteristica insita in tali Istituti coinvolti nell'offerta di processi assistenziali complessi, realizzati nella maggior parte dei casi secondo una logica di tipo processuale. Nei dipendenti di tali Istituti l'introduzione dei dipartimenti ha significato la istituzionalizzazione di un modello di lavoro già utilizzato, conferendo maggiore chiarezza a ruoli e responsabilità. All'interno delle Aziende ospedaliere e delle Aziende sanitarie locali invece il coefficiente negativo indica la diminuzione nella probabilità di vedere aumentata la soddisfazione dei lavoratori a seguito dell'introduzione del modello dipartimentale. La causa di ciò risiede con buona probabilità nella spinta alla dipartimentalizzazione che proviene a differenza degli Irccs più che dal tessuto organizzativo, dalla risposta a un vincolo normativo cogente.

7. Conclusioni, limiti e futuri sviluppi

Il presente studio si colloca nel dibattito sul tema della soddisfazione lavorativa e dell'impatto che su di essa esercita la riprogettazione delle strutture organizzative e dei processi operativi in esse inseriti. L'obiettivo del lavoro è di colmare, almeno parzialmente, il *gap* relativo all'impatto che le caratteristiche strutturali e dell'organizzazione del lavoro determinano sulla soddisfazione dei lavoratori. Oggetto dello studio sono le evidenze emergenti da medici intervistati nell'ambito di 18 realtà dipartimentali italiane a seguito del processo di dipartimentalizzazione. Le ipotesi di ricerca formulate risultano verificate indicando come in presenza di strutture organizzative modificate nella sostanza la soddisfazione dei dipendenti ne risenta positivamente. Essa appare, altresì, influenzata in modo positivo laddove a seguito del cambiamento venga percepito un miglioramento nel clima organizzativo, nell'arricchimento dei contenuti del lavoro e nell'intensità dei rapporti di collaborazione con i colleghi.

Sebbene lo studio appaia interessante sotto la prospettiva della valutazione delle conseguenze di uno dei principali interventi organizzativi introdotti nel Servizio sanitario

italiano negli ultimi decenni, esso non risulta libero da alcune limitazioni.

In primo luogo, i dati si riferiscono al solo personale medico senza considerare le altre professioni sanitarie coinvolte parimenti nel processo di dipartimentalizzazione. In virtù del differente sistema valoriale che caratterizza i professionisti in sanità (Cicchetti, 2004) essi potrebbero percepire in maniera differenziata l'introduzione di tale modello, evidenziando livelli differenti di soddisfazione lavorativa. Inoltre, nella presente analisi i livelli di soddisfazione non sono stati correlati con la performance organizzativa, dimensione strettamente influenzata dalla soddisfazione (Kreitner, Kinicki, 2008).

Il tipo di dati rilevati rende i risultati suscettibili al *common method bias*. Tuttavia nel presente studio sono stati utilizzati alcuni accorgimenti quali l'utilizzo di questionari anonimi in grado di ridurre negli intervistati

il timore di aver fornito risposte più o meno adeguate, l'utilizzo di *item* formulati in linguaggio semplice e comprensibile, l'impiego di due differenti *survey*, utili a tenere sotto controllo tale *bias* (Podsakoff *et al.*, 2003).

Infine, i dati si riferiscono a una raccolta *a posteriori* della percezione relativa all'introduzione del modello dipartimentale, non considerando l'influenza del livello di soddisfazione che precede il processo di dipartimentalizzazione. Sebbene questa mancanza possa limitare i risultati di questo studio, i futuri sviluppi del lavoro potranno controllare per questo aspetto. Inoltre, ulteriori sviluppi dello studio mireranno a comparare/integrare i dati relativi al personale medico con quelli provenienti da infermieri e tecnici, prevedendo anche la raccolta dei dati di performance per effettuarne la correlazione con i risultati in termini di soddisfazione lavorativa.

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», Stephan S. Mick, Miki E. Wyttenbach (a cura di), *Advances in Health Care Organization Theory* (45-78), Jossey-Bass, San Francisco.
- 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*, Accademia nazionale di medicina.
- ANTONI C.H. (2004), «Research note: a motivational perspective on change process and outcomes», *European journal of work and organizational psychology*, 13 (2), pp. 197-216.
- ARMENAKIS A.A., HARRIS S.G., MOSSHOLDER K.W. (1993), «Creating readiness for organizational change», *Human relations*, 46 (6), pp. 681-704.
- AVALLONE F. (1998), *Psicologia del lavoro: storia modelli, applicazioni*, Carocci, Roma.
- BAREIL C.E., SAVOIE A., MEUNIER S. (2007), «Patterns of discomfort with organizational change», *Journal of Change management*, 7 (1), pp. 13-24.
- BEGLEY T.M., CZAJKA J.M. (1993), «Panel analysis of moderating effect of commitment on job satisfaction, intent to quit and health following organizational change», *Journal of applied psychology*, 78 (4), pp. 552-556.
- BENZ M., STUTZER A. (2002), «Are Voters Better Informed when They Have a Larger Say in Politics?», *Public Choice*, 119, pp. 31-59.
- BRAITHWAITE J., WESTBROOK M. (2005), «Rethinking clinical organizational structures: an attitude survey of doctors, nurses and allied health staff in clinical directorates», *Journal of Health Service Research Policy*, 10 (1).
- BRAITHWAITE J. (2006), «An empirical assessment of social structural and cultural changes in Clinical Directorates», *Health Care Analysis*, 14, pp. 85-193.
- BRAYFIELD A.H., ROTHE H.F. (1951), «An index of job satisfaction», *Journal of Applied Psychology*, 35, pp. 307-311.
- BROCKNER J., KONOVSKY M., COOPER-SCHNEIDER R., FOLGER R., MARTIN C., BIES R.J. (1994), «Interactive effects of procedural justice and outcome negativity on victims and survivors of job loss», *Academy of management journal*, 37 (2), pp. 397-409.
- BURGELMAN R.A. (1983), «A model for the interaction of strategic behavior, corporate context and the concept of strategy», *Academy of management review*, 8, pp. 61-70.
- CALDWELL S.D., LIU Y. (2011), «Further investigating the influence of personality in employee response to organizational change: the moderating role of change-related factors», *Human resource management journal*, 21 (1), pp. 74-89.

- CAVANAUGH M., NOE R. (1999), «Antecedents and consequences of relational components of the new psychological contract», *Journal of organizational behavior*, 20, pp. 323-340.
- CHANDLER A. (1962), *Strategy and structure*, The MIT Press, Cambridge MA.
- CICCHETTI A. (2004), *La progettazione organizzativa*, Franco Angeli, Milano.
- CICCHETTI A., GHIRARDINI A., MASCIA D., MORANDI F. et al. (2009), «Il modello organizzativo dipartimentale nel SSN: risultati dall'indagine nazionale», *Politiche sanitarie*, 10, pp. 153-168.
- CRAMER D. (1996), «Job satisfaction and organizational continuance commitment: A two-wave panel study», *Journal of Organizational Behavior*, 17 (4), pp. 389-400.
- DAFT R.L. (2007), *Organizzazione aziendale*, Apogeo.
- EKVALL G. (1987), «The climate metaphor in organization theory», in B. Bass, P. Drenth (a cura di), *Advances in organizational psychology*, pp. 177-190, sage, Beverly Hills, CA.
- FEDOR D.B., CALDWELL S., HEROLD D.M. (2006), «The effects of organizational changes on employee commitment: a multilevel investigation», *Personnel psychology*, 59, pp. 1-29.
- FERNANDEZ-ALLES M., LLAMAS-SANCHEZ R. (2008), «The neoinstitutional analysis of change in public service», *Journal of change management*, 8 (1), pp. 3-20.
- FONTANA F. (1994), *Il sistema organizzativo aziendale*, Franco Angeli, Milano.
- FUGATE M., KINICKI A.J. (2008), «A dispositional approach to employability: development of a measure and test of implications for employee reactions to organizational change», *Journal of occupational and organizational psychology*, 81, pp. 503-527.
- GRANDORI A. (2007), «Governare il cambiamento organizzativo e incertezza», *Studi organizzativi*, 1, pp. 51-60.
- GURRIERI C., FRANCI A., CORSI M. (2009), «La misurazione della soddisfazione per il lavoro del personale ospedaliero», *Mecosan*, 18 (69) pp. 129-145.
- HERZBERG F.I. (1987), «One more time: How do you motivate employees?», *Harvard Business Review*, 65 (5), pp. 109-120.
- HANLON P., BECK S., ROBERTSON G., HENDERSON M., MC QUILLAN R., CAPEWELL S., DORWARD A. (1997), «Coping with the inexorable rise in medical admissions: evaluating a radical reorganization of acute medical care in a Scottish district general hospital», *Health Bulletin*, 55 (3).
- JUDGE T.A., THORESEN C.J., PUCIK V., WELBOURNE T.M. (1999), «Managerial coping with organizational change: a dispositional perspective», *Journal of applied psychology*, 84 (1), pp. 107-122.
- KREITNER R., KINICKI A. (2004), *Organizational Behavior 6th edition*, Mc Graw Hill Companies.
- LANDY F.J. (1989), *Psychology of work behavior*, The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
- LAWLER E.E., HALL D.T., OLDHAM G.R. (1974), «Organizational climate: Relationship to organizational structure, process and performance», *Organizational Behavior and Human Performance*, 11, pp. 139-155.
- LAWSON E., PRICE C. (2003), *The psychology of change management*, The Mc Kinsey Quarterly, Special edition: the value in organization.
- LEGA F. (2008), «The Rise And Fall (Acy) of Clinical Directorates in Italy», *Health Policy*, 85, pp. 252-262.
- LEPINE J.A., COLQUITT J.A., EREZ A. (2000), «Adaptability to changing task contexts: effects of general cognitive ability, conscientiousness, and openness to experience», *Personnel Psychology*, 53(3), pp. 563-593.
- LOCKE E.A. (1976), «The nature and causes of job satisfaction», in M.D. Dunnette (a cura di), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 5 (2), pp. 117-124.
- LLOYD M., MAGUIRE S. (2002), «The possibility horizon», *Journal of change management*, 3 (2), pp. 149-157.
- MASCIA D., MORANDI F., CICCHETTI A. (2013), «Looking Good or Doing Better? Patterns of Decoupling in the Implementation of Clinical Directorates», *Health care Management Review* (in press).
- MERCURIO R. (2007), «Approcci per lo studio del cambiamento organizzativo», *Studi organizzativi*, 1, pp. 97-100.
- MEYER J.W., ROWAN B. (1977), «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony», *American Journal of Sociology*, 83, pp. 340-363.
- MORANDI F., MASCIA D., CICCHETTI A. (2011), «Il decoupling nelle organizzazioni sanitarie: il caso dei dipartimenti ospedalieri italiani», *Mecosan*, 20 (79), pp. 57-72.
- MORGAN D.E., ZEFFANE R. (2003), «Employee involvement, organizational change and trust in management», *The international Journal of Human resource management*, 14 (1), pp. 55-75.
- ORRÙ M., BIGGART N.W., HAMILTON G.G. (1991), «Organizational isomorphism in East Asia», in W.W. Powell, P.J. DiMaggio (a cura di), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, pp. 361-389, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- PODSAKOFF P.M., MACKENZIE S.B., LEE J.Y., PODSAKOFF N.P. (2003), «Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies», *Journal of applied psychology*, 5, pp. 879-903.
- REBORA G., MINELLI E. (2007), «Il change management. Un modello di lettura e interpretazione», *Studi organizzativi*, 1, pp. 27-50.
- SAGIE A., ELIZUR D., GREENBAUM C.W. (1985), «Job experience, persuasion strategy and resistance to change. An experimental study», *Journal of occupational behavior*, 6(2), pp. 157-162.
- 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, London.
- SCOTT-LONG J., FREESE J. (2006), *Regression models for categorical depending variables using Stata. Second Edition*, Stata Press, College station, Texas.
- SEREN S., BAYKAL U. (2007), «Relationship between change and organizational culture in hospital», *Journal of nursing scholarship*; 39(2), pp. 191-197.
- TOSI H.L., PILATI M. (2008), *Comportamento organizzativo*, Egea, Milano.
- VAN KNIPPENBERG B., MARTIN L., TYLER T. (2006), «Process orientation versus outcome orientation during organizational change: the role of organizational identification», *Journal of Organizational behavior*, 27, pp. 685-704.

- WALSTON S., BOGUE R. (1999), «The effect of reengineering: fad or competitive factor», *Journal of health care management*, 44 (6), pp. 456-474.
- WANBERG C.R., BANAS J.T. (2000), «Predictors and outcomes of openness to change in a reorganizing workplace», *Journal of applied psychology*, 85 (1), pp. 132-142.
- WOOLDRIDGE J.M. (2002), *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, Massachusetts Institute of Technology.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, 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, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai 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). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. 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@unibocconi.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 e 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 tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. 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, 2009). 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. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, 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), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2003), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.

Rapporti/Atti

OECD (2012), *Gender Publication - Closing the Gender Gap: Act Now*, 17 December, OECD, Paris.
WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Non pubblicati

SEELEIB-KAISER M. (2007), *From Conservative to Liberal-Communitarian Welfare: Can the Reformed German Welfare State survive?*, Barnett Papers on Social Research n. 4, Oxford University.

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**.

Health Literacy: una review della dottrina internazionale

ROCCO PALUMBO

This paper provides an in-depth analysis of health literacy, drawing from the theoretical and empirical studies of the international scholarship. The research is realized through a literature review of the main qualitative and quantitative articles in the field of health literacy, gathered through a query by keywords in the citation database Scopus-Elsevier. The first section of the paper outlines the key features of the topic; then, an examination about the most relevant findings of the scholarship follows: it contains a wide-ranging discussion about the contribution of health literacy to the improvement of the individual well-being and to the sustainability of the healthcare system. Conclusions bring brief remarks on the role of health literacy for the promotion of public health.

Keywords: health literacy, humanization of care, patient centeredness

Parole chiave: alfabetizzazione sanitaria, umanizzazione della cura, centralità del paziente

Note sull'autore

Rocco Palumbo è dottorando di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche, presso il Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali dell'Università degli Studi di Salerno, rpalumbo@unisa.it

1. Introduzione e note metodologiche

L'articolo espone un'approfondita *review* della letteratura internazionale in materia di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*, impiegando la più comune definizione anglosassone) nel duplice intento di pervenire a un inquadramento concettuale di essa e di evidenziare i tratti comuni estrapolabili dai numerosi contributi teorici ed empirici proposti in dottrina sull'argomento.

Oggetto di analisi sono, da un lato, gli aspetti ontologici dell'alfabetizzazione sanitaria, con una particolare attenzione ai fattori che ne rappresentano i principali elementi costitutivi, e, dall'altro, il contributo che l'adeguata comprensione delle informazioni sanitarie potrebbe esprimere sul buon esito delle prestazioni di cura e di assistenza. Si tenterà, in aggiunta, di descrivere sinteticamente le modalità e gli approcci con cui gli interventi istituzionali finalizzati alla promozione dell'*health literacy* sono posti in essere, nonché gli ostacoli che si oppongono alla loro effettiva implementazione.

Ai fini dell'indagine, concentrata sui prodotti della ricerca scientifica in lingua inglese, è stata condotta una ricerca per parole chiave presso il *database* citazionale *Scopus-Elsevier*. Il binomio «health literacy» è stato impiegato quale basilare parametro di ricerca;¹ una prima estrazione dei risultati ha condotto all'individuazione di circa 3.100 *item*, successivamente sottoposti a un ulteriore *screening*. Sono stati esclusi dall'analisi i lavori specialistici, afferenti al campo della medicina, dell'infermieristica, della psicologia, della farmacologia o della neuroscienza, che fossero privi di approfondimenti di respiro «sociale»: tale raffinamento ha determinato la selezione di 536 *item* dal precedente aggregato.

Essi hanno costituito la base di partenza per la realizzazione della fase applicativa

SOMMARIO

1. Introduzione e note metodologiche
2. Un inquadramento concettuale
3. L'alfabetizzazione sanitaria nell'attuale configurazione dei sistemi sanitari
4. Gli impatti associati al livello di alfabetizzazione sanitaria
5. Gli interventi di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria
6. Conclusioni

dell'indagine: su ciascuno dei lavori selezionati è stata condotta una dettagliata analisi del contenuto dei relativi *abstract*, la quale ha consentito di scremare gli studi che si proponessero di analizzare sotto il profilo teorico gli aspetti definatori dell'alfabetizzazione sanitaria o i cui obiettivi della ricerca fossero correlati al reperimento di evidenze empiriche sugli effetti dell'adeguata comprensione delle informazioni sanitarie sullo stato di salute; sono stati esclusi tutti i lavori che non considerassero l'*health literacy* quale loro principale oggetto di studio.

Ad esito di tale scrematura, l'indagine si è concentrata su un totale di 167 lavori scientifici (prevalentemente articoli e, in numero minore, editoriali e *proceedings*), a partire dai quali si è tentato di formulare delle riflessioni che consentissero di fornire una visione di sintesi rispetto alle eterogenee proposizioni formulate dalla dottrina in materia di alfabetizzazione sanitaria. A un primo inquadramento teorico dell'argomento segue una trattazione esaustiva degli aspetti definatori dell'*health literacy* e dei suoi impatti sul livello di benessere individuale; in considerazione dei favorevoli *outcome* attribuibili alla diffusione di un adeguato livello di alfabetizzazione sanitaria, se ne individuano i principali interventi di promozione e se ne descrivono approcci e modalità di implementazione.

La trattazione si conclude con brevi riflessioni sulla rilevanza assunta dall'*health literacy* nell'attuale contesto operativo in cui le organizzazioni sanitarie agiscono e sulle prospettive future associate all'oggetto della ricerca: in quest'ottica, l'alfabetizzazione sanitaria è concepita quale strumento imprescindibile in seno alle *policy* del sistema sanitario, la cui promozione è ritenuta essenziale sia per il recupero di appropriatezza che di efficacia delle prestazioni di assistenza. Il lavoro contribuisce alla ricerca scientifica formulando un completo e armonioso quadro concettuale in materia di alfabetizzazione sanitaria e fornendo spunti per ulteriori sviluppi futuri.

2. Un inquadramento concettuale

«Alfabetizzazione sanitaria limitata», o «low health literacy» secondo la più diffusa formulazione in lingua inglese, è l'appella-

tivo attribuito all'epidemia silenziosa che affligge una porzione consistente della popolazione mondiale (Parker *et al.*, 2003), i cui effetti, secondo consolidata dottrina, non sono condizionati né dallo *status* economico e sociale individuale, né dal conseguimento di un adeguato livello di istruzione o di formazione professionale (Mayer, Villaire, 2007).

L'alfabetizzazione sanitaria è un fenomeno complesso e multi-dimensionale: numerosi fattori concorrono alla sua definizione, ma nessuno di essi riesce, individualmente, a fornirne una spiegazione esaustiva. In un primo momento, essa è stata concettualizzata quale mera capacità di lettura, di elaborazione dati e di comprensione del materiale informativo sanitario (Rudd, 2007); recente dottrina, d'altro canto, ha asserito l'insufficienza di tale proposizione (Wolf *et al.*, 2009): l'*health literacy* abbraccia, accanto alla componente di natura tecnica, competenze critiche e relazionali, le quali trovano esplicitazione nell'abilità individuale di tutelare e promuovere lo stato di salute in un ambiente di vita a complessità crescente (Pleasant, Kuruvilla, 2008; Rootman, Wharf-Higgins, 2007; Nutbeam, 1999).

Allo stesso modo, i determinanti della *literacy* sanitaria sono numerosi ed eterogenei: se, da un lato, vi è chi evidenzia l'assenza di studi che forniscano una sistematizzazione delle ricerche condotte sulla loro natura e sul loro rilievo (Martin *et al.*, 2009), dall'altro lato la dottrina individua nell'età (Williams *et al.*, 1998; Williams *et al.*, 1995), nell'istruzione (Paasche-Orlow *et al.*, 2005), nel reddito (Pignone *et al.*, 2005; Letz *et al.*, 2003; Al-Tayyib *et al.*, 2002), nell'appartenenza etnica e nella provenienza geografica (Beers *et al.*, 2003; Manly *et al.*, 2003; Artinian *et al.*, 2001; Bennett *et al.*, 1998) alcune variabili utili a fornire una debole spiegazione alla volatilità che si manifesta nella diffusione dell'alfabetizzazione sanitaria (Parker *et al.*, 1995; Davis *et al.*, 1991).

L'*health literacy* è considerata come uno dei più importanti determinanti di natura «sociale» della salute: essa è correlata da molteplici legami causali al benessere della persona, per quanto la «natura», la «direzione» e la «portata» di tali relazioni non abbiano trovato, sino ad ora, una chiara esplicitazione in dottrina (Keleher, Hagger, 2007). Al riguardo, si fa riferimento alla letteratura che

considera l'alfabetizzazione sanitaria una variabile esplicativa dello stato di salute più significativa rispetto al livello di istruzione, al sesso, alla tipologia di impiego, alla razza e allo *status* socio-economico individuale (Weiss, 2005; Parker *et al.*, 2003; Schillinger *et al.*, 2002; Lindau *et al.*, 2002; Williams *et al.*, 1998).

Non vi è condivisione, in accademia e tra i *practitioner*, sugli impatti che possono essere associati, a livello individuale, al conseguimento di un adeguato livello di alfabetizzazione sanitaria (Frisch *et al.*, 2012). Da diversi contributi scientifici, di natura sia quantitativa che qualitativa, si evincono alcuni temi comuni, tra cui: la maggiore consapevolezza degli individui *health literate* in merito ai comportamenti e agli stili di vita benefici per lo stato di salute (*Healthy People*, 2000); la loro capacità di reperire e comprendere le informazioni sui servizi disponibili nel proprio ambito di vita per la tutela della salute (Fineberg, 2004); l'abilità di attivare tali risorse per la protezione e la promozione del benessere psico-fisico (Abel, 2008); la capacità di recepire, elaborare e interpretare correttamente il flusso di informazioni trasferito dai professionisti (Bush *et al.*, 2010; Moore, 2010) e dagli operatori socio-sanitari (Moore, 2012); l'abilità di percepire e comprendere in maniera immediata i «segnali» emessi dal proprio corpo e di fornire a essi una risposta tempestiva (McCaffery *et al.*, 2010).

Il paziente *low literate*, di contro, non è in grado di percepire in maniera corretta i determinanti dello stato di salute, non riesce a discriminare i comportamenti appropriati per il miglioramento del benessere psico-fisico e non ha la capacità di maturare consapevolezza in merito agli strumenti che possono essere attivati in ambito territoriale e sanitario per la tutela e la promozione della salute (Yin *et al.*, 2007).

Individuare i soggetti con bassa alfabetizzazione sanitaria non è un'impresa agevole: alla mancanza di strumenti che offrano una precisa e univoca misurazione del fenomeno,² si congiunge la tendenza dei pazienti non alfabetizzati a celare il proprio deficit cognitivo per ragioni di vergogna (Vezeau, 2008) o di pudore (Kountz, 2009), che si traducono in chiusura e ostruzione di fronte ai tentativi di identificare e «correggere» i casi di bassa comprensione delle informazioni sanitarie

(Parikh *et al.*, 1996). La criticità della questione è tanto maggiore quanto più il personale sanitario, vale a dire chi ha maggiori possibilità di intervenire sul livello di alfabetizzazione del paziente, non sia propenso a intraprendere le appropriate azioni correttive per catalizzare la capacità di comprensione di quest'ultimo. Diverse ragioni concorrono a spiegare l'adozione di tale atteggiamento da parte degli operatori sanitari (Kickbush, 2001), tra cui il timore di suscitare irritazione nell'utente a causa di un'eccessiva semplificazione delle informazioni trasmesse, ovvero la presunzione di interagire con un interlocutore che dispone di sufficienti competenze per recepire e interpretare correttamente le prescrizioni cliniche comunicate.

Invero, a dispetto della sua elevata prevalenza, l'inadeguata alfabetizzazione sanitaria è stata generalmente considerata come un «non problema», in linea con l'impostazione razionale e tecnicistica tipica del paradigma sanitario tradizionale, in accordo alla quale il buon medico ha il preminente compito di formulare un'accurata diagnosi della patologia e di prescrivere al paziente un trattamento appropriato (Ajzen, Fishbein, 1980), senza essere tenuto a verificare la capacità di quest'ultimo di comprendere le informazioni cliniche trasmesse.

Non basta, inoltre, puntare l'attenzione solo sull'alfabetizzazione sanitaria del paziente; occorre guardare, contestualmente, alla capacità di comprensione delle informazioni sanitarie degli individui che svolgono una funzione di *caregiving* informale nei confronti dell'utente, in particolar modo coloro che adempiono a tale compito in virtù di un legame affettivo o di parentela con la persona malata. Il paziente *low literate*, infatti, presenta una significativa propensione a sottrarsi alle responsabilità decisionali in materia di salute, delegando in maniera esplicita o tacita le scelte di assistenza a chi lo accompagna lungo il percorso di cura (Lindquist *et al.*, 2010). L'incapacità dei *caregiver* informali di «navigare» il sistema sanitario e di orientarsi efficacemente al suo interno si riflette sugli esiti del percorso di assistenza, in ragione dell'effetto negativo generato dall'assunzione di decisioni di cura inappropriate (Kickbusch *et al.*, 2006).

L'accessibilità a un'informativa sanitaria chiara e trasparente, pertanto, rappresenta

una risorsa imprescindibile per il paziente: grazie a essa, egli può essere coinvolto in maniera attiva nella gestione del percorso di assistenza, maturando la capacità di interagire proficuamente con i professionisti e gli operatori del settore (Ishikawa, Yano, 2008); queste considerazioni assumono un peso ancora maggiore nei sistemi sanitari alimentati prevalentemente da risorse pubbliche, le cui ristrettezze finanziarie impongono all'utente l'adozione di un ruolo proattivo durante il percorso di cura (Weld *et al.*, 2008).

D'altro canto, oggi il paziente vive in un contesto caratterizzato dall'abbondanza e dalla pervasività delle informazioni sanitarie, le quali sono trasmesse in maniera diffusa, ma confusa: tale contingenza ne spiazza i destinatari, rendendone più difficoltoso l'orientamento all'interno del sistema sanitario. La capacità di gestire lo spettro di informazioni a disposizione diventa una qualità essenziale nel percorso evolutivo che conduce il paziente verso l'assunzione di un ruolo di auto-gestione dello stato di salute: in questa prospettiva «alfabetizzazione» significa prima di tutto «abilità di gestire informazioni», evitando che la loro disponibilità si converta nel problema opposto della loro sovrabbondanza e ingestibilità (Jordan *et al.*, 2010; Cuttilli, 2005; Dray, Papen, 2004).

Dopo aver fornito un conciso quadro concettuale sull'argomento oggetto di interesse ai fini del presente lavoro, si passa all'esposizione delle principali riflessioni della dottrina in merito al ruolo dell'alfabetizzazione sanitaria nell'attuale configurazione dei sistemi sanitari nazionali e ai suoi impatti sul livello di benessere psico-fisico dell'individuo. Nei due paragrafi che seguono si tenterà di pervenire a una puntuale descrizione del contributo espresso dall'adeguata comprensione delle informazioni sanitarie sull'efficacia dei processi di cura e sul livello di appropriatezza delle prestazioni assistenziali, evidenziando il peso che l'alfabetizzazione sanitaria assume per la tutela e il miglioramento della salute.

3. L'alfabetizzazione sanitaria nell'attuale configurazione dei sistemi sanitari

L'architettura dei moderni sistemi sanitari presenta un'articolazione tale da ostacolare l'autonomo orientamento del paziente al lo-

ro interno (Volandes, Paasche-Orlow, 2007), tanto più qualora quest'ultimo, per deficit di natura cognitiva, relazionale o critica, non abbia la capacità di reperire e comprendere tempestivamente le informazioni sanitarie che gli sono necessarie per la tutela e la promozione del suo stato di salute (Kickbush, 2009). Si aggiunga che l'attuale periodo di instabilità economica e finanziaria vissuto dai Paesi occidentali rende la questione meritevole di particolare attenzione (Marmot *et al.*, 2009): al depauperamento nella capacità erogativa dei sistemi pubblici si congiunge l'inaridimento delle relazioni sociali, fattispecie che, in combinazione tra di loro, impongono al paziente di gestire in prima persona il suo percorso di cura (Chen *et al.*, 2011), prendendo in carico la maggior parte delle responsabilità decisionali a esso connesse (Weiss *et al.*, 2005).

Disporre di fonti di informazione sanitaria adeguate e facilmente accessibili, dunque, diventa indispensabile per il paziente: ricorrendo a esse, egli ha la possibilità di identificare con maggiore precisione quali siano i determinanti dello stato di salute e di essere coinvolto attivamente nelle attività di tutela, promozione e miglioramento del benessere psico-fisico. A tal pro, occorre tenere presente la condizione di asimmetria informativa tra il medico e il paziente, la quale deriva dal ricco patrimonio di competenze specialistiche, accumulato durante un lungo percorso di formazione teorica ed empirica, a disposizione del primo, ma non del secondo.

La relazione tra questi due attori tende a degenerare in una «dominanza clinica» (Freidson, 1970), ossia in un rapporto di subordinazione che non è coerente con l'attuale configurazione del sistema sanitario, in cui l'utente dovrebbe assumere il ruolo di *self manager* del suo stato di salute (Weld *et al.*, 2008). Egli necessita di informazioni tempestive, dettagliate, accessibili e allo stesso tempo semplici sui determinanti della salute, affinché possa maturare una maggiore capacità di concorrere personalmente alle attività di tutela e promozione del benessere psico-fisico (Hashimoto, Fukuhara, 2004; Benbasat *et al.*, 1998). Il paziente, in altri termini, dovrebbe assumere i connotati di «soggetto» della cura, piuttosto che di «oggetto» della prestazione: il suo coinvolgimento nelle decisioni sanitarie richiede l'acquisizione di un

adeguato livello di alfabetizzazione sanitaria, che gli consenta di colmare, quanto meno in parte, il *gap* cognitivo nei confronti del professionista sanitario (Benbassat *et al.*, 1998).

A fronte dei rilevanti progressi compiuti in medicina, numerose ricerche testimoniano come in tutti i Paesi (Kondilis *et al.*, 2008), siano essi a elevato reddito *pro-capite* (Taggart *et al.*, 2012) che a maggior ritardo di sviluppo (Jovic-Vranes *et al.*, 2011; Chang *et al.*, 2009), molti individui non sono capaci di reggere il passo della crescente complessità delle informazioni sanitarie. Essi incontrano consistenti difficoltà nella comprensione delle prescrizioni terapeutiche fornite dal medico curante e nell'instaurare un proficuo dialogo con i professionisti sanitari (Keleher, Hagger, 2007).

In questa prospettiva, recente dottrina ha concettualizzato la *literacy* sanitaria quale «sesto segno vitale» (Heinrich, 2012) accanto allo stato di coscienza, al battito cardiaco, alla pressione sanguigna, alla respirazione e alla temperatura corporea. Essa dovrebbe essere oggetto di uno scrupoloso monitoraggio e rappresentare un costante riferimento per la repentina adozione di azioni correttive, protese a scongiurare ipotesi di peggioramento del benessere psico-fisico dovute all'incomprensione delle prescrizioni cliniche o all'adozione di comportamenti rischiosi per la salute. Grazie agli interventi di alfabetizzazione sanitaria, i «detentori» della conoscenza in materia di salute, *in primis* i professionisti sanitari e gli operatori socio-sanitari, rendono il loro patrimonio informativo «accessibile» e «fruibile» ai rispettivi interlocutori (Andrus, Roth, 2002), personalizzando gli interventi alla luce del background culturale e sociale da cui questi ultimi provengono (Selden *et al.*, 2000).

Il sistema di assistenza primaria svolge un ruolo chiave per agevolare e facilitare l'interazione dell'utente con il sistema sanitario: esso è in grado di influenzarne positivamente gli stili di vita, promuovendo l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti e incentivando sia la prevenzione che il controllo pro-attivo della salute (Harris, 2008). Attraverso le cure primarie, in aggiunta, è possibile costruire una «rete di salvataggio» per gli individui *low literate* (Arnold *et al.*, 2001), in assenza della quale questi ultimi non avrebbero la possibilità di pervenire tempestivamente a

un'efficace tutela della loro salute. Lasciati a se stessi, infatti, i pazienti con inadeguata alfabetizzazione sperimenterebbero confusione e incertezza, che si traducono in incapacità di pervenire a una decisione consapevole sul percorso di cura da intraprendere: essi si troverebbero esposti, privi di difese, alla mercé di un'informazione sanitaria pervasiva, ma allo stesso tempo frammentata e complessa, a causa dell'eterogeneità dei canali e dei formati con cui essa è disseminata (Perlow, 2010).

In questi termini, l'approccio tradizionale adottato per la promozione dell'alfabetizzazione sanitaria è ritenuto non più sufficiente, in quanto incoerente rispetto all'attuale configurazione del sistema sanitario (St. Leger, 2001): esso identifica nel percorso formativo individuale la principale, se non l'unica determinante della capacità del paziente di comprendere e di applicare le informazioni sanitarie (Simonds, 1974). Se da un lato, tuttavia, l'istruzione gioca un ruolo rilevante ai fini dell'abilità dell'individuo di interpretare le informazioni sanitarie e di intraprendere le azioni appropriate per la tutela della sua salute (Igoe, 1993; Lavin *et al.*, 1992), dall'altro lato ulteriori fattori influenzano in misura consistente il livello di *literacy* sanitaria (Wolf *et al.*, 2009; Levinthal *et al.*, 2008; Baker, 2006).

Alle competenze «funzionali», intese quali capacità di comprensione delle informazioni scritte e orali (*literacy*) e di elaborazione dei dati numerici in esse presenti (*numeracy*), si congiungono sia competenze «sociali» (relazionali e comunicative), indispensabili per allacciare una proficua interazione con gli interlocutori appartenenti al sistema sanitario, che competenze «critiche», su cui si costruisce la consapevolezza in merito ai determinanti dello stato di salute e si matura una maggiore capacità di azione e di controllo su di esse (Nutbeam, 2000).

La dottrina pronostica un *trend* di bassa alfabetizzazione sanitaria per i prossimi anni, da ricondurre precipuamente all'invecchiamento della popolazione, al correlato incremento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie croniche, alla rarefazione dei rapporti sociali e alla crescente complessità del sistema sanitario (Parker *et al.*, 2008). Per tale ragione, si ritiene indispensabile promuovere l'abilità individuale di intera-

gire proficuamente con i professionisti e gli operatori sanitari, intervenendo in maniera sistemica sia sui fattori contingenti che sulle dinamiche economiche e sociali a tal pro rilevanti (Freedman *et al.*, 2009). Come sarà esplicitato nel prosieguo, difatti, i pazienti con un'adeguata *health literacy* dimostrano maggiore capacità di comprensione delle informazioni cliniche, dispongono di buone doti relazionali ed ermeneutiche per assumere scelte informate sui percorsi di cura da intraprendere (Nutbeam, 1999) ed esercitano un più appropriato controllo sui fattori di rischio che sono correlati in misura significativa alla degenerazione del loro benessere psico-fisico (Chinn, 2011) (tabella 1).

4. Gli impatti associati al livello di alfabetizzazione sanitaria

Ai lavori teorici, che pretendono di pervenire a una definizione ampiamente condivisa di alfabetizzazione sanitaria, si accompa-

gnano numerose ricerche di natura empirica aventi per oggetto l'impatto dell'*health literacy* sullo stato di salute individuale. Non si riscontra uniformità nei risultati delle indagini proposte dalla letteratura: a chi argomenta a sostegno di una relazione positiva tra il livello di alfabetizzazione sanitaria e lo stato di benessere psico-fisico del paziente (Mosen *et al.*, 2007), si contrappongono studiosi che adducono l'inesistenza di un rapporto significativo tra le due dimensioni (Song *et al.*, 2011; Zhang *et al.*, 2009).

Al riguardo, è opportuno precisare che l'accademia ha prestato attenzione precipuamente alle competenze di tipo «funzionale» dei pazienti, mentre gli studi protesi a considerare le componenti «sociale» e «critica» dell'alfabetizzazione scontano una minore frequenza e una più bassa significatività, anche in ragione della loro maggiore difficoltà di misurazione (DeWalt *et al.*, 2004). Le indagini, pertanto, si sono concentrate sulla rilevazione dello stato di salute dei pazienti

Tabella 1

Prospetto riepilogativo: aspetti definatori e determinanti dell'alfabetizzazione sanitaria

Punti chiave	Fonti
L'alfabetizzazione sanitaria è un'epidemia silenziosa che affligge gran parte della popolazione mondiale; nonostante la sua prevalenza, essa è stata tradizionalmente considerata un «non problema».	Parker <i>et al.</i> , 2003; Ajzen & Fishbein, 1980.
L'alfabetizzazione sanitaria è un fenomeno complesso e multi-dimensionale: numerosi fattori concorrono alla sua definizione, ma nessuno di essi riesce, individualmente, a fornirne una spiegazione esaustiva.	Wolf <i>et al.</i> , 2009; Pleasant, Kuruvilla, 2008; Rootman, Wharf-Higgins, 2007; Nutbeam, 1999.
Diverse variabili contribuiscono a spiegare il livello individuale di alfabetizzazione sanitaria: l'età, il livello di istruzione, il reddito, l'appartenenza etnica e la provenienza geografica partecipano a fornire una spiegazione alla volatilità che si manifesta nella diffusione dell' <i>health literacy</i> .	Paasche-Orlow <i>et al.</i> , 2005; Pignone <i>et al.</i> , 2005; Beers <i>et al.</i> , 2003; Letz <i>et al.</i> , 2003; Manly <i>et al.</i> , 2003; Al-Tayyib <i>et al.</i> , 2002; Artinian <i>et al.</i> , 2001; Bennett <i>et al.</i> , 1998; Williams <i>et al.</i> , 1998; Parker <i>et al.</i> , 1995; Williams <i>et al.</i> , 1995; Davis <i>et al.</i> , 1991.
Il progressivo invecchiamento della popolazione, la crescente diffusione delle malattie croniche, la rarefazione dei rapporti sociali e la maggiore complessità del sistema sanitario inducono a prospettare un <i>trend</i> di bassa alfabetizzazione sanitaria nei prossimi anni.	Parker <i>et al.</i> , 2008.
Competenze funzionali, sociali e critiche costituiscono l'impalcatura su cui si regge l'alfabetizzazione sanitaria individuale.	Pleasant, Kuruvilla, 2008; Rootman, Wharf-Higgins, 2007; Nutbeam, 2000; Nutbeam, 1999.
È arduo identificare gli individui con bassa alfabetizzazione sanitaria: da un lato, mancano strumenti che forniscano una percezione univoca del fenomeno, mentre, dall'altro, gli individui tendono a celare i propri deficit cognitivi per ragioni di pudore o di vergogna.	Kountz, 2009; Vezeau, 2008; Parikh <i>et al.</i> , 1996.

con limitata capacità di lettura e di elaborazione di informazioni testuali o numeriche, laddove le altre formule di *literacy* sono state trascurate o, nella peggiore delle ipotesi, omesse.

Alcuni ricercatori evidenziano un legame significativo tra il grado di *health literacy* del paziente e la sua capacità di reperire informazioni sanitarie, di individuare i rimedi più appropriati nei confronti della patologia lamentata e di valutare correttamente i risultati grazie a essi conseguiti (Gerber *et al.*, 2006); conservando lo stesso tono, parte della dottrina sostiene che i pazienti con inadeguata alfabetizzazione non siano disposti a essere coinvolti nelle decisioni relative agli interventi di protezione e promozione del loro stato di salute, preferendo non instaurare un dialogo diretto con il medico curante e delegare le responsabilità decisionali ai *caregiver* informali (Mancuso, Rincon, 2006; Kim *et al.*, 2001).

Vi è chi evince una relazione positiva tra la *literacy* sanitaria e la capacità di adesione alle prescrizioni cliniche (Sarkar *et al.*, 2006): in questi termini, la marginale alfabetizzazione sanitaria si correla a un ricorso inappropriato ai servizi di cura (Herndon *et al.*, 2011) e a un maggior utilizzo delle prestazioni di urgenza ed emergenza³ (Howard *et al.*, 2005; Baker *et al.*, 2002), fenomeni che si traducono in più elevati costi di assistenza⁴ (Eichler *et al.*, 2009).

In un'approfondita *review* della dottrina, Warner e colleghi (2006) affermano che i pazienti con inadeguata alfabetizzazione hanno difficoltà a comprendere le prescrizioni terapeutiche (Chew *et al.*, 2004), sono restii ad aderire a interventi di prevenzione, tutela e promozione della salute (Dolan *et al.*, 2004) e non sono capaci di orientarsi efficacemente in seno al sistema sanitario (Kripalani *et al.*, 2006). In questi termini, la *low health literacy* impoverisce gli *outcome* di salute conseguibili e incide negativamente sullo stato di benessere del paziente (Martin *et al.*, 2009).

La scarsa alfabetizzazione sanitaria è spesso correlata alla mancanza di consapevolezza sui fattori che determinano lo stato di salute e sulle risorse e i servizi attivabili a tutela di esso (Powell *et al.*, 2005; Gazmararian *et al.*, 2003), con gravi implicazioni tanto per l'efficacia quanto per la sostenibilità del sistema sanitario. Vari studi individuano l'inadegua-

ta *health literacy* quale variabile esplicativa del più frequente ricorso all'assistenza istituzionalizzata piuttosto che alle prestazioni territoriali (Schillinger, Davis, 2005; Wolf *et al.*, 2005; Williams *et al.*, 1998): essa contribuisce a spiegare la maggiore propensione all'ospedalizzazione, l'adozione di comportamenti pericolosi per la salute, più alti costi di trattamento clinico (Weiss, 2005) e una più elevata mortalità (Baker *et al.*, 2008; Sudore *et al.*, 2006).

Diversi Autori concordano nell'associare maggiori costi di assistenza alla bassa alfabetizzazione (Weiss, Palmer, 2004): essi derivano sia dal più elevato rischio di inappropriata delle prestazioni godute che dalla maggiore propensione all'adozione di comportamenti dannosi per la salute. In aggiunta, gli individui con basse competenze sanitarie sono più propensi a lamentare uno stato di cattiva salute rispetto agli *health literate*, esprimendo più frequenti richieste di assistenza (Gazmararian *et al.*, 1999; Weiss *et al.*, 1992).

Vi è chi attribuisce alla popolazione non alfabetizzata un onere finanziario corrispondente a circa il doppio rispetto a chi dimostra una buona capacità di comprensione delle informazioni sanitarie (Friedland, 2002; Friedland, 1998), sebbene si rilevi la necessità di correggere tali dati in considerazione di alcuni «fattori di confusione», tra cui l'impossibilità, per ragioni economiche, sociali o istituzionali, di ricorrere a percorsi alternativi di assistenza (Wieser *et al.*, 2008). La dottrina ha tentato di ponderare con precisione il rapporto tra il livello di alfabetizzazione sanitaria e i costi di assistenza, evidenziando che i pazienti con alfabetizzazione inadeguata «spendono» circa il 20% in più rispetto alla media, *gap* che si riduce al 6,5% per gli individui che presentano una mediocre comprensione delle informazioni sanitarie (Howard *et al.*, 2005).

La limitata abilità nel reperimento e nell'elaborazione delle informazioni sanitarie è esaltata all'uscita dal *setting* ospedaliero, contesto assistenziale che alimenta l'incapacità del paziente di seguire con diligenza le prescrizioni cliniche (Unroe *et al.*, 2010; Forster *et al.*, 2004; Gray *et al.*, 1999; Calkins *et al.*, 1997). In tali circostanze, la bassa alfabetizzazione si traduce prima di tutto nell'inconsapevole trasgressione delle indi-

cazioni del medico curante (Lindquist *et al.*, 2011): i pazienti dimessi tendono a violare involontariamente le prescrizioni terapeutiche a causa della marginale comprensione di quanto loro comunicato sia in forma scritta che orale dai professionisti e dagli operatori sanitari (Davis *et al.*, 2006).

Difatti, le modalità con cui si realizza la dimissione ospedaliera non favoriscono la *compliance* del paziente (Kripalani *et al.*, 2007): quest'ultimo è destinatario di una mole cospicua di informazioni in un arco temporale ristretto, le quali nella maggior parte dei casi sono trasmesse in maniera indiretta, impersonale e standardizzata (Greenwald *et al.*, 2007; Coleman, Berenson, 2004). La conseguente elevata probabilità di impropria implementazione della terapia prescritta, unitamente alla discontinuità di cura e alla mancanza di coordinamento durante il percorso di assistenza, incide negativamente sulla salute del paziente, favorendo l'insorgenza di nuovi eventi patologici e accrescendo il rischio di ri-ospedalizzazione (Moore *et al.*, 2003).

In occasione della transizione del paziente dall'ospedale al territorio, pertanto, è imprescindibile intervenire sul rapporto tra questi e il professionista clinico, promuovendo la chiara comunicazione tra tali attori (Cua, Kripalani, 2009; Bartlett *et al.*, 2008) nell'intento di incrementare la capacità del paziente di proseguire in autonomia il processo di riabilitazione (Jencks *et al.*, 2009). La relazione tra il professionista e il paziente dimesso è tanto più critica quanto più inadeguato è il livello di alfabetizzazione del secondo: gli utenti *low literate* tendono a giudicare in maniera negativa il loro rapporto con i medici, lamentandone l'impiego di un linguaggio troppo complesso e tecnico, il poco tempo dedicato alla puntuale descrizione del trattamento, nonché l'insufficiente propensione a verificare la comprensione delle informazioni trasmesse, a prevenire gli errori interpretativi⁵ e a correggerne le conseguenze (Kripalani *et al.*, 2010).

Occorre rivisitare il momento del rilascio delle informazioni cliniche all'atto della dimissione ospedaliera, prestando attenzione sia al loro contenuto che al formato e alle modalità con cui esse sono comunicate. Al fine di ridurre il rischio di incomprensioni, si ritiene utile rendere partecipe il medico di

base alla formulazione della terapia di dimissione (Lee, Garvin, 2003): costui avrebbe il compito di garantire supporto informativo, sostegno assistenziale e continuità di cura al paziente a livello territoriale, riducendo il rischio di deterioramento nello stato di salute cagionato dalla sua incapacità di seguire fedelmente le prescrizioni cliniche che gli sono impartite.

L'alfabetizzazione sanitaria, inoltre, assume particolare criticità per i pazienti affetti da patologie croniche; essi entrano in contatto frequentemente con il sistema di assistenza ed esperiscono molteplici relazioni di «asimmetria informativa» con i professionisti sanitari. A causa del loro deficit cognitivo, i pazienti cronici non alfabetizzati non riescono a partecipare attivamente al processo decisionale per la definizione del percorso di cura, preferendo affidarsi alle prescrizioni formulate dal medico curante o ai consigli dei loro *caregiver* informali (Schillinger, 2004). In questa prospettiva, l'inadeguata alfabetizzazione sanitaria è stata correlata a una minore consapevolezza della criticità dello stato di salute e a un controllo poco stringente sui parametri vitali rilevanti per il trattamento della cronicità (Cavanaugh *et al.*, 2008), sebbene tali risultati non abbiano trovato conferma in tutti gli studi condotti dalla dottrina (Rothman *et al.*, 2004; Ross *et al.*, 2001). *Low literacy* e scarse disponibilità economiche, nondimeno, rappresentano due significative determinanti dell'aggravamento delle patologie croniche (Jeon *et al.*, 2009).

La dottrina suggerisce di declinare congiuntamente le iniziative di promozione dell'*health literacy* e la gestione «globale» della patologia, in una prospettiva di centralità del paziente (Bodenheimer *et al.*, 2002a; Bodenheimer *et al.*, 2002b). Quest'ultimo dovrebbe essere concepito come un attore informato, al quale garantire la massima conoscenza possibile delle risorse territoriali e sanitarie disponibili per la risposta ai suoi bisogni assistenziali, attraverso l'interazione con un competente *team* di attori socio-sanitari che gli fornisca indirizzo e supporto lungo l'intero percorso di assistenza (Bodenheimer, Laing, 2007; Wagner, 1998).

L'alfabetizzazione sanitaria, infatti, rappresenta una componente essenziale per l'implementazione di modelli organizzativi territoriali intesi a promuovere una gestione

ottimale della patologia cronica e a minimizzare il ricorso all'ospedalizzazione (Institute of Medicine, 2012): gli approcci che vantano maggiore diffusione in letteratura, come il *Planned Care Model* (Thompson *et al.*, 2004), il *Patient-Centered Home Care Model* (Kilo, Wasson, 2000), il *Chronic Care Model* (Wagner *et al.*, 1999) e l'*Extended Chronic Care Model* (Barr *et al.*, 2003) riuscirebbero a esprimere in pieno il proprio contributo alla migliore gestione delle patologie croniche esclusivamente in presenza di un paziente ben informato e alfabetizzato.

Nell'implementazione degli interventi di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria bisognerebbe applicare un approccio di «precauzione universale» (Paasche-Orlow, Wolf, 2007): tutti gli individui, a prescindere dalle rispettive condizioni economiche e sociali, hanno bisogno di formazione in materia di salute. A tal pro, urge introdurre incentivi affinché il personale clinico, principale detentore delle informazioni sanitarie, si impegni attivamente nella promozione dell'*health literacy*, evitando che la persistente scarsità di risorse in ambito sanitario, ivi compreso il tempo lavorativo che i singoli professionisti possono dedicare a ciascun paziente (Davidoff, 1997), sia di ostacolo all'*empowerment* di quest'ultimo (tabella 2).

5. Gli interventi di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria

L'*health literacy* gioca un ruolo chiave per il buon andamento e l'economicità di un sistema sanitario. Alla luce di quanto esposto sino a questo punto, dal livello di alfabetizzazione sanitaria dipende buona parte della probabilità di pervenire a una più concreta tutela della salute: educare il paziente e i suoi *caregiver* informali sui temi sanitari, arricchendo il loro patrimonio di competenze e di conoscenze in materia di salute, costituisce un'opportunità, oltre che un dovere, per chi eroga prestazioni di assistenza e di cura.

La diffusione di un inadeguato livello di *health literacy*, infatti, genera un'inopportuna lievitazione della domanda di assistenza, la quale risulta inflazionata da richieste di prestazioni che, ragionando per appropriatezza, dovrebbero essere servite al di fuori dell'ambito sanitario (Budnitz, Layde, 2007). La probabilità che il paziente *low literate*

subisca deterioramenti nello stato di salute è particolarmente elevata, a causa della sua ignoranza in merito ai determinanti della patologia, della sua incapacità di comprendere le indicazioni cliniche e di seguire con fedeltà il trattamento terapeutico prescritto (Tarn *et al.*, 2006; Hwang *et al.*, 2005; Metlay *et al.*, 2005). Per tale ragione, si argomenta a supporto degli interventi di «formazione sanitaria» del paziente, in maniera tale da rendere quest'ultimo capace di orientarsi efficacemente e autonomamente all'interno del sistema sanitario e di conseguire i migliori *outcome* di salute possibili (Eckman *et al.*, 2012).

Adottando un'impostazione di tipo processuale, è possibile tracciare il tipico percorso di cura seguito da un paziente con inadeguata alfabetizzazione. Questi esprime una richiesta di assistenza al medico di riferimento in ambito territoriale, cui spetta il compito di gestire e coordinare il primo contatto tra l'utente e il sistema sanitario; in occasione di tale interazione, il professionista sanitario dovrebbe agevolare la comprensione delle informazioni trasmesse al paziente, evitando di impiegare un linguaggio appesantito da eccessivi, quanto inutili, tecnicismi, semplificando il più possibile la comunicazione e, se necessario, servendosi di materiale di supporto nell'esposizione della diagnosi e del trattamento (Al Sayah, Williams, 2012; Paasche-Orlow, Wolf, 2007).

In assenza di tali precauzioni, il paziente non sarebbe nelle condizioni di seguire fedelmente le indicazioni cliniche, con un forte rischio di acutizzazione della patologia; gli impatti sullo stato di salute sarebbero tanto più consistenti quanto più flebili si rivelino le attività di *follow-up*. In tale ipotesi, il paziente subisce un decadimento nel suo stato di salute, circostanza che lo induce a esprimere una nuova richiesta di assistenza in ambito ambulatoriale od ospedaliero, nella speranza di reperire una diversa soluzione al suo malessere psico-fisico.

A causa della sua inadeguata alfabetizzazione, tuttavia, l'utente potrebbe nuovamente lamentare un'insufficiente comprensione delle informazioni cliniche e un *follow up* inappropriato all'uscita dal *setting* ospedaliero, prodromo di una spirale involutiva del suo stato di salute. Avvertendo un sensibile peggioramento del suo benessere psico-fisi-

Tabella 2

Prospetto riepilogativo:
impatti dell'alfabetizzazione
sanitaria

Punti chiave	Fonti
L'alfabetizzazione sanitaria è un importante determinante di tipo sociale della salute; la «natura», la «portata» e la «direzione» di tale relazione, tuttavia, non hanno trovata chiara esplicitazione in dottrina.	Keleher, Hagger, 2007.
La relazione tra il paziente e il medico è «viziata» da una profonda asimmetria informativa; una maggiore alfabetizzazione sanitaria potrebbe contribuire, quanto meno in parte, ad attenuare il rapporto di subordinazione del paziente nei confronti dei professionisti sanitari.	Weld <i>et al.</i> , 2008; Hashimoto, Fukuhara, 2004; Benbassat <i>et al.</i> , 1998; Freidson, 1970.
L'adeguata comprensione delle informazioni sanitarie rappresenta una qualità fondamentale ai fini del <i>self-management</i> dello stato di salute da parte del paziente. In questi termini, l'alfabetizzazione sanitaria può essere concettualizzata come il «sesto segno vitale», da sottoporre a costante e scrupoloso monitoraggio.	Heinrich, 2012; Chen <i>et al.</i> , 2011; Weld <i>et al.</i> , 2008; Gerber <i>et al.</i> , 2006; Kripalani <i>et al.</i> , 2006; Sarker <i>et al.</i> , 2006; Paasche-Orlow <i>et al.</i> , 2005; Wydra, 2001; Williams <i>et al.</i> , 1998
Non si riscontra uniformità nei risultati delle indagini proposte dalla dottrina in merito agli impatti dell'alfabetizzazione sanitaria sullo stato di salute individuale; le ricerche, inoltre, si sono concentrate sulle competenze di tipo «funzionale», trascurando le competenze di natura «sociale» e «critica» associate all' <i>health literacy</i> .	Song <i>et al.</i> , 2011; Zhang <i>et al.</i> , 2009; Mosen <i>et al.</i> , 2007; DeWalt <i>et al.</i> , 2004.
L'adeguata alfabetizzazione sanitaria è correlata positivamente alla capacità di reperire, selezionare e interpretare le informazioni sanitarie, alla disponibilità ad essere coinvolti nelle decisioni in merito al percorso di cura da seguire, alla capacità di adesione alle prescrizioni cliniche, al coinvolgimento in attività di prevenzione e di promozione della salute e al ricorso a servizi appropriati rispetto alla patologia lamentata.	Gerber <i>et al.</i> , 2006; Kripalani <i>et al.</i> , 2006; Mancuso, Rincon, 2006; Sarker <i>et al.</i> , 2006; Chew <i>et al.</i> , 2004; Dolan <i>et al.</i> , 2004; Kim <i>et al.</i> , 2001.
L'inadeguata alfabetizzazione sanitaria implica maggiore rischio di ricorso inappropriato ai servizi di cura, maggiore utilizzo delle prestazioni di urgenza ed emergenza, più ampio ricorso all'assistenza istituzionalizzata, maggiori costi di cura, impoverimento dello stato di salute, inconsapevolezza sui determinanti della salute e più elevata mortalità.	Herndon <i>et al.</i> , 2011; Eichler <i>et al.</i> , 2009; Martin <i>et al.</i> , 2009; Baker <i>et al.</i> , 2008; Sudore <i>et al.</i> , 2006; Howard <i>et al.</i> , 2005; Powell <i>et al.</i> , 2005; Schillinger, Davis, 2005; Weiss, 2005; Wolf <i>et al.</i> , 2005; Weiss, Palmer, 2004; Gazmararian <i>et al.</i> , 2003; Baker <i>et al.</i> , 2002; Gazmararian <i>et al.</i> , 1999; Williams <i>et al.</i> , 1998; Weiss <i>et al.</i> , 1992.
Il livello di alfabetizzazione sanitaria assume particolare rilievo in occasione della dimissione ospedaliera (a causa delle peculiari caratteristiche di tale contesto di cura) e con riferimento alla gestione delle patologie croniche, le quali richiedono un'elevata capacità di <i>self-management</i> dello stato di salute da parte del paziente.	Institute of Medicine, 2012; Lindquist <i>et al.</i> , 2011; Peterson <i>et al.</i> , 2011; Kripalani <i>et al.</i> , 2010; Unroe <i>et al.</i> , 2010; Cua, Kripalani, 2009; Jencks <i>et al.</i> , 2009; Murray <i>et al.</i> , 2009; Bartlett <i>et al.</i> , 2008; Cavanaugh <i>et al.</i> , 2008; Bodenheimer, Laing, 2007; Kripalani <i>et al.</i> , 2007; Ho <i>et al.</i> , 2006; Hope <i>et al.</i> , 2006; Forster <i>et al.</i> , 2004; Rothman <i>et al.</i> , 2004; Schillinger, 2004; Lee, Garvin, 2003; Bodenheimer <i>et al.</i> , 2002a; Bodenheimer <i>et al.</i> , 2002b; Ross <i>et al.</i> , 2001; Gray <i>et al.</i> , 1999; Wagner, 1998; Calkins <i>et al.</i> , 1997.

co, egli potrebbe esprimere crescenti richieste di assistenza, rivolgendosi ora al sistema di assistenza primaria, ora ai servizi specialistici di tipo ambulatoriale od ospedaliero. Le sue insistenti pretese scaturiscono in

oneri crescenti in capo al sistema sanitario: l'incapacità o l'assenza di volontà dei professionisti di recepire e indirizzare il bisogno di alfabetizzazione dei pazienti *low literate* sono alla base di tale circolo vizioso, che in-

debolisce la capacità di risposta del sistema e genera un innalzamento dei costi non controbilanciato da un incremento nella qualità delle prestazioni.

Riconoscendo nell'inadeguata capacità di comprensione delle informazioni sanitarie un significativo fattore di rischio non solo per la salute individuale, ma anche per la sostenibilità economica e finanziaria del sistema sanitario (Speros, 2005), si considera indispensabile un deciso intervento di natura istituzionale e organizzativa ai fini della promozione dell'*health literacy*. In tale prospettiva, si annoverano i principali approcci proposti in letteratura per l'analisi delle azioni e degli strumenti protesi alla diffusione dell'alfabetizzazione sanitaria.

In un primo momento, essa è stata concettualizzata come fenomeno semplice, descrivibile sulla base di una mera polarizzazione: seguendo tale impostazione, si traccia una demarcazione tra gli estremi della «inadeguata» e della «adeguata» alfabetizzazione, assumendo una prospettiva ristretta che guarda alle competenze sanitarie individuali esclusivamente in termini funzionali (e.g. *literacy* e *numeracy*). In seguito, ha preso piede un approccio improntato alla complessità, basato sull'assunto secondo cui numerosi determinanti, sia endogeni che esogeni all'individuo, influenzino il livello di *health literacy*, la cui rilevanza muta in relazione al contesto di vita o al *setting* assistenziale in cui si trova il paziente. Adottando questa seconda prospettiva, accanto agli aspetti funzionali occorre guardare alle componenti di natura sociale e critica dell'alfabetizzazione sanitaria, considerandole fattori chiave per accrescere la capacità di comprensione delle informazioni in materia di salute (Martenson, Hensing, 2012).

A partire da tali approcci, la letteratura ha individuato due prospettive da cui inquadrare l'*health literacy* (Nutbeam, 2008). Sotto un primo punto di vista, essa è concepita quale mero fattore di rischio per la salute, che deve essere opportunamente gestito dal professionista sanitario durante il processo di assistenza, in assenza di qualsiasi pretesa di approfondimento circa i suoi determinanti. La dottrina che aderisce a tale impostazione segue un *iter* standard di analisi: si parte dalla misurazione del grado di alfabetizzazione del paziente, per poi proseguire con

l'identificazione delle pratiche organizzative e degli strumenti utilizzabili per promuovere le abilità individuali di elaborazione e di comprensione delle informazioni sanitarie; il percorso si chiude con la valutazione degli impatti, espressi in termini di miglioramento della capacità di comprensione del paziente, che possono essere ragionevolmente attribuiti agli interventi posti in essere.

Secondo una prospettiva alternativa, l'alfabetizzazione è considerata come una risorsa, vale a dire un *asset* da valorizzare affinché il paziente possa esercitare un più ampio controllo sul suo stato di salute, identificare i determinanti economici, sociali e comportamentali del suo benessere psico-fisico ed equipaggiarsi delle conoscenze e delle *skill* necessarie per intervenire su di essi. Il livello di alfabetizzazione è frutto di un processo di accumulazione, che prende piede dalla rilevazione e dalla descrizione delle competenze individuali in materia di salute e dei fattori che concorrono a determinarle, prosegue con l'identificazione, la classificazione e la somministrazione degli interventi di formazione personalizzati necessari per colmare i *gap* cognitivi dei pazienti non alfabetizzati e si chiude con l'implementazione di azioni specifiche, intese a promuovere le conoscenze e le abilità di tipo comportamentale, relazionale e critico dell'utente.

Le due chiavi di lettura ivi esposte non si escludono vicendevolmente, ma possono essere integrate in un'unica impostazione armonica: da un lato, occorre considerare l'inadeguata alfabetizzazione sanitaria quale fattore di rischio per lo stato di salute, non perdendo di vista, dall'altro lato, le variabili che, in maniera diretta o indiretta, concorrono a determinarla. In considerazione dell'elevato numero di fattori correlati all'*health literacy* individuale, si postula l'insufficienza dell'iniziativa del singolo finalizzata ad accrescere il livello di alfabetizzazione sanitaria; i professionisti sanitari dovrebbero predisporre le condizioni necessarie per accrescere la capacità di comprensione degli utenti, contribuendo personalmente alla formazione di pazienti *health literate*. La diffusione di un adeguato livello di alfabetizzazione in seno alla popolazione di riferimento dovrebbe essere promossa a livello di sistema, incentivando nei singoli utenti lo sviluppo di abilità di *self-management* dello stato di salute

e sollecitando allo stesso tempo il personale sanitario a promuovere il cambiamento strategico e organizzativo nelle aziende di appartenenza, in una prospettiva di centralità del paziente⁶ (Plimpton, Root, 1994).

Il processo di alfabetizzazione sanitaria è di natura dinamica e ricorsiva: esso sottende l'interazione continua tra il personale medico, i professionisti socio-sanitari e il paziente, in considerazione della condizione di «asimmetria informativa» che si instaura tra essi (Paasche-Orlow, Wolf, 2007). La trasparente comunicazione tra tali attori risulta un ingrediente fondamentale ai fini dell'efficacia del sistema sanitario: a essa, infatti, si correlano sia la generazione di migliori *outcome* in termini di benessere psico-fisico che una migliore percezione della qualità della prestazione usufruita da parte della persona assistita (Stewart, 2001). Le organizzazioni sanitarie hanno il compito istituzionale di agevolare, promuovere e valorizzare l'interazione tra il personale clinico e il paziente, incentivando il primo a incrementare, semplificandolo, il flusso di informazioni verso il secondo, qualsiasi sia la piattaforma attraverso cui l'interazione avvenga e la forma con cui essa si realizzi (Epstein, Street, 2007).

Diversi autori si sono impegnati in una disamina degli interventi finalizzati alla promozione dell'*health literacy*, apprezzandone gli esiti sulla base di eterogenei criteri di valutazione, tra cui le competenze sanitarie acquisite dai destinatari (Raymond *et al.*, 2002; Wydra, 2001; Davis *et al.*, 1998; Davis *et al.*, 1998), la loro propensione all'adozione di comportamenti e di stili di vita salutari (Coleman *et al.*, 2003; Howard-Pitney *et al.*, 1997), la loro capacità di monitoraggio e controllo sui parametri biologici vitali (Hartman *et al.*, 1997), l'incidenza e la prevalenza nei loro confronti di patologie evitabili, il connesso tasso di morbosità e di mortalità (Poresky, Daniels, 2001), la correttezza nelle percezioni individuali sullo stato di salute e la riduzione delle disparità in termini di benessere psico-fisico, ponderata per l'appartenenza etnica, l'età e il background culturale (Protheroe *et al.*, 2009).

La dottrina classifica gli interventi di promozione dell'*health literacy* in «semplici» e «complessi» (Clement *et al.*, 2009). I primi implicano la realizzazione di azioni puntuali,

che non esprimono alcun impatto sulle caratteristiche strutturali delle organizzazioni sanitarie; il loro scopo è incrementare la comprensibilità delle informazioni trasmesse al paziente, senza che ciò implichi una sostanziale rivisitazione del modello di erogazione dei servizi di assistenza.⁷ Gli interventi complessi, invece, presentano molteplici sfaccettature (*multi-faceted*) e, rispetto agli interventi semplici, si caratterizzano per l'implementazione di diverse azioni contestuali, che agiscono sia in termini organizzativi che operativi sulle modalità di erogazione della cura; essi intervengono in profondità sulle formule di assistenza, promuovendo l'adozione di una prospettiva di centralità della persona e di miglioramento qualitativo della prestazione.

La letteratura ritiene gli interventi complessi più efficaci rispetto a quelli semplici, adducendo la loro maggiore idoneità a incidere sui più importanti determinanti dell'alfabetizzazione sanitaria (Coulter, Ellins, 2007; Paasche-Orlow *et al.*, 2006). Tra essi è possibile menzionare una varietà di iniziative, quali la creazione di un ambiente organizzativo aperto, in cui l'inadeguata alfabetizzazione è concepita come fenomeno diffuso su cui intervenire, piuttosto che come fattore destabilizzante per l'individuo (Van Servellen *et al.*, 2005), l'aggiornamento professionale continuo del personale sanitario alla luce delle istanze degli utenti non alfabetizzati (Seligman *et al.*, 2005) e delle esigenze di *empowerment* del paziente (Weiss *et al.*, 2006) e la predisposizione di strategie di comunicazione *user-friendly*, cucite sulle spalle dei pazienti con minori competenze sanitarie (Ferreira *et al.*, 2005).

La dottrina ha altresì individuato alcune iniziative di tipo operativo finalizzate alla promozione della *literacy* sanitaria (Barrett *et al.*, 2008). Tra esse fa capolino la creazione, sia in ambito territoriale che sanitario, di una risposta «di sistema» (Bodenheimer, Laing, 2007) ai fabbisogni informativi dell'utente: si persegue lo scopo di non lasciare da solo l'individuo di fronte all'evento patologico, qualsiasi sia il contesto in cui egli sia assistito, puntando sul suo coinvolgimento nelle decisioni di cura, nonché sulla continua interazione tra gli attori che, direttamente o indirettamente, prendono parte al processo di assistenza.

Nell'intento di accrescere la comprensibilità delle informazioni sanitarie, si ritiene necessario «arricchire», senza necessariamente aumentare, il flusso di nozioni convogliato verso il paziente: le informazioni dovrebbero essere esposte secondo lo stesso ordine di rilevanza che esse assumono per il destinatario, privilegiando l'impiego di termini familiari alle persone di tutte le estrazioni sociali e adattando tono e contenuto del messaggio alle finalità per le quali esso è trasmesso (Nagel *et al.*, 2008). La focalizzazione dell'attenzione sui punti di maggiore interesse per l'utente (Van Servellen *et al.*, 2003) e il ricorso a esempi concreti per agevolare la comprensione delle informazioni sanitarie (Rothman *et al.*, 2005) rappresentano ulteriori misure utili allo scopo.

Alcuni collaudati strumenti di comunicazione, la cui efficacia è testimoniata da diversi studi empirici (Sudore, Schillinger, 2009; Kripalani *et al.*, 2008; Miller *et al.*, 2008), esprimono un rilevante contributo al miglioramento della capacità di comprensione del paziente: i metodi «Teach Back» e «Show me»,⁸ l'approccio «Ask me 3™»⁹ e il «Brown baggage»¹⁰ hanno l'obiettivo di incrementare la comprensibilità delle informazioni sanitarie, di valorizzare il ruolo del medico quale partner del paziente nel corso dell'intero processo di cura e di accrescere la *compliance* degli utenti medesimi, considerando che la maggior parte delle informazioni sanitarie comunicate è dimenticata immediatamente o recepita in maniera non corretta (Kessels, 2003).

In questi termini, il medesimo processo di cura diventa un'esperienza formativa «a due corsie», attraverso cui il livello di alfabetizzazione sanitaria del paziente e dei *caregiver* informali lievita, con il conseguente sviluppo della loro capacità di relazionarsi efficacemente con gli attori che compongono il sistema di offerta sanitaria e di pervenire alla formulazione di un percorso di assistenza quanto più efficace e appropriato possibile. Allo stesso tempo, il personale medico accresce la sua capacità di interagire in maniera trasparente con il paziente, sviluppando sempre più appropriate strategie comunicative nei confronti degli individui con inadeguata alfabetizzazione sanitaria.

Agire sul livello di *health literacy* individuale, dunque, non significa solo accresce-

re le competenze e le conoscenze in materia di salute del paziente, ma anche rendere più accessibile e comprensibile l'informazione sanitaria, nel tentativo di evitare che la persona malata dipenda in maniera univoca dai professionisti e dagli operatori sanitari per l'acquisizione delle informazioni necessarie a gestire il suo stato di salute (Schillinger *et al.*, 2004). A tal fine, è essenziale promuovere la creazione di un rapporto di fiducia tra l'utente e il personale sanitario, per fare in modo che tra essi si attivi un costante flusso di informazioni, non ostacolato né dalla tendenza dal primo a celare la sua incapacità di recepire le indicazioni cliniche, né dalla propensione del secondo a trascurare le effettive abilità di comprensione del suo interlocutore (Barrett, Puryear, 2006).

Consistenti ostacoli, tuttavia, si oppongono alle attività di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria. *In primis*, è condivisa la percezione secondo cui essa non rappresenti una priorità per il sistema sanitario; in adesione a una prospettiva tecnicistica e biomedica, l'*health literacy* è spesso considerata come un «non problema», con la conseguente scarsa rilevanza strategica e operativa attribuita alla capacità degli utenti di recepire correttamente le informazioni sanitarie.

In secondo luogo, grava la persistente carenza di risorse, siano esse di natura finanziaria, tecnica, professionale e finanche temporale, a disposizione delle aziende sanitarie: le attuali decisioni allocative non premiano l'implementazione di azioni finalizzate alla promozione dell'alfabetizzazione sanitaria. La maggior parte dei professionisti ritiene che le iniziative rivolte a incrementare la capacità di comprensione degli utenti sottraggano tempo prezioso alle attività di diagnosi e trattamento, considerate più importanti delle prime per il buon esito dell'assistenza.

Infine, la scarsa diffusione di solide ricerche empiriche, che adducano robuste testimonianze a sostegno dei benefici apportati dall'alfabetizzazione sanitaria, costituisce un nervo scoperto, nei cui confronti occorre fornire risposta attraverso l'incentivazione di ulteriori e più rigorosi studi sperimentali.

Ai fini del superamento di tali ostacoli, l'alfabetizzazione sanitaria dovrebbe divenire parte integrante della cultura, della strategia e delle prassi operative delle aziende che erogano servizi di assistenza alla persona: in

tal senso, è opportuno rivisitare le logiche organizzative e gestionali delle organizzazioni sanitarie, nonché provvedere a riallocare le risorse finanziarie, tecniche e umane alla luce dei bisogni dei pazienti con bassa alfabetizzazione (Bush *et al.*, 2010), nell'intento di evitare che l'inadeguata comprensione delle informazioni sanitarie si traduca in inefficacia e inappropriata delle prestazioni di assistenza (**tabella 3**).

6. Conclusioni

Secondo la prevalente dottrina, i pazienti alfabetizzati manifestano più alta capacità di auto-cura, maggiore propensione ad adottare comportamenti salutari, più elevata fedeltà alle prescrizioni cliniche, più adeguata percezione della qualità dei servizi goduti, più forte motivazione a essere coinvolti nel percorso di cura e più matura consapevolezza rispetto agli impatti connessi alla carente comprensione delle informazioni sanitarie (Clement *et al.*, 2009). In aggiunta, essi manifestano una più elevata propensione a prendere parte ai dibattiti politici in materia di salute e sono indotti a contribuire attivamente alle iniziative sociali finalizzate alla promozione del benessere individuale e collettivo.

L'*health literacy* è un fenomeno complesso, il cui contenuto varia sensibilmente in relazione alle esperienze personali e al contesto di vita del paziente; attraverso la sua promozione, si intende garantire un rapido ed efficace accesso alle informazioni sanitarie, accrescere l'appropriatezza nel ricorso ai servizi di assistenza, centrare sulla persona il percorso di cura e promuovere l'apprendimento continuo dell'utente.

La letteratura si è concentrata prevalentemente sulla figura del paziente, dedicando solo negli ultimi anni maggiore attenzione al ruolo che i professionisti sanitari, in particolare modo i medici di medicina generale e il personale infermieristico, possono giocare per la promozione dell'*health literacy*. Non sono comuni, infatti, gli studi empirici aventi per oggetto le abilità comunicative e gli strumenti di interazione che potrebbero concorrere a migliorare il rapporto tra chi richiede e chi eroga prestazioni di assistenza (Coleman, 2011); nondimeno, l'appropriata interazione tra i professionisti sanitari e l'utente è un ingrediente fondamentale per accrescere la

qualità della cura, tanto più nel momento in cui ci si orienta verso approcci di assistenza *patient-centered* (Ong *et al.*, 1995).

Si considera opportuno, pertanto, promuovere interventi istituzionali, organizzativi e operativi che attenuino gli impatti negativi scaturenti dall'incapacità dei pazienti di comprendere correttamente le informazioni sanitarie (Wynia, Osborn, 2010). Occorre incentivare tra i professionisti sanitari l'adozione di un linguaggio semplice e non viziato da tecnicismi (Friedman *et al.*, 2006), stimolare la consapevolezza sui «nodi» dell'inadeguata alfabetizzazione sanitaria e sulle sue conseguenze (Stableford, Mettger, 2007), rivisitare il materiale informativo da somministrare al paziente in un'ottica di trasparenza e comprensibilità (Riley *et al.*, 2008) e incoraggiare una più diretta interazione tra il medico e il paziente (Lorenzen *et al.*, 2008; Villaire, Mayer, 2007).

È arduo identificare quali siano gli individui che manifestano i maggiori problemi di alfabetizzazione sanitaria e quali siano i loro specifici fabbisogni formativi; per tale ragione, si ritiene preferibile promuovere *a priori* la diffusione di materiale informativo di facile comprensione, invitando i professionisti a focalizzare il modello di assistenza sul paziente, non più inteso come oggetto, ma quale soggetto della prestazione (Egbert, Nanna, 2009).

A tal pro, è indispensabile accrescere il tempo che i professionisti sanitari dedicano all'interazione diretta con gli utenti, per fare in modo che questi ultimi non divengano preda della loro incapacità di orientarsi nel sistema sanitario (Williams *et al.*, 2002); tale misura, d'altro canto, non deve tradursi in comportamenti che sollecitino negli utenti la percezione di uno stato di ansia o di vergogna, cagionato dalla palese manifestazione della loro inadeguata alfabetizzazione sanitaria.

I professionisti sanitari, primi tra tutti coloro che operano in ambito territoriale, dovrebbero riconoscere che la gran parte del materiale informativo è fornita a un livello di complessità che va al di sopra della capacità di comprensione dell'individuo medio (Wilson, 2003); si propone l'adozione di una nuova impostazione alla cura (Kountz, 2009), basata sul coinvolgimento del paziente, sul costante monitoraggio della sua

Punti chiave	Fonti
<p>Ai fini dell'implementazione degli interventi di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria bisognerebbe adottare un approccio di «precauzione universale», presumendo che tutti gli individui, a prescindere dalle rispettive condizioni economiche e sociali, hanno bisogno di formazione in materia di salute. L'inadeguata alfabetizzazione sanitaria, inoltre, deve essere considerata un fattore di rischio non solo per la salute individuale, ma anche per la sostenibilità economica del sistema sanitario.</p>	<p>Budnitz, Layde, 2007; Paasche-Orlow, Wolf, 2007; Speros, 2005.</p>
<p>Gli interventi di «alfabetizzazione sanitaria» sono finalizzati a rendere il paziente capace di orientarsi autonomamente ed efficacemente all'interno del sistema sanitario e di conseguire i migliori <i>outcome</i> di salute possibili; in questi termini, oltre che come «fattore di rischio», l'alfabetizzazione deve essere intesa quale «risorsa», frutto di un continuo processo di accumulazione.</p>	<p>Eckman <i>et al.</i>, 2012; Martensson, Hensing, 2012; Nutbeam, 2008.</p>
<p>L'azione individuale non è sufficiente ai fini del miglioramento del livello di alfabetizzazione; la dottrina articola gli interventi di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria in azioni «semplici» (tese a incrementare la comprensibilità delle informazioni sanitarie, senza intervenire sullo specifico modello di prestazione dell'assistenza) e in azioni «complesse» (multi-sfaccettate e protese a intervenire in profondità sugli approcci alla cura). Il medesimo processo di cura è da concepire come un'esperienza formativa a «due corsie», che concerne contestualmente il paziente e i professionisti sanitari; agire sul livello di alfabetizzazione sanitaria, infatti, significa non solo accrescere le conoscenze e le competenze del paziente, ma anche rendere più accessibile e comprensibile l'informazione sanitaria.</p>	<p>Barrett <i>et al.</i>, 2008; Nagel <i>et al.</i>, 2008; Bodenheimer, Laing, 2007; Coulter, Ellins, 2007; Epstein, Street, 2007; Paasche-Orlow <i>et al.</i>, 2006; Weiss <i>et al.</i>, 2006; Ferreira <i>et al.</i>, 2005; Rothman <i>et al.</i>, 2005; Seligman <i>et al.</i>, 2005; Van Servellen <i>et al.</i>, 2005; Schillinger <i>et al.</i>, 2004; Van Servellen <i>et al.</i>, 2003; Stewart, 2001; Plimpton, Root, 1994.</p>
<p>Alcuni collaudati strumenti di comunicazione esprimono un rilevante contributo al miglioramento della capacità di comprensione del paziente: i metodi <i>Teach back</i> e <i>Show me</i>, l'approccio <i>Ask me 3TM</i> e il <i>Brown baggage</i> incrementano la comprensibilità delle informazioni sanitarie, valorizzano il ruolo del medico quale <i>partner</i> del paziente e concorrono ad accrescere la <i>compliance</i> di quest'ultimo.</p>	<p>Six-Meansab <i>et al.</i>, 2012; Sudore, Schillinger, 2009; Kripalani <i>et al.</i>, 2008; Miller <i>et al.</i>, 2008; Kessels, 2003; Schillinger <i>et al.</i>, 2003.</p>
<p>Gli interventi di promozione dell'alfabetizzazione sanitaria possono essere valutati sulla base di diversi criteri tra cui: le competenze acquisite dai pazienti destinatari delle singole azioni implementate; gli effetti espressi sulla loro propensione all'adozione di stili di vita salutari; l'incidenza e la prevalenza nei loro confronti di «patologie evitabili»; il connesso tasso di morbosità; la maggiore correttezza nelle percezioni individuali sul proprio stato di salute.</p>	<p>Protheroe <i>et al.</i>, 2009; Coleman <i>et al.</i>, 2003; Raymond <i>et al.</i>, 2002; Poresky, Daniels, 2001; Wydra, 2001; Davis <i>et al.</i>, 1998; Hartman <i>et al.</i>, 1997; Howard-Pitney <i>et al.</i>, 1997.</p>
<p>Diversi ostacoli si oppongono all'implementazione di interventi di promozione dell'<i>health literacy</i>: in primis, essa è stata tradizionalmente considerata come un «non problema», in ossequio a un'impostazione bio-medica dell'assistenza sanitaria; in secondo luogo, la scarsità di risorse (finanziarie, tecniche e temporali) in sanità non offre adeguati spazi per la promozione dell'alfabetizzazione sanitaria; infine, pesa l'assenza di significativi studi empirici che forniscano solide prove a sostegno del contributo apportato dall'alfabetizzazione sanitaria al miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo.</p>	<p>Ishikawa, Yano, 2008; Pignone <i>et al.</i>, 2005; DeWalt <i>et al.</i>, 2004; Davidoff, 1997; Ajzen, Fishbein, 1980.</p>

Tabella 3

Prospetto riepilogativo:
interventi di promozione
dell'alfabetizzazione
sanitaria

compliance alle prescrizioni cliniche e sulla predisposizione di una gamma di informazioni di facile accesso e pronta comprensibilità (Wilson-Stronks *et al.*, 2008). In tale prospettiva, bisogna prendere atto della distanza che esiste tra i tradizionali approcci di assistenza sanitaria e le concrete esigenze dei pazienti con bassa alfabetizzazione (Logan, 2007; Bourhis *et al.* 1989), aspetto indebitamente trascurato nel passato.

I professionisti sanitari potrebbero trarre ampi benefici dall'implementazione di iniziative finalizzate a promuovere l'*health literacy* dei pazienti con cui interagiscono (Osborne, 2012): in particolare, coloro che operano a più diretto contatto con gli utenti, come i medici di medicina generale (Debra *et al.*, 1997), i pediatri di libera scelta (Betz, 2007) e gli infermieri (Ferguson, Pawlak, 2011), dovrebbero acquisire consapevolezza sui nodi dell'alfabetizzazione sanitaria e accrescere il loro bagaglio di competenze in merito alla gestione della relazione con i pazienti *low literate*. Contestualmente, è opportuno valorizzare il ruolo dei *caregiver* informali, i quali, grazie al loro supporto sociale, offrono un inestimabile sostegno ai pazienti non alfabetizzati (Lee *et al.*, 2004).

In conclusione, tra gli obiettivi delle politiche sanitarie dovrebbe affermarsi la diffusione di un'informazione sanitaria più semplice, accessibile e appropriata; in accordo a tale intento, le aziende sanitarie sono chiamate a ripensare i loro approcci strategici e i connessi modelli gestionali, riconfigurando la loro architettura organizzativa alla luce delle esigenze dei pazienti con più basso grado di alfabetizzazione. Allo stesso modo, interventi di ampio respiro, miranti alla formazione in materia di salute degli individui che, per condizioni economiche, sociali e demografiche, presentano maggiori difficoltà nella comprensione delle informazioni sanitarie, assumono rilievo strategico, potendo contribuire alla riduzione del ricorso a servizi di cura inappropriati e al miglioramento qualitativo delle prestazioni di assistenza.

L'*health literacy* è concepita come un fenomeno di vasta portata, la cui valorizzazione dovrebbe essere avviata sin dai primi passi del percorso di formazione individuale: l'acquisizione di un ricco bagaglio di competenze sanitarie, da incentivare attraverso l'inserimento di programmi *ad hoc* in tutti i

curriculum formativi, costituisce un'azione imprescindibile per la promozione del benessere psico-fisico individuale e collettivo e per la riduzione degli sprechi, obiettivi cardine della politica sanitaria nazionale.

Note

1. Il parametro «health literacy» è stato inserito nella stringa di ricerca per «titolo dell'articolo, *abstract* e parole chiave» disponibile nel *database* citazionale *Scopus Elsevier* (<http://www.scopus.com/home.url>); non sono stati posti né limiti temporali né restrizioni di area tematica alla ricerca condotta, nell'intento di evitare un' indesiderata scrematura di articoli potenzialmente interessanti per l'indagine.
2. I più comuni strumenti per la misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria sono il *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA), disponibile anche in una versione abbreviata (s-TOFHLA), che impiega una metodologia *cloze* per la valutazione della *literacy* e della *numeracy* dei pazienti (Parker *et al.*, 1995), e il *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), basato sul riconoscimento lessicale di materiale informativo sanitario (Davis *et al.*, 1993). Questi due strumenti non forniscono informazioni sulle competenze relazionali, critiche e interpretative del paziente, limitandosi a una ponderazione della sua alfabetizzazione di tipo funzionale. Più preciso è il *New Vital Sign* (NVS), recentemente introdotto dalla dottrina (Weiss *et al.*, 2005), il cui obiettivo è misurare la capacità di ragionamento logico, l'abilità interpretativa e la comprensione delle informazioni sanitarie testuali del paziente (Shah, *et al.*, 2010). Vi è, inoltre, chi ha tentato di semplificare il processo di misurazione sintetizzando in un solo quesito (Morris *et al.*, 2006), o, al più, in tre interrogativi (Wallace *et al.*, 2006; Chew *et al.*, 2004) il questionario utilizzato per la rilevazione del livello individuale di *literacy* sanitaria.
3. La preferenza attribuita ai servizi ospedalieri rispetto alle formule di assistenza territoriale rappresenta una delle più citate conseguenze dell'inadeguata alfabetizzazione sanitaria; tali risultati, tuttavia, non sono «corretti» in considerazione di ulteriori variabili rilevanti, tra cui la concreta disponibilità di servizi di assistenza territoriale e di forme di supporto informale per il paziente (Lee *et al.*, 2004). Parte della letteratura, infatti, assume l'inconsistenza della relazione tra *health literacy* e ammissioni ospedaliere evitabili o improprie, ritenendo che la sola valorizzazione delle formule di assistenza territoriale potrebbe spiazzare tale legame attraverso la garanzia di un sostegno attivo e continuativo agli utenti (Arozullah *et al.*, 2006). D'altro canto, è stato dimostrato che l'inadeguata alfabetizzazione non si traduce necessariamente in un incremento nei tempi delle dimissioni ospedaliere (Baker *et al.*, 1998).
4. La dottrina non è giunta a conclusioni univoche in merito a tali relazioni; al riguardo sono esemplari i risultati delle indagini scientifiche condotte da Baker e colleghi (2004) e da Weiss e colleghi (1994).

5. La mancata o incompleta comprensione delle indicazioni terapeutiche si traduce in un maggior ricorso ai servizi di urgenza o di emergenza, quali punti di pronto soccorso e dipartimenti di emergenza (Hope *et al.*, 2006), in un più alto rischio di re-ospedalizzazione (Murray *et al.*, 2009) e in una più elevata mortalità (Ho *et al.*, 2006). Quest'ultima relazione è assai rilevante per quanto concerne i pazienti affetti da patologie croniche, le quali richiedono una frequente interazione tra utente e sistema sanitario, nonché l'assunzione di un elevato grado di *self-management* da parte del paziente (Peterson *et al.*, 2011).
6. Si richiamano i principi che, in accordo a quanto previsto dalla dichiarazione congiunta del Marzo 2007 dell'*American Academy of Family Physicians* (AAFP), dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP), dell'*American College of Physicians* (ACP) e dell'*American Osteopathic Association* (AOA), dovrebbero ispirare le prestazioni di assistenza sanitaria. Ogni paziente deve disporre di un medico curante come riferimento personale, cui è affidato il compito di coordinare il contatto tra questi e il sistema sanitario e di provvedere all'erogazione di cure continuative e comprensive in ambito territoriale. Il medico curante, inoltre, deve poter contare sulla presenza di un adeguato *team* di collaboratori di estrazione sociale e sanitaria, le cui attività di assistenza devono essere focalizzate sulla persona. L'assistenza deve essere coordinata e integrata in tutti i punti del sistema sanitario, onde evitare che la complessità di quest'ultimo si ripercuota negativamente sulle concrete possibilità di accesso ai servizi del paziente; infine, qualità e sicurezza devono essere aspetti chiave nell'assistenza sanitaria: essi sono conseguiti grazie alla promozione di un accesso tempestivo a prestazioni appropriate, facendo leva su strumenti di incentivazione che stimolino i professionisti e gli operatori sanitari a rispondere puntualmente alle richieste dei pazienti.
7. L'affiancamento alle tradizionali formule di interazione di approcci comunicativi innovativi, tra cui la semplificazione sotto il profilo terminologico e formale delle informazioni scritte trasmesse all'utente, l'impiego di materiale audio-visivo e l'adattamento delle strategie comunicative allo specifico patrimonio culturale detenuto dal singolo paziente, rappresenta il più immediato esempio per descrivere tali azioni.
8. Il *Teach Back Method* e lo *Show Me Method* (Schillinger *et al.*, 2003) prevedono che i clinici chiedano al paziente di spiegare con proprie parole o di dimostrare praticamente cosa sia necessario sapere o fare per la tutela del proprio stato di salute. Non si tratta di un test volto a saggiare le competenze dell'utente, ma di uno strumento attraverso cui il medico verifica la propria capacità di pervenire a una spiegazione chiara delle informazioni comunicate al paziente.
9. Secondo l'approccio *Ask me 3™*, il paziente deve essere sollecitato a porre tre domande nei confronti del medico con cui interagisce ai fini della predisposizione del percorso di cura: qual è il mio problema principale? Di che cosa ho bisogno? Perché è importante seguire questo percorso di assistenza? (Six-Meansab *et al.*, 2012).
10. Il metodo *Brown Baggage* prevede che i pazienti descrivano al medico curante tutti i medicinali che stanno assumendo in occasione di ogni visita medica, precisando quali sono i tempi e le modalità di assunzione. In tal modo, è possibile verificare se l'utente ha correttamente recepito le indicazioni terapeutiche trasmesse e se egli è in grado di seguire con precisione le prescrizioni cliniche; di conseguenza, il medico ha la possibilità di identificare tempestivamente i casi di incomprensione o di confusione da parte del paziente, fornendo tutte le informazioni necessarie per pervenire alla correzione di tale problema.

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

- ABEL T. (2008), «Cultural capital and social inequality in health», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (7), e13.
- AJZEN I., FISHBEIN M. (1980), *Understanding attitudes and predicting social behaviour*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- AL SAYAH F., WILLIAMS B. (2012), «An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar», *Canadian Journal of Diabetes*, 36, pp. 27-31.
- AL-TAYYIB A.A., ROGERS S.M., GRIBBLE J.N., VILLARROEL M., TURNER C.F. (2002), «Effect of low medical literacy on health survey measurements», *American Journal of Public Health*, 92, pp. 1478-1481.
- ANDRUS M.R., ROTH M.T. (2002), «Health Literacy: A review», *Pharmacotheprapy*, 3 - II (22), pp. 282-302.
- ARNOLD C.L., DAVIS T.C., JACKSON R.H., NANDY I., LONDON S. (2001), «Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women», *Preventive Medicine*, 32 (4), pp. 313-320.
- ARZULLAH A.M., LEE S.-Y.D., KHAN T., KURUP S., RYAN J., BONNER M. *et al.* (2006), «The roles of low literacy and social support in predicting the preventability of hospital admission», *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. 140-145.
- ARTINIAN N.T., LANGE M.P., TEMPLIN T.N., STALLWOOD L.G., HERMANN C.E. (2001), «Functional health literacy in an urban primary care clinic», *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 5 (2), pp. 24-35.
- BAKER D.W., GAZMARARIAN J.A., WILLIAMS M.V., SCOTT T., PARKER R.M., GREEN D. *et al.* (2002), «Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees», *American Journal of Public Health*, 92, pp. 1278-1283.
- BAKER D.W., GAZMARARIAN J.A., WILLIAMS M.V., SCOTT T., PARKER R.M., GREEN D. *et al.* (2004), «Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees», *Journal of General Internal Medicine*, 19, pp. 215-220.
- BAKER D.W., PARKER R.M., WILLIAMS M.V., CLARK W.S. (1998), «Health literacy and the risk of hospital admission», *Journal of General Internal Medicine*, 13, pp. 791-798.
- BAKER D.W., WOLF M.S., FEINGLASS J., THOMPSON J.A. (2008), «Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons», *Journal of General Internal Medicine*, 23 (6), pp. 723-736.
- BARR V.J., ROBINSON S., MARIN-LINK B., UNDERHILL L., DOTTS A., RAVENSDALE D. *et al.* (2003), «The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model», *Hospital Quarterly*, 7 (1), pp. 73-82.
- BARRETT S.E., PURYEAR J.S. (2006), «Health Literacy: Improving Quality of Care in Primary Care Settings», *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17, pp. 690-697.
- BARRETT S.E., PURYEAR-SHEEN J., WESTPHELING K. (2008), *Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field*, The Commonwealth Fund, Washington, DC.
- BARTLETT G., BLAIS R., TAMBLYN R., CLERMONT R.J., MACGIBBON B. (2008), «Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings», *Canadian Medical Association Journal*, 178 (12), pp. 1555-1562.
- BEERS B.B., McDONALD V.J., QUISTBERG D.A., RAVENNELL K.L., ASCH D.A., SHEA J.A. (2003), «Disparities in health literacy between African American and non-African American Primary Care Patients», *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), p. 169.
- BENBASSAT J., PILPEL D., TIDHAR M. (1998), «Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys», *Behavioral Medicine*, 24, pp. 81-88.
- BENNETT C.L., FERREIRA M.R., DAVIS T.C., KAPLAN J., WEINBERGER M., KUZEL T. *et al.* (1998), «Relationship between literacy race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer», *Journal of Clinical Oncology*, 16, pp. 3101-3104.
- BETZ C.L. (2007), «Health literacy: the missing link in the provision of health care for children and their families», *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (4), pp. 257-260.
- BODENHEIMER T., LAING B.Y. (2007), «The teamlet model of primary care», *Annals of Family Medicine*, 5 (5), pp. 457-461.
- BODENHEIMER T., WAGNER E.H., GRUMBACH K. (2002a), «Improving primary care for patients with chronic illness», *Journal of American Medical Association*, 288 (14), pp. 1775-1779.
- BODENHEIMER T., WAGNER E.H., GRUMBACH K. (2002b), «Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2», *Journal of American Medical Association*, 288 (15), pp. 1909-1914.
- BOURHIS R.Y., ROTH S., MACQUEEN G. (1989), «Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors», *Social Science & Medicine*, 28, pp. 339-346.
- BUDNITZ D.S., LAYDE P.M. (2007), «Outpatient drug safety: new steps in an old direction», *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16 (2), pp. 160-165.
- BUSH R., BOYLE F., OSTINI R., OZOLINS I., BRABANT M. *et al.* (2010), *Advancing Health Literacy Through Primary Health Care System*, Australian Primary Health Care Research Institute, Canberra: Australia.
- CALKINS D.R., DAVIS R.B., REILEY P., PHILLIPS R.S., PINEO K.L., DELBANCO T.L. *et al.* (1997), «Patient-Physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan», *Archives of Internal Medicine*, 157 (9), pp. 1026-1030.
- CAVANAUGH K., HUIZINGA M.M., WALLSTON K.A., GE-BRETSADIK T., SHINTANI A., DAVIS D. *et al.* (2008),

- «Association of numeracy and diabetes control», *Annals of Internal Medicine*, 148 (10), pp. 737-746.
- CHANG M.C., CHEN Y.C., CHANG S.C. (2009), «Concept analysis of health literacy», *Hu Li Za Zhi*, 56 (5), pp. 93-97.
- CHEN A.M., YEHLE K.S., PLAKE K.S., MURAWSKI M.M., MASON H.L. (2011), «Health literacy and self-care of patients with heart failure», *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26 (6), pp. 446-451.
- CHEW L.D., BRADLEY K.A., BOYKO E.J. (2004), «Brief questions to identify patients with inadequate health literacy», *Family Practice*, 36 (8), pp. 588-94.
- CHEW L., BRADLEY K., FLUM D., CORNIA P., KOEPESELL T.D. (2004), «The impact of low health literacy on surgical practice», *American Journal of Surgery*, 188 (3), pp. 250-253.
- CHINN D. (2011), «Critical health literacy: A review and critical analysis», *Social Science and Medicine*, 73, pp. 60-67.
- CLEMENT S., IBRAHIM S., CRICHTON N., WOLF M., ROWLANDS G. (2009), «Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic Review», *Patient Education and Counseling*, 75, pp. 340-351.
- COLEMAN C. (2011), «Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature», *Nurs Outlook*, 59 (2), pp. 70-78.
- COLEMAN E.A., BERENSON R.A. (2004), «Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care», *Annals of Internal Medicine*, 141 (7), pp. 533-536.
- COLEMAN E.A., COON S., MOHRMANN C., HARDIN S., STEWART B., GIBSON R.S. *et al.* (2003), «Developing and testing lay literature about breast cancer screening for African American women», *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7 (1), pp. 66-71.
- COULTER A., ELLINS J. (2007), «Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients», *British Medical Journal*, 335, pp. 24-27.
- CUA Y.M., KRIPALANI S. (2009), «Medication use in the transition from hospital to home», *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37 (2), pp. 136-146.
- CUTILLI C.C. (2005), «Health literacy: What do you need to know», *Orthopaedic Nursing*, 24 (3), pp. 227-231.
- DAVIDOFF F. (1997), «Time», *Annals of Internal Medicine*, 127, pp. 483-485.
- DAVIS T.C., CROUCH M.A., LONG S.W., JACKSON R.H., BATES P., GEORGE R.B. *et al.* (1991), «Rapid assessment of literacy levels of adult primary care», *Family Medicine*, 23, pp. 433-435.
- DAVIS T.C., FREDRICKSON D.D., ARNOLD C., MURPHY P.W., HERBST M., BOCCHINI J.A. (1998), «A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level», *Patient Education and Counseling*, 33 (1), pp. 25-37.
- DAVIS T.C., HOLCOMBE R.F., BERKEL H.J., PRAMANIK S., DIVERS S.G. (1998), «Informed consent for clinical trials: a comparative study of standard versus simplified forms», *Journal of the National Cancer Institute*, 90, pp. 668-674.
- DAVIS T.C., LON S.W., JACKSON R.H., MAYEAUX E.J., GEORGE R.B., MURPHY P.W. *et al.* (1993), «Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A shortened screening instrument», *Family Medicine*, 25 (6), pp. 391-395.
- DAVIS T.C., WOLF M.S., BASS P.F., MIDDLEBROOKS M., KENNEN E., BAKER D.W. *et al.* (2006), «Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels», *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. 847-851.
- DEBRA R.L., STEWART M., PUTNAM S.M., LIPKIN M., STILES W., INUI T.S. (1997), «Communication Patterns of Primary Care Physicians», *The Journal of the American Medical Association*, 277 (4), pp. 350-356.
- DEWALT D.A., BERKMAN N.D., SHERIDAN S., LOHR K.N., PIGNONE M.P. (2004), «Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature», *Journal of General Internal Medicine*, 19 (12), pp. 1228-1239.
- DOLAN N.C., FERREIRA R., DAVIS T.C., FITZGIBBON M.L., RADEMAKER A., LIU D. *et al.* (2004), «Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference?», *Journal of Clinical Oncology*, 22 (13), pp. 2617-2622.
- DRAY S., PAPAN U. (2004), «Literacy and health: towards a methodology for investigating patients' participation in healthcare», *Journal of Applied Linguistics*, 1 (3), pp. 311-332.
- ECKMAN M.H., WISE R., LEONARD A.C., DIXON E., BURROWS C., KHAN F. *et al.* (2012), «Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases», *Patient Education and Counseling*, 87, pp. 143-151.
- EGBERT N., NANNA K.M. (2009), «Health Literacy: challenges and strategies», *The On-Line Journal of Issues in Nursing*, 14 (3), pp. 1-9.
- EICHLER K., WIESER S., BRUGGER U. (2009), «The costs of limited health literacy: a systematic review», *International Journal of Public Health*, 54 (5), pp. 313-324.
- EPSTEIN R.M., STREET R.L. (2007), *Patient-centered communication in cancer care Promoting healing and reducing suffering - NIH publication No. 07-6225*, National Institute of Health, Bethesda, MD.
- FERGUSON L.A., PAWLAK R. (2011), «Health literacy: the road to improved outcomes», *The Journal for Nurse Practitioners*, 7 (2), pp. 123-129.
- FERREIRA M.R., DOLAN N.C., FITZGIBBON M.L., DAVIS T.C., GORBY N., LADEWSKI L. *et al.* (2005), «Health care provider-directed intervention to increase colorectal cancer screening among veterans: results of a randomized controlled trial», *Journal of Clinical Oncology*, 23, pp. 1548-1554.
- FINEBERG H. (2004), *Health Literacy*, Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington, DC.
- FORSTER A.J., CLARK H.D., MENARD A., DUPUIS N., CHERNISH R., CHANDOK N. *et al.* (2004), «Adverse events among medical patients after discharge from hospital», *Canadian Medical Association Journal*, 170 (3), pp. 345-349.
- FREEDMAN D.A., BESS K.D., TUCKER H.A., BOYD D.L., TUCHMAN A.M., WALLSTON K.A. (2009), «Public health literacy defined», *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (5), pp. 446-451.
- FREIDSON E. (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York.
- FRIEDLAND R. (1998), *New estimates of the high costs of inadequate health literacy*, Proceedings of Pfizer

- conference Promoting health literacy: a call to action (p. 6-10), Pfizer, Washington, DC.
- FRIEDLAND R. (2002), *What did the doctor mean? Estimating the direct health costs of low functional literacy*, unpublished Working Paper.
- FRIEDMAN D.B., HOFFMAN-GOETZ L., AROCHA J.F. (2006), «Health literacy and the World Wide Web: Comparing the readability of leading incident cancers on the Internet», *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 31 (1), pp. 67-87.
- FRISCH A.L., CAMERINI L., DIVIANI N., SCHULZ P. (2012), «Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains?», *Health Promotion International*, 27 (1), pp. 117-126.
- GAZMARARIAN J.A., WILLIAMS M.V., PEEL J., BAKER D.W. (2003), «Health literacy and knowledge of chronic disease», *Patient Education and Counseling*, 51 (3), pp. 267-275.
- GERBER B.S., PAGCATIPUNAN M., SMITH E.V., BASU S.S., LAWLESS K.A., SMOLIN L.I. *et al.* (2006), «The assessment of diabetes knowledge and self-efficacy in a diverse population using Rasch measurement», *Journal of Applied Measurement*, 7, pp. 55-73.
- GRAY L.S., MAHONEY J.E., BLOUGH D.K. (1999), «Adverse drug events in elderly patients receiving home health services following hospital discharge», *The Annals of Pharmacotherapy*, 33 (11), pp. 1147-1153.
- GREENWALD J.L., DENHAM C.R., JACK B.W. (2007), «The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge», *Journal of Patient Safety*, 3 (2), pp. 97-106.
- HARRIS M. (2008), *The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol*, Centre for Primary Health Care and Equity, Sydney, Australia.
- HARTMAN T.J., MCCARTHY P.R., PARK R.J., SCHUSTER E., KUSHI L.H. (1997), «Results of a community-based low-literacy nutrition education program», *Journal of Community Health*, 22, pp. 325-341.
- HASHIMOTO H., FUKUHARA S. (2004), «The influence of locus of control on preferences for information and decision making», *Patient Education and Counseling*, 55, pp. 236-240.
- HEALTHY PEOPLE (2000), *Healthy people 2010 - 2nd ed.*, Department of Health and Human Services (US), Washington, DC.
- HEINRICH C. (2012), «Health literacy: The sixth vital sign», *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, pp. 218-223.
- HERNDON J.B., CHANEY M., CARDEN D. (2011), «Health Literacy and Emergency Department outcomes: a systematic review», *Annals of Emergency Medicine*, 57 (4), pp. 334-345.
- HO M.P., SPERTUS J.A., MASOUDI F.A., REID K.J., PETERSON E.D., MAGID D.J. *et al.* (2006), «Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction», *Archives of Internal Medicine*, 166 (17), pp. 1842-1847.
- HOPE C.J., WU J., TU W., YOUNG J., MURRAY M.D. (2006), «Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure», *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61 (19), pp. 2043-2049.
- HOWARD D.H., GAZMARARIAN J., PARKER R.M. (2005), «The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees», *American Journal of Medicine*, 118, pp. 371-377.
- HOWARD-PITNEY B., WINKLEBY M.A., ALBRIGHT C.L., BRUCE B., FORTMANN S.P. (1997), «The Stanford Nutrition Action Program: a dietary fat intervention for low-literacy adults», *American Journal of Public Health*, 87, pp. 1971-1976.
- HWANG S.W., TRAM C.Q., KNARR N. (2005), «The effect of illustrations on patient comprehension of medical instruction labels», *BMC Family Practice*, 6 (1), pp. 26-31.
- IGOE J.B. (1993), «Healthier children through empowerment», in J. Wilson-Barnet, J. Macleod-Clark, *Research in health promotion and nursing* (pp. 145-153), MacMillan, Basingstoke, Hampshire, UK.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2012), *Living well with chronic illness: a call for public health action*, The National Academies Press, Washington, DC.
- ISHIKAWA H., YANO E. (2008), «Patient health literacy and participation in the health care process», *Health Expectations*, 11, pp. 113-122.
- JENCKS S.F., WILLIAMS M.V., COLEMAN E.A. (2009), «Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program», *The New England Journal of Medicine*, 360 (14), pp. 1418-1428.
- JEON Y.-H., ESSUE B., STEPHEN J., WELLS R., WITTHORTH J.A. (2009), «Economic hardship associated with managing chronic illness: A qualitative inquiry», *BMC Health Services Research*, 9, pp. 182-193.
- JORDAN J.E., BUCHBINDER R., OSBORNE R.H. (2010), «Conceptualizing health literacy from the patient perspective», *Patient Education and Counseling*, 79, pp. 36-42.
- JOVIC-VRANES A., BJEGOVIC-MIKANOVIC V., MARINKOVIC J., KOCEV N. (2011), «Health Literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia», *International Journal of Public Health*, 56 (2), pp. 201-207.
- KELEHER H., HAGGER V. (2007), «Health literacy in primary health care», *Australian Journal of Primary Health*, 13 (2), pp. 24-30.
- KESSELS R.P. (2003), «Patients' memory for medical information», *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96 (5), pp. 219-222.
- KICKBUSCH I., WAIT S., MAAG D. (2006), *Navigating Health: The role of Health Literacy*, International Longevity Centre, Londra: Inghilterra.
- KICKBUSCH I. (2009), «Health Literacy: engaging in a political debate», *International Journal of Public Health*, 54, pp. 131-132.
- KICKBUSCH I. (2001), «Health literacy: addressing the health and education divide», *Health Promotion International*, 16 (3), pp. 289-297.
- KILO C.M., WASSON J.H. (2010), «Practice redesign and the patient-centered medical home: history, promises, and challenges», *Health Affairs*, 29 (5), pp. 773-778.
- KIM S.P., KNIGHT S.J., TOMORI C., COLELLA K.M., SCHOR R.A., SHIH L. *et al.* (2001), «Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status», *Cancer Investigation*, 19, pp. 684-691.
- KONDILIS B.K., KIRIAZE I.J., ATHANASOULIA A.P., FALAGAS M.E. (2008), «Mapping health literacy research

- in the European Union: A bibliometric analysis», *PLoS ONE*, 3 (6), e2519.
- KOUNTZ D.S. (2009), «Strategies for improving low health literacy», *Postgraduate Medicine*, 121 (5), pp. 171-177.
- KRIPALANI S., BENGTZEN R., HENDERSON L.E., JACOBSON T.A. (2008), «Clinical research in low-literacy populations: using teach-back to assess comprehension of informed consent and privacy information», *IRB: Ethics and Human Research*, 30 (2), pp. 13-19.
- KRIPALANI S., HENDERSON L., CHIU E., ROBERTSON R., KOLM P., JACOBSON T. (2006), «Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population», *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), pp. 852-856.
- KRIPALANI S., JACKSON A.T., SCHNIFFER J.L., COLEMAN E.A. (2007), «Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists», *Journal of Hospital Medicine*, 2 (5), pp. 314-323.
- KRIPALANI S., JACOBSON T.A., MUGALLA I.C., CAWTHON C.R., NIESNER K.J., VACCARINO V. (2010), «Health Literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization», *Journal of Hospital Medicine*, 5 (5), pp. 269-275.
- KRIPALANI S., LEFEVRE F., PHILLIPS C.O., WILLIAMS M.V., BASAVIAH P., BAKER D.W. (2007), «Deficits in communication and information transfer between hospitalbased and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care», *Journal of American Medical Association*, 297 (8), pp. 831-841.
- LAVIN A.T., SHAPIRO G.R., WEILL K.S. (1992), «Creating an agenda for school-based health promotion: A review of 25 selected reports», *Journal of School Health*, 62, pp. 212-229.
- LEE R.G., GARVIN T. (2003), «Moving from information transfer to information exchange in health and health care», *Social Science and Medicine*, 56, pp. 449-464.
- LEE S., AROZULLAH A., CHO Y. (2004), «Health literacy, social support, and health: A research Agenda», *Social Science and Medicine*, 58, pp. 1309-1321.
- LETZ R., DIORIO C.K., SHAFER P.O., YEAGER K.A., HENRY T.R., SCHOMER D.L. (2003), «A computer-based reading test for use as an index of premorbid general intellectual level in North American English-speaking adults», *Neurotoxicology*, 24, pp. 503-512.
- LEVINTHAL B.R., MORROW D.G., TU W., WU J., MURRAY M.D. (2008), «Cognition and health literacy in patients with hypertension», *Journal of General Internal Medicine*, 24, pp. 1172-1176.
- LINDAU S.T., TOMORI C., LYONS T., LANGSETH L., BENNETT C.L., GARCIA P. (2002), «The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviours in a multi-ethnic cohort of women», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, pp. 938-943.
- LINDQUIST L.A., GO L., FLEISHER J., JAIN N., FRIESEMA E., BAKER D.W. (2011), «Relationship of Health Literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medication», *Journal of General Internal Medicine*, 27 (2), pp. 173-178.
- LINDQUIST L.A., JAIN N., TAM K., MARTIN G.J., BAKER D.W. (2010), «Inadequate Health Literacy among paid caregivers of seniors», *Journal of General Internal Medicine*, 26 (5), pp. 474-479.
- LOGAN R.A. (2007), «Clinical, classroom, or personal education: attitudes about health literacy», *Journal of the Medical Library Association*, 95 (2), pp. 127-137.
- LORENZEN B., MELBY C.E., EARLES B. (2008), «Using principles of health literacy to enhance the informed consent process», *AORN Journal*, 88 (1), pp. 23-29.
- MANCUSO C.A., RINCON M. (2006), «Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: The role of health care», *Journal of Asthma*, 43, pp. 41-44.
- MANLY J.J., TOURADJI P., TANG M.X., STERN Y. (2003), «Literacy and memory decline among ethnically diverse elders», *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, pp. 680-690.
- MARMOT M.G., BELL R. (2009), «How will the financial crisis affect health?», *British Medical Journal*, 338 (b1314).
- MARTENSSON L., HENSING G. (2012), «Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, pp. 151-160.
- MARTIN L.T., RUDER T., ESCARCE J.J., GHOSH-DASTIDAR B., SHERMAN D., ELLIOT M. et al. (2009), «Developing Predictive Models of Health Literacy», *Journal of General Internal Medicine*, 24 (11), pp. 1211-1216.
- MAYER G.G., VILLAIRES M. (2007), *Health Literacy in primary care: A clinician's guide*, Springer, New York.
- MCCAFFERY K.J., SMITH S.K., WOLF M. (2010), «The Challenge of Shared Decision Making Among Patients With Lower Literacy: A Framework for Research and Development», *Medical Decision Making*, 30 (1), pp. 35-44.
- METLAY J.P., COHEN A., POLSKY D., KIMMEL E.S., KOPPEL R., HENNESSY S. (2005), «Medication safety in older adults: home-based practice patterns», *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (6), pp. 976-982.
- MILLER M.J., ABRAMS M.A., MCCLINTOCK B., CANTRELL M.A., DOSSETT C.D., MCCLEARY E.M. et al. (2008), «Promoting health communication between the community-dwelling well-elderly and pharmacists: The Ask Me 3 program», *Journal of the American Pharmacists Association*, 48 (6), pp. 784-792.
- MOORE A. (2010), «Do our patients understand?», *Heart & Lung*, 39 (4), p. 261.
- MOORE C., WISNIVESKY J., WILLIAMS S., MCGINN T. (2003), «Medication errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting», *Journal of General Internal Medicine*, 18, pp. 646-651.
- MOORE V. (2012), «Assessing Health Literacy», *The Journal for Nurse Practitioners*, 8 (3), pp. 243-244.
- MORRIS N.S., MACLEAN C.D., CHEW L.D., LITTENBERG B. (2006), «The single item literacy screener: Evaluation of a brief instrument to identify patients with limited reading ability», *BMC Family Practice*, 7 (21), pp. 1-7.
- MOSEN D., SCHMITTDIEL J., HIBBARD J., SOBEL D., REMMERS C., BELLOWS J. (2007), «Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions», *Journal of Ambulatory Care Management*, 30 (1), pp. 21-29.

- MURRAY M.D., TU W., WU J., MORROW D., SMITH F., BRATER D.C. (2009), «Factors associated with exacerbation of heart failure include treatment adherence and health literacy skills», *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 85 (6), pp. 651-658.
- NAGEL K., WIZOWSKI L., DUCKWORTH J., CASSANO J., HAHN S.A., NEAL M. (2008), «Using plain language skills to create an educational brochure about sperm banking for adolescent and young adult males with cancer», *Journal of Oncology Nursing*, 25, pp. 220-226.
- NUTBEAM D. (1999), «Literacies Across the lifespan: Health literacy», *Literacy & Numeracy Studies*, 9 (2), pp. 47-55.
- NUTBEAM D. (2000), «Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century», *Health Promotion International*, 15 (3), pp. 259-267.
- NUTBEAM D. (2008), «The evolving concept of health literacy», *Social Science & Medicine*, 67, pp. 2072-2078.
- ONG L.M., DE HAES J., HOOS A., LAMMES F. (1995), «Doctor-patient communication: a review of the literature», *Social Science & Medicine*, 40 (7), pp. 903-918.
- OSBORNE H. (2005), *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*, Jones & Bartlett Learning, Sudbury, MA.
- PAASCHE-ORLOW M.K., WOL M.S. (2007), «The casual pathways linking health literacy to health outcomes», *American Journal of Health Behavior*, 31, pp. 9-26.
- PAASCHE-ORLOW M.K., RIEKERT K.A., BILDERBACK A., CHANMUGAM A., HILL P., RAND C.S. *et al.* (2005), «Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172, pp. 980-986.
- PAASCHE-ORLOW M.K., SCHILLINGER D., GREENE S.M., WAGNER E.H. (2006), «How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy», *Journal of General Internal Medicine*, 2, pp. 884-887.
- PARIKH N.S., PARKER R.M., NURSS J.R., BAKER D.W., WILLIAMS M.V. (1996), «Shame and health literacy: The unspoken connection», *Patient Education and Counseling*, 27, pp. 33-39.
- PARKER R.M., RATZEN S.C., LURIE N. (2003), «Health Literacy: a policy challenge for advancing high quality health care», *Health Affairs*, 22 (4), pp. 147-153.
- PARKER R.M., WOLF M.S., KIRSH I. (2008), «Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering», *Journal of General Internal Medicine*, 23 (8), pp. 1273-1276.
- PARKER R., BAKER D., WILLIAMS M., NURSS J. (1995), «The test of functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy», *Journal of General Internal Medicine*, 10, pp. 537-541.
- PERLOW E. (2010), «Accessibility: global gateway to health literacy», *Health promotion practice*, 11 (1), pp. 123-131.
- PETERSON P.N., SHETTERLY S.M., CLARKE C.L., BECKELMAN D.B., CHAN P.S., ALLEN L.A. *et al.* (2011), «Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure», *Journal of American Medical Association*, 305 (16), pp. 1695-1701.
- PIGNONE M., DEWALT D.A., SHERIDAN S. (2005), «Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: a systematic review», *Journal of General Internal Medicine*, 20, pp. 185-192.
- PLEASANT A., KURUVILLA S. (2008), «A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy», *Health Promotion International*, 23 (2), pp. 152-159.
- PLIMPTON S., ROOT J. (1994), «Materials and strategies that work in low literacy health communication», *Public Health Reports*, 109, pp. 86-92.
- PORESKY R.H., DANIELS A.M. (2001), «Two year comparison of income, education and depression among parents participating in regular Head Start or supplementary Family Service Center Services», *Psychological Reports*, 88, pp. 787-796.
- POWELL C.K., HILL E.G., CLANCY D.E. (2005), «The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions», *The Diabetes Educator*, 33 (1), pp. 144-151.
- PROTHEROE J., WALLACE L.S., ROWLANDS G., DEVOE J.E. (2009), «Health literacy: Setting an international collaborative research agenda», *BMC Family Practice*, 10, pp. 51-54.
- RAYMOND G.E., DALEBOUT S.M., CAMP S.I. (2002), «Comprehension of a prototype over-the-counter label for an emergency contraceptive pill product», *Obstetrics and Gynecology*, 100, pp. 342-349.
- RILEY J., CLOONAN P., ROGAN E. (2008), «Improving student understanding of health literacy through experiential learning», *The Journal of Health Administration Education*, 25 (3), pp. 213-228.
- ROOTMAN I., WHARF-HIGGINS J. (2007), «Literacy and health: implications for Active Living», *WellSpring*, 18 (4), pp. 1-4.
- ROSS L.A., FRIER B.M., KELNAR C.J., DEARY I.J. (2001), «Child and parental mental ability and glycemic control in children with type 1 diabetes», *Diabetic Medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 18, pp. 364-369.
- ROTHMAN R.L., DEWALT D.A., MALONE R., BRYANT B., SHINTANI A., CRIGLER B. *et al.* (2004), «Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program», *Journal of American Medical Association*, 292 (14), pp. 1711-1716.
- ROTHMAN R.L., MALONE R., BRYANT B., SHINTANI A., CRIGLER B., DEWALT D.A. *et al.* (2005), «A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes», *The American Journal of Medicine*, 118, pp. 276-284.
- ROTHMAN R., MALONE R., BRYANT B., HORLEN C., DEWALT D., PIGNONE M. (2004), «The relationship between literacy and glycemic control in a diabetes disease management program», *The Diabetes Educator*, 30 (2), pp. 263-273.
- RUDD R.E. (2007), «Health literacy skills of U.S. adults», *American Journal of Health Behavior*, 31 (1), pp. 8-18.
- SARKAR U., FISHER L., SCHILLINGER D. (2006), «Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and Health Literacy?», *Diabetes Care*, 29, pp. 823-829.

- SCHILLINGER D. (2004), «Improving chronic disease care for populations with limited health literacy», in L. Nielsen-Bohlman, A.M. Panzer, D.A. Kindig (a cura di), *Health literacy: a prescription to end confusion* (p. 267-279), National Academies Press, Washington, D.C.
- SCHILLINGER D., DAVIS T. (2005), «A conceptual framework for the relationship between health literacy and health care outcomes: The chronic disease exemplar», in J.G. Schwartzberg J.B. Vangeest, C. Wang, *Understanding Health Literacy: Implication for medicine and public health* (p. 181-204), American Medical Association, AMA Press, Chicago, IL.
- SCHILLINGER D., BINDMAN A., WANG F., STEWART A., PIETTE J. (2004), «Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients», *Patient Education and Counseling*, 52, pp. 315-323.
- SCHILLINGER D., GRUMBACH K., PIETTE J., WANG F., OSMOND D., DAHER C. *et al.* (2002), «Association of health literacy with diabetes outcomes», *Journal of the American Medical Association*, 288, pp. 475-482.
- SCHILLINGER D., PIETTE J., GRUMBACH K., WANG F., WILSON C., DAHER C. *et al.* (2003), «Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy», *Archives of Internal Medicine*, 163 (1), pp. 83-90.
- SELDEN C., ZORN M., RATZAN S.C., PARKER R.M. (2000), *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD.
- SELIGMAN H.K., WANG F.F., PALACIOS J.L., WILSON C.C., DAHER C., PIETTE J.D. *et al.* (2005), «Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy: A randomised, controlled trial», *Journal of General Internal Medicine*, 20, pp. 1001-1007.
- SHAH L.C., WEST P., BREMMEYR K., SAVOY-MOORE R.T. (2010), «Health Literacy Instrument in Family Medicine: The "Newest Vital Sign" Ease of Use and Correlates», *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23 (2), pp. 195-203.
- SIMONDS S.K. (1974), «Health education as social policy», *Health Education Monograph*, 2, pp. 1-25.
- SIX-MEANSAB A., BAUER T.K., TEETERB R., SEGRAVED D., CUTSHAWB L., HIGHE L. (2012), «Building a Foundation of Health Literacy with Ask Me 3™», *Journal of Consumer Health On the Internet*, 16 (2), pp. 180-191.
- SPEROS C. (2005), «Health literacy: concept analysis», *Journal of Advanced Nursing*, 50 (6), pp. 633-640.
- ST LEGER L. (2001), «Schools, health literacy and public health: Possibilities and challenges», *Health Promotion International*, 16 (2), pp. 197-205.
- STABLEFORD S., METTGER W. (2007), «Plain language: a strategic response to the health literacy challenge», *Journal of Public Health Policy*, 28 (1), pp. 71-93.
- STEWART M. (2001), «Towards a global definition of patient centred care», *British Medical Journal*, 322 (7284), pp. 444-445.
- SUDORE R.L., SCHILLINGER D. (2009), «Interventions to improve care for patients with limited health literacy», *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16 (1), pp. 20-29.
- SUDORE R.L., MEHTA K.M., SIMONSICK E.M., HARRIS T.B., NEWMAN A.B., ROSANO C. *et al.* (2006), «Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access», *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (5), pp. 770-776.
- TAGGART J., WILLIAMS A., DENNIS S., NEWALL A., SHORRUS T., ZWAR N. *et al.* (2012), «A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors», *BMC Family Practice*, 13 (49).
- TARN D.M., HERITAGE J., PATERNITI D., HAYS R.D., KRAVITZ R.L., WENGER N.S. (2006), «Physician communication when prescribing new medications», *Archives of Internal Medicine*, 166 (17), pp. 1855-1862.
- THOMPSON R.S., LAWRENCE D.M., HUEBNER C.E., JOHNSTON B.D. (2004), «Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care: implications of the findings», *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (4), pp. 367-371.
- UNROE K.T., PFEIFFENBERGER T., RIEGELHAUPT S., JASTRZEMBSKI J., LOKHNYGINA Y., COLÓN-EMERIC C. (2010), «Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: A retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies», *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8 (2), pp. 115-126.
- VAN SERVELLEN G., CARPIO F., LOPEZ M., GARCIA-TEAGUE L., HERRERA G., MONTERROSA F. *et al.* (2003), «Program to enhance health literacy and treatment adherence in low-income HIV-infected Latino men and women», *AIDS Patient Care and STDs*, 17, pp. 581-594.
- VAN SERVELLEN G., NYAMATHI A., CARPIO F., PEARCE D., GARCIA-TEAGUE L., HERRERA G. *et al.* (2005), «Effects of a treatment adherence enhancement program on health literacy, patient-provider relationships, and adherence to HAART among low-income HIV-positive Spanish-speaking Latinos», *AIDS Patient Care and STDs*, 19, pp. 745-759.
- VEZEAU T.M. (2008), «Low literacy and vulnerable clients», in M. de Chesnay, & B. A. Anderson (a cura di), *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research (2nd ed)* (p. 53-69), Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA.
- VILLAIRE M., MAYER G. (2007), «Low health literacy: The impact on chronic illness management», *Professional Case Management*, 12 (4), pp. 213-216.
- VOLANDES A.E., PAASCHE-ORLOW M.K. (2007), «Health literacy, health inequality and a just healthcare system», *American Journal of Bioethics*, 7 (11), pp. 5-10.
- WAGNER E.H. (1998), «Chronic disease management what will it take to improve care for chronic illness?», *Effective Clinical Practice*, 1 (1), pp. 2-4.
- WAGNER E.H., DAVIS C., SCHAEFER J., VON KORFF M., AUSTIN B. (1999), «A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?», *Managed Care Quarterly*, 7 (3), pp. 56-66.
- WALLACE L.R., ROGERS E.S., ROSKOS S.E., HOLIDAY D.B., WEISS B.D. (2006), «Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills», *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. 874-877.

- WARNER A., MENACHEMI N., BROOKS R.G. (2006), «Health Literacy, Medication Errors, and Health Outcomes: Is There a Relationship?», *Hospital Pharmacy*, 41 (6), pp. 542-551.
- WEISS B. (2005), «Epidemiology of health literacy», in J.G. Schwartzberg, J.B. VanGeest, C.C. Wang (a cura di), *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health* (p. 17-40), American Medical Association, AMA Press, Chicago, IL.
- WEISS B.D., PALMER R. (2004), «Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population», *Journal of the American Board of Family Practice*, 17, pp. 44-47.
- WEISS B.D., FRANCIS L., SENF J.H., HEIST K. (2006), «Literacy education as treatment for depression in patients with limited literacy and depression: a randomized controlled trial», *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. 823-828.
- WEISS B.D., HART G., MCGEE D.L., D'ESTELLE S. (1992), «Health status of illiterate adults: Relation between literacy and health status among persons with low health literacy», *The Journal of The American Board of Family Practice*, 5 (3), pp. 257-264.
- WEISS B.D., HART G., WARREN B., BURGOON M., SMITH K.J. (1994), «Illiteracy among medicaid recipients and its relationship to health care costs», *Journal of Health Care for the Poor and the Underserved*, 5 (2), pp. 99-111.
- WEISS B.D., MAYS M.Z., MARTZ W., CASTRO K.M., DEWALT D.A., PIGNONE M.P. et al. (2005), «Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign», *Annals of Family Medicine*, 3 (6), pp. 514-522.
- WELD K.K., PADDEN D., RAMSEY G., GARMON BIBB S.C. (2008), «A framework for guiding health literacy research in populations with universal access to healthcare», *Advances in Nursing Science*, 31 (4), pp. 308-318.
- WIESER S., MOSCHETTI K., EICHLER K., HOLLY A., BRÜGGER U. (2008), *Health Literacy - An economic perspective and data for Switzerland - Part 2: A Review of Health Literacy Measures and a cost assessment of Limited Health Literacy*, Winterthur Institute of Health Economics, Winterthur, Switzerland.
- WILLIAMS M.V., BAKER D.W., HONIG E.G., LEE M.T., NOWLAN A. (1998), «Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care», *Chest*, 114, pp. 1008-1015.
- WILLIAMS M.V., BAKER D.W., PARKER R.M., NURSS J. (1998), «Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease», *Archives of Internal Medicine*, 158, pp. 166-172.
- WILLIAMS M.V., DAVIS T., PARKER R.M., WEISS B.D. (2002), «The role of health literacy in patient-physician communication», *Family Medicine*, 34, pp. 383-389.
- WILLIAMS M.V., PARKER R.M., BAKER D.W., PARIKH N.S., PITKIN K., COATES W.C. et al. (1995), «Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals», *Journal of American Medical Association*, 274, pp. 1677-1682.
- WILSON J. (2003), «The crucial link between literacy and health», *Annals of Internal Medicine*, 139 (10), pp. 875-878.
- WILSON-STRONKS A., LEE K.K., CORDERO C.L., KOPP A.L., GALVEZ E. (2008), *One size does not fit all: Meeting the health care needs of diverse populations*, The Joint Commission, Oakbrook Terrace, IL.
- WOLF M.S., GAZMARARIAN J.A., BAKER D.W. (2005), «Health literacy and functional health status among older adults», *Archives of Internal Medicine*, 165 (17), pp. 1946-1952.
- WOLF M.S., WILSON E.A., RAPP D.N., WAITE K.R., BOCCHINI M.V., DAVIS T.C. et al. (2009), «Literacy and Learning in Health Care», *Pediatrics*, 124 (3), pp. 275-281.
- WYDRA E.W. (2001), «The effectiveness of a self-care management interactive multimedia module», *Oncology Nursing Forum*, 28, pp. 1399-1407.
- WYNIA M.K., OSBORN C.Y. (2010), «Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations», *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15 (2), pp. 102-115.
- YIN S.H., FORBIS S.G., DREYER B.P. (2007), «Health Literacy and Pediatric Health», *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 37 (7), pp. 258-286.
- ZHANG X.H., LI S.C., FONG K.Y., THUMBOO J. (2009), «The Impact of Health Literacy on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and utility assessment among patients with rheumatic diseases», *Value in Health*, 12 (3), pp. 106-109.

Applicazione di tecniche di operations management per minimizzare il costo di trasporto di pazienti

A. AGNETIS, G. DE PASCALE, P. DETTI, J. RAFFAELLI, P. CHELLI, R. COLOMBAI, G. MARCONCINI, E. PORFIDO, A. COPPI

In this paper, a decision support system is presented for the management of «non-emergency» transportation services in health care. The aim is to minimize transportation costs by considering both tactical and operational levels. The problem concerns the planning of visits (tactical level) and the transportation (operational level) of a set of patients, with a heterogeneous fleet of vehicles, ensuring a right level of quality. The experimental results show that the proposed decision support system can significantly reduce the total cost of transportation, both at the operational and at the tactical level.

Keywords: non-emergency medical transportation, decision support system, cost minimization

Parole chiave: trasporto ordinario, sistema di supporto alle decisioni, minimizzazione dei costi

Note sugli autori

Alessandro Agnetis, Gianluca De Pascale, Paolo Detti, Jessica Raffaelli - Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione, Università degli Studi di Siena
Paola Chelli, Renato Colombai, Gabriele Marconcini, Eugenio Porfido - Azienda USL 11 Empoli
Alberto Coppi, Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione, Università degli Studi di Siena e Azienda USL 4 Prato
detti@dii.unisi.it

1. Introduzione

In molti Paesi la spesa relativa alla sanità rappresenta una significativa percentuale del Pil. Questo valore negli ultimi decenni è aumentato in misura tale che molti governi hanno cercato un abbattimento dei costi, attraverso la riorganizzazione e l'ottimizzazione delle procedure utilizzate nell'ambito dei sistemi di assistenza sanitaria (come, per esempio, l'esternalizzazione di servizi non essenziali, o gli studi per la riduzione dei tempi medi di degenza dei pazienti). Allo stato attuale, le aziende sanitarie e ospedaliere devono far fronte a una diminuzione delle risorse disponibili, garantendo allo stesso tempo una buona qualità del servizio al paziente che, in un contesto come quello sanitario, riveste un ruolo centrale.

Sebbene i processi sanitari siano molto difficili da standardizzare, a causa delle loro criticità e dell'elevato numero di variabili in gioco, l'applicazione di strumenti di *operations management* (Baker *et al.*, 2009) e *ricerca operativa* in questo campo permettono spesso di ridurre i costi sanitari e migliorare l'efficienza del sistema. L'*operations management* e la *ricerca operativa* (si veda per esempio, Chase *et al.*, 2012 e Sassano, 1999) forniscono strumenti matematici di supporto per il miglioramento della produttività delle aziende e per rendere i processi decisionali e di produzione più efficienti. Tali strumenti consentono di decidere, per esempio, quali tecnologie impiegare nella produzione e dove ubicare le strutture produttive, come gestire al meglio le unità preposte alla produzione

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Analisi della letteratura
3. Il problema del trasporto «ordinario» di pazienti
4. Un sistema di ottimizzazione per la pianificazione degli orari delle visite e la minimizzazione dei costi di trasporto
5. Risultati
6. Conclusioni

di prodotti o all'erogazione di servizi, come gestire l'approvvigionamento delle materie prime e la distribuzione dei prodotti finiti.

La riduzione dei costi è un obiettivo sempre più presente nei recenti Piani sanitari nazionali e regionali e non ultimo nella normativa sulla *spending review* (D.L.vo n. 95/2012). Tuttavia, questi interventi per aumentare l'efficienza economica non devono implicare una riduzione della qualità dei servizi offerti, ma, anzi, un loro miglioramento. Di conseguenza, la realizzazione di obiettivi di contenimento della spesa sanitaria, deve necessariamente passare attraverso l'individuazione di opportune strategie di management sanitario, che consentano di fornire ai cittadini i servizi sanitari richiesti nella maniera più efficiente possibile, adoperando al meglio le risorse critiche a disposizione.

L'applicazione dei modelli e delle metodologie della Ricerca operativa in ambito sanitario può tuttavia avvenire con successo solo se vi è un'adeguata collaborazione con gli operatori/decisioni coinvolti nell'organizzazione e nella gestione delle risorse critiche. Lo sviluppo di un sistema di supporto alle decisioni, quindi, non può trascurare la collaborazione con il personale delle strutture interessate, che d'altro canto dovrà maturare, attraverso opportune azioni di *training*, le competenze necessarie per un utilizzo consapevole ed efficace di tale sistema. In sostanza, la collaborazione fra componente tecnica e componente sanitaria appare decisamente auspicabile, non solo in campo strettamente sanitario e ospedaliero, ma anche in quello più vasto dell'organizzazione e gestione dei servizi.

In questo articolo viene proposto uno studio per un problema di trasporto sanitario di rilevante interesse: la gestione dei servizi di «trasporto ordinari». Con il termine di «trasporto ordinario» si indica il trasporto di pazienti per trattamenti non urgenti, da effettuarsi con mezzi eterogenei (ambulanza, pulmino, vettura o mezzo attrezzato), per l'esecuzione di indagini, esami, consulenze, trattamenti terapeutici, trasferimenti, dimissioni, ecc. Questo lavoro parte da un'analisi della situazione esistente, e si pone l'obiettivo di fornire strumenti metodologici per migliorare le performance del sistema, in

termini di risparmio dei costi e di qualità del servizio offerto al paziente.

Il sistema di trasporto sanitario ordinario è un sistema complesso, in quanto un numero elevato di risorse, spesso tra loro eterogenee e fortemente interdipendenti, devono essere coordinate e gestite per espletare un insieme di servizi di trasporto. Nel sistema di trasporto sanitario ordinario si richiede, infatti, il coordinamento e la gestione operativa di diversi soggetti (associazioni di volontariato come le Misericordie, le Pubbliche assistenze e la Croce rossa italiana, Asl, medici, pazienti, ecc.), al fine di massimizzare l'efficienza complessiva in termini di appropriatezza di tempi e costi.

Tale problematica ha una dimensione strategica, una tattica e una operativa. Nella dimensione strategica, i problemi da considerare consistono nel determinare, per esempio, la tipologia di pazienti da servire, i livelli di servizio minimi da garantire, quali servizi internalizzare e quali esternalizzare, che tipo di rapporti instaurare con le altre aziende sanitarie (Asl e A.O.) e con le organizzazioni operanti nel settore sanitario.

La dimensione tattica del problema integra il problema di pianificare gli orari delle visite dei servizi d'assistenza con il problema di minimizzare il costo complessivo del trasporto.

La dimensione operativa consiste nel determinare, a fronte di un certo insieme di richieste di trasporto, gli itinerari di una flotta (in genere eterogenea) di veicoli per trasportare un insieme di pazienti da strutture sanitarie o da domicili alle strutture sanitarie, e viceversa. L'obiettivo è quello di minimizzare i costi complessivi di trasporto, nel rispetto di un insieme di vincoli riguardanti la qualità e la tempistica del servizio offerto. I veicoli sono in generale localizzati in depositi fisicamente distribuiti sul territorio, e possono essere gestiti da associazioni di volontariato come le Misericordie, le Pubbliche assistenze e la Croce rossa italiana, con un certo grado di autonomia decisionale. Di conseguenza, il piano operativo dei veicoli deve tener conto di eventuali accordi, vincoli e ruoli stabiliti tra la direzione sanitaria e i fornitori del servizio.

In questo lavoro, è presentato un sistema di supporto alle decisioni che può essere utilizzato per affrontare il problema dei trasporti

ti ordinari, sia nella dimensione tattica che in quella operativa.

Nella dimensione tattica, l'obiettivo è quello di sviluppare un metodo di supporto alle decisioni che, al momento di una richiesta di prenotazione di una prestazione sanitaria da parte di pazienti, fornisca un calendario di possibili date e orari, tenendo conto degli aspetti logistici legati al trasporto. La dimensione operativa riguarda la programmazione degli itinerari di una flotta di veicoli per trasportare un insieme di pazienti da strutture sanitarie o da domicili alle strutture sanitarie e viceversa, per dimissioni e trasferimenti.

L'analisi dei risultati, ottenuti da simulazioni effettuate con dati reali, permette di evidenziare una possibile riduzione dei costi di trasporto sia per la dimensione tattica che operativa, dimostrando la validità degli approcci proposti.

Il lavoro è articolato come segue. Nel § 2 è riportata un'analisi della letteratura. Nel § 3 è descritto nel dettaglio il problema del trasporto ordinario. Nel § 4 è presentato il funzionamento del sistema di supporto alle decisioni per la minimizzazione dei costi del trasporto sanitario ordinario. Nel § 5 sono riportati alcuni risultati sperimentali preliminari sull'applicazione del sistema, sia per la dimensione operativa del problema che per quella tattica. Le conclusioni sono presentate nel § 6.

2. Analisi della letteratura

Esiste una crescente letteratura scientifica legata all'ottimizzazione dei servizi in ambito sanitario (Brandeau *et al.*, 2004; Vissers *et al.*, 2001; Conforti *et al.*, 2011). Le tematiche gestionali di interesse riguardano tipicamente gli aspetti logistici, come la gestione degli approvvigionamenti e dei trasporti (Parragh *et al.*, 2012), la definizione, misura e gestione delle prestazioni del sistema e della qualità del servizio (Ozcan, 2008), la pianificazione e schedulazione delle sale operatorie (Beliën *et al.*, 2009; Cardoen *et al.*, 2010; Agnetis *et al.*, 2012).

L'obiettivo degli studi proposti in letteratura è, in generale, quello di cercare di supportare il processo decisionale in termini di tempo (risolvere il problema più rapidamente) e, se possibile, in termini di efficienza e qualità (proporre un miglior utilizzo del-

le risorse scarse e una migliore qualità del servizio) o di costo (questa dimensione è in genere molto influenzata dalla natura e dalla tipologia della struttura sanitaria, dal contesto in cui opera ecc.). In letteratura non mancano pubblicazioni legate a centri di ricerca di eccellenza, con implementazione e applicazione di metodi e modelli. Per esempio, il *Center for Operations Research in Medicine and Health Care* del Georgia Institute of Technology ha sviluppato il sistema di supporto alle decisioni *RealOpt* (<https://medicalor.isye.gatech.edu:8443/realopt-regional/Develop/>), usato in più di 50 Stati per il *dispensing* di massa in caso di pandemie o attacchi terroristici. Tuttavia, molto spesso gli studi presentati in letteratura sono basati su particolari assunzioni e/o semplificazioni o, risentono dello specifico contesto in cui sono stati sviluppati.

L'applicazione di tecniche di ricerca operativa all'ottimizzazione di sistemi logistici e di trasporto nel campo della sanità e nella gestione delle emergenze ha conosciuto negli ultimi anni un notevole sviluppo nella letteratura scientifica. In Shen *et al.* (2009), per esempio, si affronta il problema della distribuzione di farmaci sul territorio a seguito di un attentato bio-terrorista. Il problema è quello di raggiungere il massimo numero di cittadini, utilizzando un insieme di veicoli eterogenei, entro fissati limiti di tempo. Il problema descritto è modellato e risolto come problema di *vehicle routing* stocastico. In Begur *et al.* (1997), è invece proposto e realizzato un sistema di supporto per le decisioni (DSS) per schedulare e veicolare servizi di assistenza nelle case dei pazienti.

In generale, il problema di gestire e instradare una flotta di veicoli per compiere operazioni di consegna o prelievo di merci o persone è noto in letteratura con il nome di *vehicle routing problem* (VRP), e rappresenta il modello di base per affrontare numerosi problemi applicativi (Toth, Vigo, 2002). Tra le tante estensioni del problema vi è il *pickup and delivery problem* (PDP), che corrisponde a un VRP in cui sono previste sia operazioni di consegna che di prelievo (Savelsbergh, Sol, 1998).

Se, inoltre, ciascuna operazione di prelievo e/o di consegna è vincolata ad aver luogo in determinare finestre temporali (*time*

windows), il problema è noto come *pickup and delivery problem with time windows* (PDPTW).

Algoritmi esatti per il PDPTW sono stati proposti da Dumas *et al.* (1991), Savelsbergh e Sol (1998), Lu e Dessouky (2004), Röpke *et al.* (2007) e Röpke e Cordeau (2009). Tali metodi sono basati su formulazioni matematiche di Programmazione Lineare Intera (PLI), risolte con metodi di enumerazione implicita (Wolsey, 1998). Savelsbergh e Sol (1998), Liu and *et al.* (1999) e Bräysy e Dullaert (2003) propongono invece algoritmi per problemi di PDPTW con veicoli eterogenei.

3. Il problema del trasporto «ordinario» di pazienti

Il problema del trasporto ordinario di pazienti consiste nel soddisfare un insieme di richieste di servizio di trasporto di pazienti che devono effettuare prestazioni sanitarie (per esempio, esami, consulenze, trattamenti terapeutici, trasferimenti, dimissioni, ecc.), utilizzando un sistema eterogeneo di veicoli (ambulanza, pulmino, vettura o mezzo attrezzato), localizzati nelle sedi delle associazioni appartenenti al territorio di riferimento.

I trasporti ordinari sono programmabili, e includono il trasferimento di pazienti da strutture sanitarie di diverso livello assistenziale, o il trasporto da domicilio a struttura sanitaria e viceversa, per l'esecuzione di prestazioni terapeutiche o diagnostiche, o per dimissioni.

L'utilizzo di un determinato veicolo è vincolato a rispettare limiti di capacità e di incompatibilità di trasporto tra pazienti e veicoli, in base all'attrezzatura disponibile sul mezzo e quella richiesta per la tipologia di paziente. Esistono, inoltre, per ciascun paziente, dei vincoli temporali da rispettare. Tali vincoli sono legati all'orario pianificato per la singola richiesta in oggetto. La scelta dell'orario di visita gioca un ruolo fondamentale per la programmazione dei trasporti. Per esempio, due richieste di servizio per pazienti provenienti dalla stessa località (o località vicine) possono essere soddisfatte con un unico viaggio, se l'orario di visita viene pianificato nello stesso ospedale in fasce orarie vicine. Pertanto, l'ottimizzazione nella gestione del traspor-

to sanitario ordinario a livello tattico e operativo può avere un impatto significativo sul miglioramento delle performance del servizio di trasporto.

A livello tattico, il problema consiste nel programmare l'orario dei singoli trattamenti o servizi assistenziali, nel rispetto delle richieste degli utenti e dell'orario di servizio disponibile nella struttura ospedaliera di riferimento, in modo da minimizzare il costo complessivo del trasporto. A livello operativo, in base agli orari di visita già pianificati, il problema è quello di selezionare i veicoli e i percorsi necessari a soddisfare la domanda giornaliera.

Nel problema del trasporto sanitario ordinario i veicoli, situati in diverse sedi dislocate sul territorio, si differenziano non solo per il numero massimo di persone che possono trasportare, ma anche per le apparecchiature di cui dispongono. Infatti, durante l'assegnazione delle singole richieste di servizio di trasporto ai veicoli è necessario tener conto della disponibilità sugli stessi degli strumenti e delle attrezzature richieste per l'assistenza del paziente, e che l'equipaggio sia adeguato. Inoltre, le richieste di trasporto possono non essere compatibili tra loro, ciò significa che un veicolo non può trasportare contemporaneamente alcuni pazienti che presentano date patologie e/o condizioni di salute.

Vincoli temporali impongono che i pazienti siano portati nella località di destinazione in un orario fissato dal Cup aziendale (Centro unico di prenotazione) nello specifico applicativo informatico per l'erogazione della prestazione, e che, ovviamente, un veicolo non possa riaccompagnare un paziente presso il proprio domicilio se lo stesso non ha terminato il trattamento o la terapia. Ciascuna richiesta deve essere soddisfatta tenendo conto di vincoli temporali definiti in base agli orari di servizio della struttura sanitaria e dei tempi di attesa massima ammissibile per ciascun paziente.

In modo sintetico, il problema può essere definito descrivendo i suoi tre elementi caratterizzanti, e cioè, i pazienti, le strutture sanitarie e i veicoli. Qui di seguito, per ogni elemento, sono elencate schematicamente le informazioni rilevanti ai fini del problema di trasporto.

Pazienti

1. Motivo del trasporto. Questo dipende dalle tipologie di trattamento che il paziente richiede (per esempio trasferimento, dialisi, dimissione, chemioterapia, ...).

2. Orario previsto di inizio della visita e durata prevista della stessa.

3. Indirizzo del paziente dal quale deve essere prelevato e/o al quale deve essere condotto.

4. Indirizzo della struttura presso la quale si eroga la prestazione.

5. Il tempo massimo di attesa tollerabile per ciascun paziente, tale da non compromettere la qualità del servizio e/o creare condizione di disagio all'utente.

6. La finestra temporale entro la quale il paziente deve essere prelevato dal domicilio o dalla struttura sanitaria, i cui valori sono definiti sulla base dell'orario di visita e della distanza tra il domicilio/struttura e la struttura ospedaliera.

7. La finestra temporale entro la quale il paziente deve raggiungere il domicilio o la struttura sanitaria. Tale finestra dipende dalla durata della visita e dalla distanza tra la struttura ospedaliera e il domicilio/struttura.

8. I vincoli di incompatibilità per il caso di trasporto di più pazienti sullo stesso veicolo, e i vincoli di compatibilità con le tipologie di veicolo disponibili.

Strutture sanitarie

1. Gli orari di servizio della struttura sanitaria per ogni tipologia di richiesta.

2. L'indirizzo della struttura sanitaria dove si eroga la prestazione.

Veicoli

1. Il tipo di veicolo (ambulanza, mezzo attrezzato, pulmino, auto).

2. La capacità del veicolo, misurata come numero massimo di posti disponibili o come capacità di accoglienza di particolari tipologie di pazienti (per esempio, pazienti non deambulanti o barellati).

3. L'indirizzo del deposito in cui si trova il mezzo.

4. Il numero di veicoli disponibili per ciascuna categoria collocata nello specifico

deposito (per esempio, vettura, ambulanza, pulmino, ecc.).

Il sistema proposto in questo lavoro si pone l'obiettivo di fornire un supporto decisionale per la pianificazione delle visite (livello tattico) e la programmazione giornaliera dei percorsi dei veicoli (livello operativo). Nel paragrafo successivo, sarà descritto il modello di ottimizzazione su cui si basa il sistema proposto.

4. Un sistema di ottimizzazione per la pianificazione degli orari delle visite e la minimizzazione dei costi di trasporto

Il problema decisionale trattato è modellabile come problema di Programmazione Lineare Intera (PLI). La PLI è una tecnica che consente di formulare matematicamente, in termini di variabili e vincoli, e di risolvere problemi di ottimizzazione (Wolsey, 1998).

L'algoritmo di ottimizzazione sviluppato per il problema del trasporto ordinario di pazienti è basato sulla tecnica di ottimizzazione nota come *generazione di colonne* (Gilmore, Gomory, 1961, Gilmore, Gomory, 1963).

Il modello di ottimizzazione ha come obiettivo la riduzione dei costi di trasporto, al fine di ottenere un miglioramento nella gestione delle risorse in ambito ospedaliero, e, al tempo stesso, consente di mantenere la qualità del servizio entro standard fissati dal management.

Nel caso in esame, è stato sviluppato un modello di PLI del problema decisionale, in cui a ogni rotta ammissibile per un veicolo, definita da un insieme di operazioni di prelievo e di consegna, è associata una variabile decisionale. L'obiettivo consiste nel minimizzare la somma totale dei costi delle rotte (cioè, delle variabili decisionali) selezionate. Il costo di ciascuna rotta è calcolato come somma di più contributi, definiti sulla base del piano tariffario (<http://www.misericordiaonline.org/servizi/contratti/page/AQRToscana.pdf>) imposto dalla normativa vigente per il trasporto sanitario ordinario. Nello specifico, il piano tariffario prevede che il costo totale del trasporto sia calcolato, per ciascuna rotta assegnata a un veicolo, in funzione del tempo di percorrenza, dei chilometri percorsi, della durata e della tipologia della sosta effettuata durante il servizio, del

numero di persone trasportate e della tipologia di veicolo assegnato per effettuare la rotta.

In particolare, il costo di una rotta R è calcolato nel seguente modo. Siano:

L = numero di km oltre il quale, il costo della rotta dipende dal numero di km percorsi. Se la rotta è lunga on più di L km il costo della rotta non dipende dal numero di km percorsi;

$Pf(v)$ = costo fisso della rotta per un veicolo di tipologia v , applicato per una distanza totale percorsa inferiore a L km;

$Pkm(v)$ = costo per km oltre i primi L km percorsi, per la tipologia di veicolo v ;

tempoPercorrenza = durata, in minuti, della rotta (esclusi i tempi di sosta);

B = costo per ogni ora di durata della rotta (i tempi di sosta sono esclusi);

CP = costo per passeggero trasportato (nella stessa rotta), oltre il primo;

j = tipologia della sosta, $j = 1, \dots, n$. La tipologia dipende dalla prestazione sanitaria che deve essere effettuata dal paziente che genera la sosta;

s_j = tempo complessivo in cui il veicolo è in sosta di tipologia j ;

$CS(s_j)$ = costo della sosta di durata s e di tipologia j (dipende dal piano tariffario: <http://www.misericordiaonline.org/servizi/contratti/page/AQRToscana.pdf>).

Siano, inoltre:

$$\text{distanzaPercorsa} = \begin{cases} (\text{distanza totale percorsa} - L), & \text{se distanza totale percorsa} > L \\ 0, & \text{altrimenti} \end{cases}$$

$\lfloor \text{tempoPercorrenza}/60 \rfloor$ = intero inferiore del rapporto $\text{tempoPercorrenza}/60$.

Il costo della rotta R per la tipologia di veicolo v , denotato con $C_R(v)$, è pari a:

$$C_R(v) = Pf(v) + \text{distanzaPercorsa} * Pkm(v) + \lfloor \text{tempoPercorrenza}/60 \rfloor * B + (\text{numPazientiTrasportati} - 1) * CP + \sum_j CS(s_j).$$

Sebbene l'obiettivo principale sia quello di minimizzare i costi complessivi, è necessario che le soluzioni proposte garantiscano anche un livello adeguato di qualità del servizio erogato e siano sensibili in generale, trattandosi di trasporti, a problematiche le-

gate all'impatto ambientale. Si noti, infatti, che la funzione di costo da minimizzare tiene conto della distanza totale percorsa da tutti i veicoli, pertanto la minimizzazione della stessa consente, indirettamente, un beneficio dal punto di vista ambientale. Per quanto riguarda la qualità del servizio, sono stati individuati due indicatori di riferimento: uno è il tempo di attesa del paziente in ospedale e l'altro è la durata del trasporto.

Per tenere conto del primo indicatore è stato introdotto un costo aggiuntivo al costo della rotta $C_R(v)$, calcolato come prodotto tra un valore pari al costo imputabile al disservizio e il tempo di attesa totale dei pazienti serviti da un dato veicolo. Per il secondo indicatore sono state opportunamente fissate le finestre temporali associate a ciascuna richiesta di trasporto. Le finestre temporali associate alle operazioni di prelievo e di consegna sono, infatti, determinate in modo da garantire che il tempo di attesa di un paziente non ecceda un dato valore Δ , che rappresenta il massimo tempo di attesa accettabile per il paziente in ospedale e per il trasporto. Il Δ può essere scelto opportunamente dal management sanitario al fine di garantire la qualità del servizio, e può variare in funzione della tipologia di trattamento e dalle condizioni fisiche del paziente.

Lo schema dell'algoritmo proposto prevede due fasi principali.

1. Nella prima fase la tecnica di generazione di colonne è applicata per generare un insieme di rotte, promettenti dal punto di vista del costo e della qualità del servizio. Questa fase termina quando le tecniche utilizzate per il calcolo delle rotte non riescono a individuare ulteriori rotte da aggiungere all'insieme, o se un criterio di arresto, basato sul tempo computazionale e sul numero di rotte complessivamente inserite, non è verificato.

2. Nella seconda fase è risolto il problema del trasporto, attraverso un *software* commerciale per la soluzione di problemi di Pli, scegliendo le rotte migliori tra quelle ottenute alla fine della fase precedente.

L'algoritmo proposto può essere utilizzato sia per risolvere la dimensione tattica, sia per risolvere la dimensione operativa del problema.

L'input del sistema è rappresentato da un insieme di richieste di trasporto di pazienti, ognuna caratterizzata dalle località di partenza e di destinazione, dalla causa di trasporto, dalla tipologia di mezzo che può svolgere il servizio, dalla modalità in cui può essere svolto il trasporto (e.g., singolo o multiplo), e, nella dimensione operativa, dall'orario in cui il paziente deve iniziare la prestazione e dalla sua durata. L'ulteriore informazione che deve essere nota e fornita come *input* al sistema è rappresentata dalla tipologia e disponibilità delle risorse di trasporto necessarie allo svolgimento del servizio. L'*output* del sistema è un piano giornaliero del trasporto costituito da un insieme di percorsi assegnati a determinati veicoli. In particolare, il sistema fornisce per ciascuna rotta: il veicolo (tipologia e deposito in cui è dislocato), i pazienti che devono essere trasportati con i relativi indirizzi di partenza e di destinazione, e la descrizione del percorso.

Per risolvere la dimensione tattica del problema, il sistema può essere impiegato in tempo reale, e permette di pianificare sia l'orario delle visite, che il piano di trasporto. L'impiego del sistema di supporto alle decisioni per la dimensione tattica si articola in

due fasi. Nella prima fase, all'arrivo di una nuova richiesta di assistenza e di trasporto, il sistema è utilizzato per definire il solo orario di servizio della nuova richiesta, con l'obiettivo di minimizzare il costo del trasporto di tutte le richieste pervenute fino a quel momento. In pratica, all'arrivo di una nuova richiesta di prenotazione di un servizio di assistenza sanitaria e di trasporto, il sistema determina in tempo reale quale sia il migliore orario di erogazione del servizio (dal punto di vista del costo di trasporto) per la nuova richiesta, tenendo conto delle richieste di prestazioni sanitarie già pervenute, a cui è già stato fissato l'orario. Nella seconda fase, una volta che l'orario di servizio di tutte le richieste è stato definito nell'orizzonte temporale considerato (giornaliero o settimanale, a seconda dei casi), il sistema è utilizzato in modalità operativa: sulla base degli orari delle visite fissate nella fase precedente, il sistema determina un insieme di percorsi assegnati a determinati veicoli, in modo da soddisfare tutte le richieste di servizio e minimizzare il costo complessivo di trasporto. Nella **figura 1**, è riportato uno schema del funzionamento del sistema per la soluzione del problema a livello tattico.

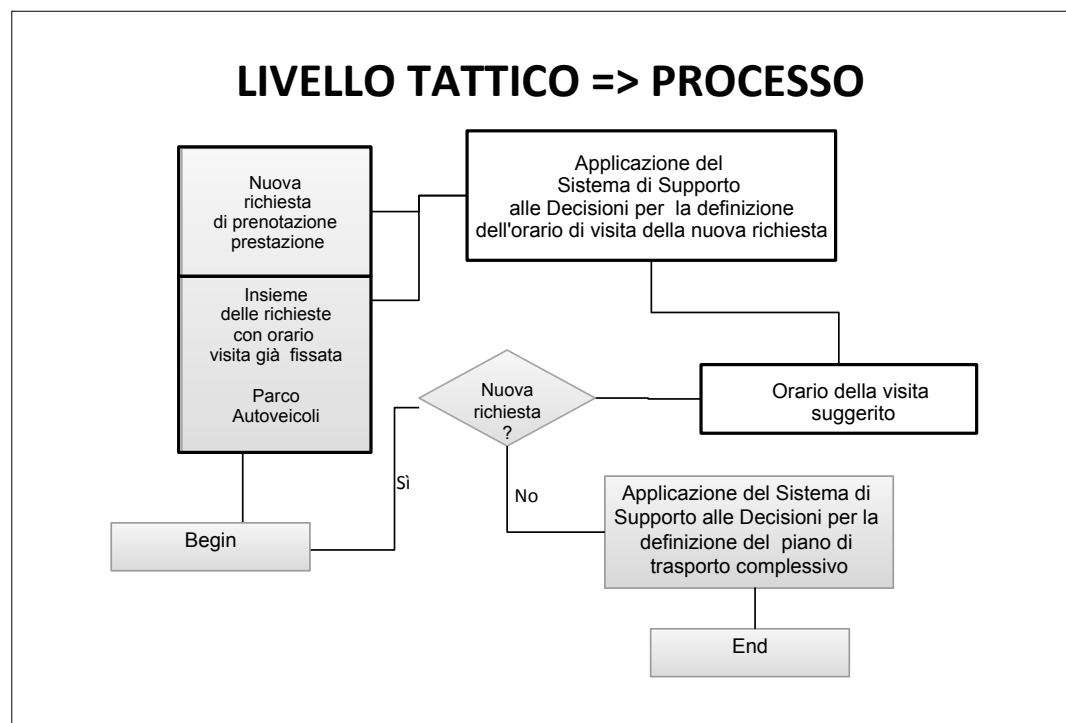


Figura 1
Processo di ottimizzazione
e pianificazione a livello
tattico

5. Risultati

5.1. Case Study: il trasporto sanitario ordinario dell'Asl 11 di Empoli

Il caso di studio presentato in questo paragrafo si riferisce all'applicazione del sistema alla realtà sanitaria dell'Azienda unità sanitaria locale 11 Empoli. Il servizio di trasporto sanitario ordinario dell'Asl 11 Empoli è svolto da 26 associazioni di volontariato (Misericordia, Croce rossa e Pubblica assistenza), le quali dispongono di un parco macchine dislocato sul territorio in 15 comuni e 26 depositi di veicoli per il trasporto ordinario, con un numero totale di 310 veicoli.

L'area territoriale di competenza dell'Asl di Empoli comprende 15 comuni, estesi su una superficie totale di 933.3 kmq, di cui 11 comuni sono in provincia di Firenze (Capraia e Limite, Castelfiorentino, Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli, Fucecchio, Gambassi, Montaione, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci) e 4 comuni in provincia di Pisa (Castelfranco di Sotto, Montopoli in Valdarno, San Miniato e Santa Croce Sull'Arno). Il singolo presidio ospedaliero si articola in 4 sedi, collocate rispettivamente a Castelfiorentino, a Empoli, a Fucecchio e a San Miniato. La popolazione totale assistita è pari a 235.864 abitanti.

Il servizio è stato regolamentato fino al 31/12/2011 dall'Accordo quadro regionale per la regolamentazione dei rapporti tra l'Azienda unità sanitaria e ospedaliera e le associazioni di volontariato del 2004.

Il servizio di prenotazione dei trasporti ordinari è gestito dal personale amministrativo aziendale in raccordo con la Centrale operativa 118 dell'Asl 11. Inoltre, il cittadino ha la possibilità di contattare direttamente l'associazione con la quale intende effettuare il trasporto.

La modalità di gestione del trasporto ordinario attualmente adottata prevede generalmente l'utilizzo dei veicoli per il trasporto di un singolo paziente, che può richiedere per esempio sia il trasporto di andata che di ritorno a/dall'ospedale. Il trasporto multiplo (più pazienti trasportati sullo stesso veicolo) è poco frequente. Le tipologie di servizio richieste sono classificabili in: trasferimento, dimissione, trasporto per indagini, esami, consulenze, terapie e/o diagnosi, trasporto

da domicilio a ospedale e viceversa (per riabilitazione, per dialisi, per chemioterapia o radioterapia). Ciascuna tipologia di servizio è vincolata a essere svolta con specifiche tipologie di mezzo, con attrezzatura installata idonea, ed è caratterizzata dalla necessità o meno di personale di assistenza. Inoltre, non per tutte le tipologie di trasporto sono ammissibili soluzioni di trasporto multiplo. Tali disposizioni possono variare in generale in relazione allo stato di salute del paziente e alla tipologia della prestazione richiesta.

In questo paragrafo sono presentati alcuni risultati preliminari ottenuti applicando il sistema di ottimizzazione proposto su dati storici resi disponibili dall'Asl 11 Empoli. I dati che sono stati utilizzati nelle simulazioni sono quelli relativi ai trasporti dell'anno 2010. Per ciascuna simulazione sono stati confrontati il costo di trasporto realmente sostenuto dalla Asl, indicato nel seguito come «costo reale», e il costo di trasporto ottenuto in simulazione dal sistema proposto, indicato come «costo ottenuto», calcolato utilizzando lo stesso piano tariffario impiegato dalla Asl (la formula utilizzata è riportata nel § 4).

I test svolti sono suddivisi in due gruppi principali, uno per il livello tattico e l'altro per il livello operativo. I test sono definiti su scenari che differiscono per la domanda da soddisfare, cioè per l'insieme di richieste di servizio, e per le risorse, cioè la composizione del parco macchine disponibile per il trasporto ordinario. Sulla base di questi dati, il sistema di ottimizzazione produce, come output finale, un piano di trasporto ordinario.

I test si differenziano, quindi, per dimensione (numero di richieste di trasporto e parco macchine considerato) e per tipologia di problema da risolvere (problema al livello tattico o operativo). Il parco macchine utilizzato in ciascun test, definito sia dal numero che dalla tipologia di mezzi utilizzabile, è costituito da un sottoinsieme delle risorse realmente disponibili. Questa scelta restrittiva è stata effettuata per valutare il comportamento del sistema in condizioni peggiori rispetto al caso reale.

Il sistema di supporto alle decisioni è stato sviluppato nel linguaggio di programmazione C++. Il *solver* utilizzato per la risoluzione dei problemi di programmazione lineare e intera è CPLEX.

Simulazioni del sistema di pianificazione a livello tattico

Le simulazioni svolte per la valutazione delle performance dell'algoritmo a livello tattico (il cui schema è riportato nella figura 1) sono state condotte, così come a livello operativo, a partire dai dati storici della struttura sanitaria analizzata. In questo caso, l'*input* è definito dal parco macchine e da due sottoinsiemi di richieste:

1) il primo comprende tutte le richieste con insieme informativo completo, ossia per le quali l'orario della prestazione sanitaria è già determinato. Nelle simulazioni questo insieme consta di sedici richieste. A tale insieme sarà aggiunta di volta in volta una nuova richiesta di servizio appartenente al secondo sottoinsieme;

2) il secondo sottoinsieme di richieste di servizio (*pool* delle prenotazioni) comprende le nuove richieste di prestazioni sanitarie ancora non prenotate. Per tali richieste deve essere stabilito sia l'orario che la modalità del trasporto.

Il processo di simulazione procede effettuando più iterazioni in cascata, nel modo seguente:

1) selezione, dal *pool* delle prenotazioni, di una richiesta di servizio di un nuovo paziente;

2) esecuzione dell'algoritmo di ottimizzazione per la definizione degli orari della prestazione sanitaria del nuovo paziente (tenendo conto degli orari delle prestazioni già fissate);

3) esecuzione dell'algoritmo di ottimizzazione per la definizione della modalità di trasporto del nuovo paziente e del piano giornaliero di trasporto aggiornato.

I risultati sperimentali riportati per questo livello si riferiscono a una serie di 5 iterazioni, con un numero crescente di richieste di servizio da pianificare, da 16 a 24. Il parco macchine considerato comprende 24 veicoli, dislocati in 5 sedi geografiche. La **tabella 1** ne riporta le caratteristiche.

Nella **figura 2** sono riportati i risultati relativi all'andamento dei costi reali e di quelli ottenuti in simulazione per l'intera serie (riportata nella tabella 2), all'arrivo delle nuove richieste di servizio da pianificare. A tal fine sono riportati per ciascun test:

1) costo reale: i costi realmente sostenuti (dedotti dai dati storici) per la soddisfazione di ciascun gruppo di richieste di servizio, calcolati sulla base del piano tariffario vigente;

2) costo ottenuto: i costi del piano di trasporto ottenuto dal sistema di ottimizzazione proposto, calcolati sulla base del piano tariffario vigente.

Dalla figura 2 si osserva una riduzione percentuale media del costo di trasporto del 20,49 %, con un valore massimo del 23,31% e minimo del 16 %.

Simulazioni del sistema di pianificazione a livello operativo

Dai dati reali disponibili relativi al primo semestre del 2010, sono stati definiti tredici test. Nella **tabella 2** ne sono riportate le principali caratteristiche.

Nella **figura 3** sono mostrati i risultati di riepilogo dei test svolti per il livello operativo. A tal fine sono riportati, per ciascun test, i costi realmente sostenuti (costo reale) e i costi che sarebbero stati sostenuti qualora fosse stato utilizzato il sistema di ottimizzazione proposto (costo ottenuto).

Si noti che il risparmio di costo ottenuto con l'impiego del sistema di ottimizzazione proposto è considerevole, in media del 29% e con un valore massimo di riduzione dei costi del 40%.

6. Conclusioni

Nel lavoro presentato in questo articolo viene proposto un sistema di supporto alle decisioni per la gestione e l'organizzazione del trasporto sanitario ordinario. Il modello di ottimizzazione proposto consente di migliorare le performance del sistema in termini di riduzione dei costi, garantendo

Tabella 1
Caratteristiche dei test
per il livello tattico

Test	Numero richieste di servizio	Tipologie di veicolo	Numero depositi	Numero veicoli
1	16	8	5	24
2	18	8	5	24
3	20	8	5	24
4	22	8	5	24
5	24	8	5	24

Figura 2

Risultati sperimentali. Riduzione del costo di trasporto a livello tattico

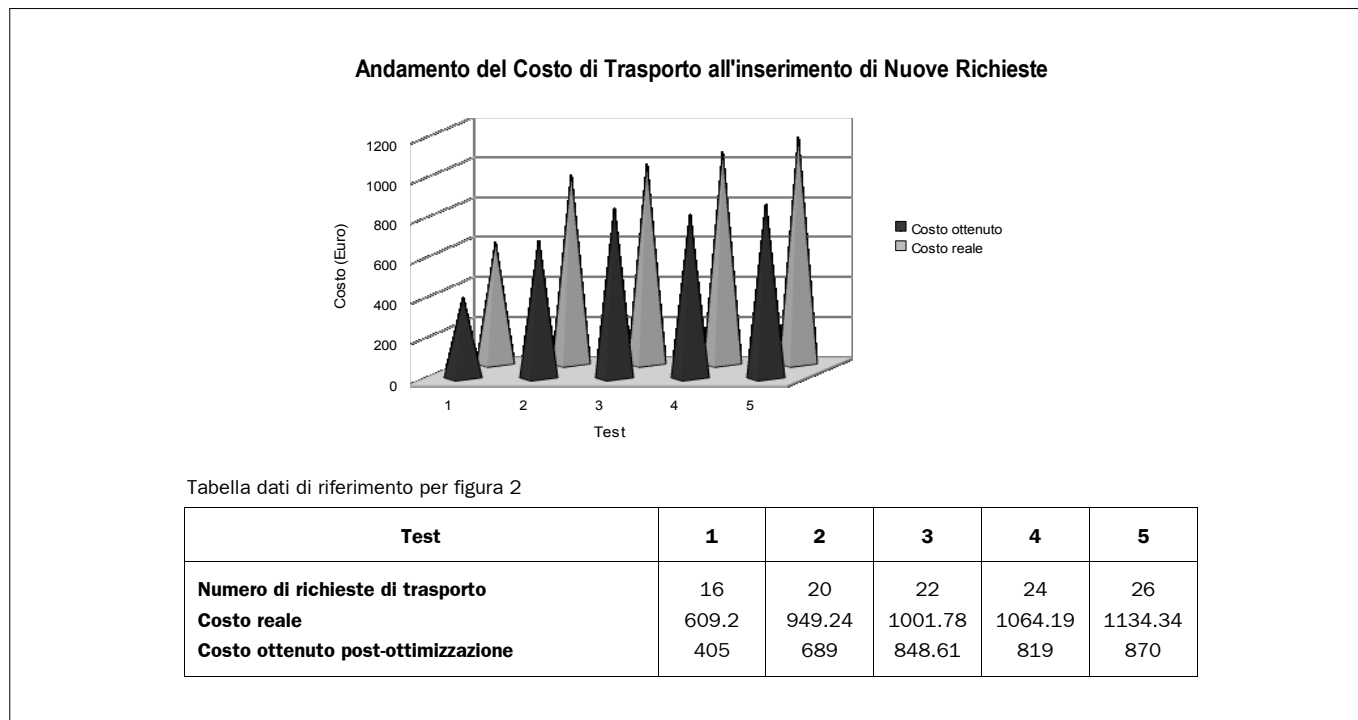


Tabella 2

Caratteristiche dei test sperimentali

la qualità del servizio offerto al paziente. In particolare, permette di controllare i tempi di attesa dei pazienti e la durata dei servizi di trasporto. Le simulazioni condotte su dati reali evidenziano che le soluzioni ottenute con il sistema di ottimizzazione permettono di

Test	Numero di richieste di servizio	Numero di depositi	Numero di veicoli
1	22	5	57
2	13	5	31
3	26	5	57
4	26	5	31
5	26	4	31
6	56	6	56
7	20	5	57
8	19	5	57
9	17	5	57
10	16	11	35
11	16	5	24
12	16	4	10
13	20	5	8

ottenere piani di trasporto a costo inferiore, rispetto a quelli utilizzati realmente, e riducono il numero di veicoli complessivamente impiegati. Infine, i tempi di calcolo necessari per la produzione dei piani (alcune decine di secondi) sono sufficientemente brevi da poter utilizzare i modelli per eseguire analisi di tipo *what-if*, o per ricalcolare i piani a fronte di eventi imprevisti. Lo studio indica due possibili linee di intervento per la riduzione dei costi di trasporto:

1) favorire il coordinamento tra le associazioni che gestiscono i mezzi di trasporto (per esempio, attraverso l'istituzione di una unità centrale di programmazione);

2) integrare la definizione dei piani di trasporto con la pianificazione dell'orario delle visite.

Gli sviluppi del seguente lavoro riguarderanno principalmente attività di miglioramento degli algoritmi e la verifica dell'integrazione del sistema proposto con i sistemi *software* e *hardware* delle aziende sanitarie.

Figura 3

Risultati sperimentali. Riduzione del costo di trasporto a livello operativo

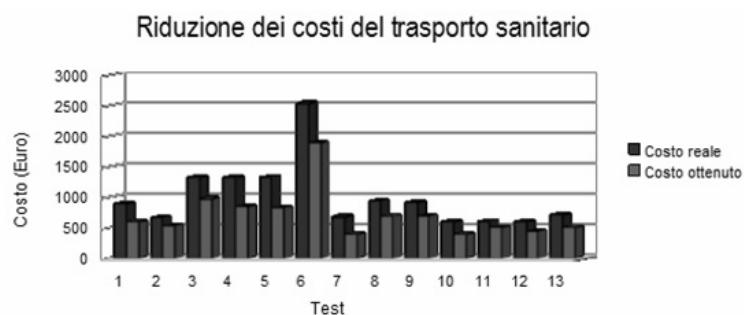


Tabella dati di riferimento figura 3

Test	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Tempo di calcolo (sec)	180	232	431	246	229	1400	10	420	1	121	139	889,5	33
Costo reale	899	667	1334	1334	1334	2540	682	943	915,3	609	609	609	724
Costo ottenuto	609	533	977,4	845,24	831	1893	405	702	688	405,5	509	440	518
Riduzione % del costo di trasporto	32,2	20	26,73	36,64	37,71	25,4	40,6	25,5	24,8	33,40	16,4	27,7	28,45

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

- AGNETIS A., COPPI A., CORSINI M., DELLINO G., MELONI C., PRANZO M. (2012), «Long term evaluation of operating theater planning policies», *Operations Research for Health Care*, 1 (4), pp. 95-104.
- BAKER M., TAYLOR I., MITCHELL A. (2009), *Making hospitals work*, Lean Enterprise Academy, Goodrich, UK.
- BEGUR S.V., MILLER D.M., WEAVER J.R. (1997), «An Integrated Spatial DSS for Scheduling and Routing Home-Health-Care Nurses», *Interfaces*, 27 (4), pp. 35-48.
- BELIËN J., DEMEULEMEESTER E., CARDOEN B. (2009), «A decision support system for cyclic master surgery scheduling with multiple objectives», *Journal of Scheduling*, 12 (2), pp. 147-161.
- BRANDEAU M.L., SAINFORT F., PIERSKALLA W.P. (2004), *Operations Research and Health Care: A Handbook of Methods and Applications*, International Series in Operations Research & Management Science, vol. 70.
- BRÄYSY O., DULLAERT W. (2003), «A Fast Evolutionary Metaheuristic for the Vehicle Routing Problem with Time Windows», *International Journal on Artificial Intelligence Tools*, 12 (2), pp. 153-172.
- CARDOEN B., DEMEULEMEESTER E., BELIËN J. (2010), «Operating room planning and scheduling: A literature review», *European Journal of Operational Research*, 201 (3), pp. 921-932.
- CHASE R.B., JACOBS R.F., GRANDO A., SIANESI A. (2012), *Operations Management nella produzione e nei servizi*, Mc Graw-Hill, III ed.
- CONFORTI D., GUERRIERO F., GUIDO R., VELTRI M. (2011), «An optimal decision-making approach for the management of radiotherapy patients», *OR Spectrum*, 33 (1), pp. 123-148.
- DUMAS Y., DESROSNIERS J., SOUMIS F. (1991), «The Pickup and Delivery Problem with Time Windows», *European Journal of Operational Research*, 54 (1), pp. 7-22.
- GILMORE P.C., GOMORY R.E. (1961), «A linear programming approach to the cutting stock problem», *Operations Research*, 9 (6), pp. 849-859.
- GILMORE P.C., GOMORY R.E. (1963), «A linear programming approach to the cutting stock problem - part II», *Operations Research*, 11 (6), pp. 863-888.
- LIU F.F., SHEN S.Y. (1999), «A route-neighborhood-based metaheuristic for vehicle routing problem with time windows», *European Journal of Operational Research*, 118 (3), pp. 485-504.
- LU Q., DESSOUKY M.M. (2004), «An Exact Algorithm for the Multiple Vehicle Pickup and Delivery Problem», *Transportation Science*, 38 (4), pp. 503-514.
- OZCAN Y.A. (2008), *Health care benchmarking and performance evaluation*, International Series in Operations Research & Management Science, vol. 120.
- PARRAGH S.N., CORDEAU J.F., DOERNER K.F., HARTL R.F. (2012), «Models and algorithms for the heterogeneous Dial-a-Ride problem with Driver relative constrained», *OR Spectrum*, 34, pp. 593-633.
- RÖPKE S., CORDEAU J.F. (2009), «Branch and Cut and Price for the Pickup and Delivery Problem with Time Windows», *Transportation Science*, 43 (3), pp. 267-286.
- RÖPKE S., CORDEAU J.F., LAPORTE G. (2007), «Models and branch-and-cut algorithms for pickup and delivery problems with time windows», *Networks*, 49 (4), pp. 258-272.
- SAVELSBERGH M.W.P., SOL M. (1998), «DRIVE: Dynamic Routing of Independent VEHICLES. Operations Research», *Operations Research*, 46 (4), pp. 474-490.
- SASSANO A. (1999), *Modelli e Algoritmi della Ricerca Operativa*, Franco Angeli, Milano.
- SHEN Z., ORDONEZ F., DESSOUKY M. (2009), «A two-stage vehicle routing model for large-scale bioterrorism emergencies», *Networks*, 54(4), pp. 255-269.
- TOTH P., VIGO D. (2002), *The Vehicle Routing Problem*, Monographs on Discrete Mathematics and its Applications, SIAM.
- VISSERS J.M.H., BERTRAND J.W.M., DE VRIES G. (2001), «A framework for production control in health care organizations», *Production Planning & Control*, 12 (6), pp. 591-604.
- WOLSEY L.A. (1998), *Integer Programming*, John Wiley & Sons.

Elenco delle sigle

- Asl Azienda sanitaria locale
 A.O. Azienda ospedaliera
 PDP Pickup and Delivery Problem
 PDPTW Pickup and Delivery Problem with Time Windows
 Pil Prodotto interno lordo
 Pli Programmazione lineare intera
 VRP Vehicle Routing Problem

La rete della post-acuzie: un sistema di continuità di cura ospedale-territorio dell'area bolognese

MASSIMO ANNICCHIARICO, MARILINA COLOMBO, ADALGISA PROTONOTARI

This project of organizational innovation, ongoing in the Bologna Local Health Trust, aims to ensure the continuity of the care by means of the networking of health, social, and care resources and the outward patient management from acute divisions according to appropriateness criteria. Within the post-acute metropolitan network was developed a logical model, which ensures clinical, organizational, logistic integration and information communication technology. Such model is able to align strategies and goals, to share information, professional approaches and resources, as well as to establish collaboration among the sectors of cure and care assistance. A significant shortening in waiting time for transferring to intermediate care hospital beds was achieved. A second result was a higher efficiency of post-acute services on a metropolitan scale. Finally, the appropriateness of the choice of the clinical-assistance setting, compared to the needs of the patients, was improved.

Keywords: intermediate care, bed management, post-acute, patient discharge, operations management

Parole chiave: cure intermedie, bed management, post-acuzie, patient discharge, operations management

Note sugli autori

Azienda USL di Bologna
Massimo Annicchiarico, Direttore Sanitario
Marilyna Colombo, Dirigente Medico di Direzione Sanitaria
Adalgisa Protonotari, Direttore UOC Programmazione Sanitaria

1. Premessa

Stiamo assistendo in questi anni a un cambio di paradigma dell'assistenza sanitaria. Fattori di discontinuità sul piano epidemiologico, socio-demografico, culturale e di disponibilità di risorse introducono tensioni nuove nel sistema e orientano le scelte organizzative delle Aziende sanitarie verso:

a) il superamento dello schema tradizionale dell'offerta ospedale-territorio, in favore di un sistema maggiormente articolato, integrato verticalmente e orizzontalmente, proporzionale ed equilibrato fra centralizzazione e prossimità;

b) l'interesse crescente per le necessità di sviluppo dell'*intermediate care* e per le forme di integrazione socio-sanitaria, coerentemente con l'andamento della piramide demografica e l'evoluzione dei bisogni;

c) l'organizzazione delle cure focalizzata sulla centralità del paziente, sul fabbisogno e la complessità clinico-assistenziale;

d) il processo di cura orientato alla continuità delle fasi d'intervento, in una logica di percorso trasversale che supera i confini delle unità operative, delle discipline e dei dipartimenti;

e) la valorizzazione del ruolo delle professioni che diventano protagoniste di un'organizzazione strutturata per processi produttivi e che tende ad autonomizzare la dimensione assistenziale e di supporto (del Vecchio, 2011);

f) la maggiore attenzione alla razionalità dei processi operativi e all'organizzazio-

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il contesto
3. Il modello di riferimento per le dimissioni ospedaliere
4. La rete della post acuzie metropolitana
5. I risultati
6. Conclusioni

ne del processo produttivo secondo logiche *lean*.

L'integrazione delle cure, organizzate allo scopo di ricomporre risposte unitarie ai bisogni, recuperando una visione olistica della persona, e la riprogettazione dei contesti clinico-assistenziali, allo scopo di evitare ridondanze e sovrapposizioni di offerta, funzionali solo alle organizzazioni, ancora progettate sulla ripartizione dei saperi, rappresentano le premesse per attuare il cambiamento.

Le organizzazioni si orientano così a rimettere al centro le esigenze del paziente, creando assetti d'integrazione orizzontale delle discipline (percorsi di cura) per realizzare condizioni di accessibilità, continuità e appropriatezza delle cure, in spazi e tempi compatibili con i bisogni.

La gestione delle dimissioni difficili rende necessario affrontare il tema del *bed management*, incrociando tutte le opportunità che il sistema di *welfare* mette a disposizione, nella consapevolezza che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti e che «la salute è l'esito delle relazioni tra sistemi in cui è inserita la persona, fra questi la sanità e il sociale sono quelli per cui l'integrazione è essenziale per le forti interconnessioni e la difficoltà di distinguere il livello di separazione» (Ricci, 2012).

È ormai acquisito che gli ospedali rappresentano il luogo per la gestione del paziente acuto e che il domicilio è la sede elettiva per la gestione del paziente con patologia cronica. Diventa, dunque, quanto mai necessario riposizionare all'interno del sistema il ruolo dei *setting* di cura, creando le condizioni per trasferire, quando possibile, la casistica dalla degenza ordinaria per acuti al sistema delle cure intermedie o all'assistenza domiciliare, realizzando una sorta di *upgrading* dei regimi clinico-assistenziali.

Suscita per questo grande interesse la rete delle cure intermedie, che rappresenta un prezioso bacino per il deflusso dai reparti per acuti di pazienti non ancora completamente stabili o per i quali è opportuno un programma riabilitativo intensivo non sostenibile a domicilio, spesso a causa di un tessuto sociale e familiare non adeguato a sostenere le problematiche del paziente.

La continuità clinico-assistenziale, che rappresenta l'*asset* da garantire sia vertical-

mente (*setting*) che orizzontalmente (discipline), non può essere presidiata contando sulla sensibilità del singolo operatore o della singola unità operativa, ma sviluppando una consapevolezza diffusa in tutta l'organizzazione della necessità di tale valore. L'utilizzo, in un'ottica sistemica, di strumenti quali le reti clinico-assistenziali, i percorsi diagnostico-terapeutici e le soluzioni di ICT per l'integrazione dei processi sanitari e socio-sanitari, permette di integrare conoscenza, informazioni, competenze, approcci e metodi di lavoro, facilitando la standardizzazione dei meccanismi di presa in carico e la ritenzione in trattamento.

L'Azienda Usl di Bologna ha inteso affrontare il tema della continuità delle cure e della gestione efficiente delle risorse disponibili nell'area delle *intermediate care*, concentrando la propria attenzione su alcune priorità:

- garanzia dell'equità nell'accesso alle cure intermedie;
- gestione razionale del flusso in uscita dai reparti di degenza per acuti, attraverso il governo unitario, trasparente ed efficiente della rete della post-acuzie metropolitana;
- proporzionalità e gradualità dei differenti *setting* di cura e assistenza;
- prevenzione del problema del *bed blockers*.

È, quindi, stato progettato e realizzato un sistema logico di continuità di cura che, all'interno dell'area metropolitana di Bologna, assicura la messa in rete di risorse/opportunità sanitarie, sociali, assistenziali per il governo dei flussi di degenti in uscita dai reparti di ricovero per acuti verso i reparti di lungodegenza e riabilitazione, secondo criteri di appropriatezza per intensità di cura.

2. Il contesto

L'Azienda Usl di Bologna è una delle più grandi aziende sanitarie territoriali del Paese (2.914 Km² distribuiti su 50 Comuni), con una popolazione di 866.294 abitanti e un indice d'invecchiamento (23,8%) superiore a quello regionale (22,5%) e a quello nazionale (20,3%). La popolazione ultrasessantacinquenne è aumentata del 9,9% negli ultimi dieci anni e dell'1,7% nell'ultimo anno; la

crescita riguarda, in particolare, gli ultraottantenni che nell'ultimo decennio hanno avuto un incremento del 34%. L'invecchiamento della popolazione residente, e di conseguenza l'aumento delle persone con pluripatologie di tipo cronico, sta determinando un impatto rilevante sull'utilizzo dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri. Sono, quindi, necessarie nuove strategie organizzative per poter rispondere ai bisogni del cittadino, mantenendo standard di elevata qualità, adeguati al mutare delle condizioni sociali, economicamente sostenibili.

Il territorio dell'Azienda Usl di Bologna ha un'offerta ospedaliera elevata, che copre la quasi totalità delle discipline e rappresenta un riferimento anche a livello nazionale: nove ospedali gestiti direttamente dall'Azienda (1.818 pl), il Policlinico S. Orsola-Malpighi dell'Azienda ospedaliero-universitaria (1.622 pl), l'Istituto ortopedico Rizzoli (327 pl) e undici Case di cura private accreditate (1.076 pl). Dei complessivi 4.843 posti-letto, 716 (14,8%) sono dedicati alla post-acuzie: 425 (8,8%) alla lungodegenza/riabilitazione estensiva (200 pl pubblici e 225 pl privati)

e 291 (6,0%) alla riabilitazione intensiva (130 pl pubblici e 161 pl privati) (tabella 1 e figura 1).

Nel 2012 le strutture ospedaliere pubbliche e private del territorio hanno effettuato 191.723 ricoveri (133.328, 69,5% residenti); il 6,6% dei pazienti, prima del rientro a domicilio, è stato trasferito in Unità operative dedicate alle cure intermedie.

La pressione sui servizi di emergenza urgenza resta elevata, determinando affollamento soprattutto in area internistica e traumatologica e un'ospedalizzazione in regime ordinario superiore a quella media regionale (TOS 132,80‰ vs. 127,39‰ RER) anche se il tasso di ospedalizzazione si è progressivamente ridotto fino a essere oggi quasi, in linea con quello della Regione Emilia Romagna (TOS 170,23‰ vs. 169,03‰ RER).

All'interno del sistema sanitario bolognese si sta progressivamente definendo una programmazione congiunta dei servizi e delle attività, cercando di costruire una rete di relazioni che ricerca coerenze, sinergie e complementarità per un'equa distribuzione

Tabella 1
Posti-letto ospedalieri sul territorio dell'Azienda Usl di Bologna. Confronto anni 2009 e 2012

	2009				2012			
	TOTALI	di cui LD	di cui RE	di cui RI	TOTALI	di cui LD	di cui RE	di cui RI
AZIENDA USL DI BOLOGNA	1.823	141	-	42	1.818	146	8	36
MAGGIORE	721	30	-	17	712	30	-	17
BELLARIA	361	30	-	3	372	30	-	3
BAZZANO	83	6	-	-	83	8	-	-
PORRETTA	84	10	-	-	84	9	-	-
VERGATO	76	8	-	-	75	8	-	-
LOIANO	38	21	-	-	38	21	-	-
BENTIVOGLIO	195	20	-	-	195	20	-	-
BUDRIO	116	16	-	6	110	20	8	-
S. GIOVANNI IN P.	149	-	-	16	149	-	-	16
AOSPU BOLOGNA	1.716	86	-	73	1.622	46	-	73
IOR	343	-	-	21	327	-	-	21
TOT PUBBLICO	3.882	227	-	136	3.767	192	8	130
TOT PRIVATO	892	175	50	159	1.076	175	50	161
TOTALE	4.774	402	50	295	4.843	367	58	291



Figura 1

Dislocazione geografica delle strutture di post-acute con PL a disposizione CeMPA

di servizi, un utilizzo efficiente delle risorse e un'assistenza di qualità.

3. Il modello di riferimento per le dimissioni ospedaliere

Un primo ambito d'intervento ha riguardato la definizione di un modello di riferimento in grado di dare continuità al processo di cura, una volta superata la fase ospedaliera acuta.

Il modello individua tre possibili percorsi verso la dimissione:

1) paziente stabilizzato che può rientrare a casa e non ha bisogno di sostegno sociale o sanitario a domicilio: dimissione al Medico di medicina generale, programmazione e prenotazione esami e visita di controllo, se necessari;

2) paziente stabilizzato che può rientrare a casa, ma ha bisogno di una protezione sanitaria e/o di sostegno sociale a domicilio: dimissione al Medico di medicina generale, programmazione e prenotazione esami e vi-

site di controllo e attivazione dei servizi sociali o sanitari per la presa in carico a domicilio e la continuità delle cure;

3) paziente instabile o che necessita di un trattamento riabilitativo ospedaliero prima della dimissione: trasferimento in unità operative dedicate alla post-acuzie.

I percorsi in uscita dall'ospedale hanno richiesto l'avvio di alcuni interventi di miglioramento sul piano dell'integrazione delle informazioni, della garanzia della presa in carico a domicilio e della continuità assistenziale e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse, in particolare:

- la comunicazione fra l'ospedale e il Medico di medicina generale è stata sviluppata attraverso la standardizzazione, informatizzazione di un format condiviso di lettera di dimissione dai reparti e l'utilizzo di tutte le funzionalità della rete regionale SOLE¹ per l'interconnessione dei Mmg;

- la presa in carico a domicilio, a partire dal 2007, è stata sostenuta attivando in ogni Distretto dell'Azienda Usl una Centrale di continuità ospedale e territorio (CCOT), che mette in rete i nove ospedali dell'Azienda Usl e l'area medica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna e i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio dell'intera area metropolitana. La CCOT attiva i servizi distrettuali e comunali (servizio sociale del Comune) per i ricoverati che necessitano di un progetto di dimissione protetta personalizzato e integrato, verifica e presidia, attraverso un costante monitoraggio, l'effettiva presa in carico del paziente e aggiorna il registro dei pazienti a rischio di ricovero o re-ospedalizzazione precoce (Annicchiarico, 2010);

- la continuità assistenziale, soprattutto nella gestione di patologie complesse che necessitano di un'elevata integrazione multi-professionale e multi disciplinare, è stata assicurata attraverso la progettazione di percorsi di presa in carico aziendali o interaziendali (PDTA), specifici per patologia, in corso di progressiva attivazione (oggi ne sono attivi 20);

- il tema delle cure intermedie è, invece, stato affrontato attraverso la progettazione della «Rete della post-acuzie metropolitana», creata allo scopo di ottenere la massima effi-

cienza nella gestione dei posti-letto dedicati alle cure intermedie (Lungodegenza, Riabilitazione estensiva e intensiva, Casa residenza per anziani a elevata intensità assistenziale) ed evitare risposte asimmetriche rispetto ai bisogni.

4. La rete della post-acuzie metropolitana

Il progetto della «Rete della post-acuzie metropolitana», avviato nel 2009, ha affrontato il problema della mancanza di flessibilità del meccanismo di accesso ai letti dedicati alla post-acuzie nell'area bolognese: ciascuna azienda pubblica disponeva, infatti, di un utilizzo pressoché esclusivo di una quota contingentata di propri letti di lungodegenza e riabilitazione e aveva la possibilità di trasferire un numero predefinito settimanale di pazienti sui letti per post acuti delle Case di cura private accreditate. Questa rigida ripartizione delle disponibilità di trasferimento sul privato, rendeva il sistema scarsamente efficiente e generava:

a) alti costi di transazione fra interlocutori pubblici, *competitors* nella ricerca di risorse scarse e con rischio di uso opportunistico dei letti e di scelta inappropriata del *setting* assistenziale per i pazienti in dimissione dalla fase acuta;

b) allungamento della degenza media nei reparti per acuti degli ospedali pubblici e conseguente sovraffollamento, con possibile riduzione dell'attività chirurgica per mancanza di posti-letto;

c) rischio di dimissione anticipata del paziente per rispondere alla pressione del pronto soccorso, senza aver creato le condizioni favorevoli al suo rientro al domicilio, determinando così discontinuità nella risposta socio-assistenziale e rischio di re-ricovero nel breve periodo;

d) difficoltà del paziente ad accedere a un percorso riabilitativo per recuperare l'autonomia antecedente al ricovero e minimizzare gli esiti invalidanti, con possibile aumento dei costi sociali conseguenti.

Era, quindi, necessario attivare meccanismi di gestione coordinati tra le aziende per l'utilizzo comune e appropriato delle disponibilità di letti di cure intermedie

offerti dall'intero sistema bolognese. Le linee-guida presenti in letteratura indicano la Lungodegenza (LD) come il *setting* assistenziale più appropriato per i pazienti che, pur avendo superato la fase acuta, hanno ancora un bisogno prevalentemente clinico internistico. La Riabilitazione è indicata per i pazienti che devono recuperare l'autonomia antecedente al ricovero e hanno necessità di un percorso riabilitativo non sostenibile a domicilio o in ambulatorio. La riabilitazione intensiva (RI) è indicata per il paziente che è in grado di sostenere, un trattamento intensivo (almeno tre ore al giorno) traendone vantaggio e richiede un approccio multi-professionale (es. fisioterapista e logopedista) coordinato. La Casa residenza per anziani (CRA) a elevata intensità assistenziale risponde al bisogno dei cittadini anziani, che non possono rientrare a casa perché presentano gradi di deterioramento cognitivo significativi o scarsi livelli di autonomia e non hanno una rete sociale in grado di sostenerli al domicilio, o sono in attesa di una collocazione stabile in una residenza protetta. In tutte le strutture, l'assistenza deve essere basata sul lavoro in *team* (infermiere, medico, operatore socio-sanitario, assistente sociale, fisioterapista, ...) e sulla garanzia della continuità assistenziale intra ed extra-ospedaliera. L'accesso ai letti di lungodegenza e riabilitazione estensiva è riservato esclusivamente al trasferimento di pazienti ricoverati in un reparto per acuti, quindi, non vi si può accedere direttamente dal domicilio.

Il progetto è stato sviluppato dall'Azienda Usl di Bologna insieme all'Azienda ospedaliero-universitaria S. Orsola Malpighi, alle otto Case di cura private accreditate che disponevano di letti di lungodegenza e riabilitazione e ad alcune Case residenza per anziani (CRA) a elevata intensità clinico-assistenziale. Nel gennaio 2012 anche l'Istituto ortopedico Rizzoli è stato coinvolto nel progetto.

Il coordinamento del gruppo di progetto, è stato assegnato a un Coordinatore infermieristico dell'Azienda Usl. Il *project team* era composto dalle seguenti professionalità: fisiatra, geriatra, fisioterapista, medico di direzione ospedaliera, *case manager* esperto in gestione della cronicità, direttore di distretto e informatico.

Attraverso l'identificazione di strumenti operativi, professionali e tecnici, funzionali alla gestione del sistema complesso delle cure intermedie, si voleva:

- migliorare l'appropriatezza del *setting* assistenziale, sia qualificando per area specialistica alcuni posti-letto di lungodegenza, che nel tempo hanno acquisito un ruolo generalista a supporto dei reparti di medicina per acuti, sia differenziando l'utilizzo dei letti di lungodegenza, riabilitazione estensiva e riabilitazione intensiva rispetto a specifici profili di pazienti, individuati in base al bisogno clinico, riabilitativo e assistenziale, sia limitando l'utilizzo dei letti di *intensive care* alla fase acuta;
- ridurre il *mismatch* fra tipologia di bisogno (pazienti fragili, *frequent-users*, cronici riacutizzati, problematiche socio-sanitarie) e tipologia di risposta;
- rispondere alla varianza dell'afflusso ospedaliero, particolarmente critico nel periodo invernale;
- far fronte alle dimissioni difficili (*bed blockers*), generate dalla sempre più frequente coesistenza di cronicità, comorbidità, fragilità socio-sanitaria e non autosufficienza;

– migliorare l'efficienza nell'utilizzo dei posti-letto di cure intermedie, evitando di lasciare posti inutilizzati e, di conseguenza, ottimizzare l'uso dei reparti ospedalieri per acuti, con riduzione della degenza media e aumento dell'indice di rotazione.

Il progetto si proponeva, quindi, di standardizzare le relazioni utili per la messa in rete di risorse, strumenti e opportunità assistenziali, declinate per livello di bisogno, rafforzare la condivisione professionale, creare connessioni, allineamento e collaborazione tra i settori delle cure (*cure*) e dell'assistenza (*care*), cogliendo le opportunità offerte dal sistema di informatizzazione della rete socio-sanitaria metropolitana (sistema *Garsia Welfare Engineering*) già attivo (figura 2).

Nella progettazione si è tenuto conto dei *driver* di valore già presenti nella rete bolognese:

- cultura tesa a condividere, in area metropolitana, visioni, approcci, comportamenti, strumenti e uso delle risorse;
- valorizzazione delle competenze e motivazione dei professionisti disponibili a investire nell'innovazione organizzativa;

Figura 2

Menu principale del sistema multi modulare Garsia.We



– *partnership* consolidata del privato accreditato;

– sistema informativo, unico, evoluto per la gestione dei servizi residenziali e domiciliari (*Garsia.We*), che interconnette le risorse della rete di tutto il territorio aziendale: Comuni, Distretti, Ospedali, Strutture residenziali.

Le modalità di intervento utilizzate per il perseguimento degli obiettivi prefissati si ispirano al pensiero *lean*, che punta a semplificare il percorso del paziente, eliminando quelle attività che non creano valore né per il paziente, né per l'organizzazione (Jones, Mitchell, 2006). A partire dall'assunto teorico che il buon funzionamento di un'organizzazione sanitaria dipende, oltre che dalle competenze professionali, anche dall'organizzazione del processo produttivo, attraverso l'uso di strumenti e tecniche tipici dell'*operations management*, il progetto ha concentrato l'interesse sulla dimensione operativa dei processi clinico-assistenziali, nella consapevolezza che ogni cambiamento della logistica deve garantire il più appropriato e sicuro percorso di cura per il paziente (Bensa, 2010).

Il progetto è stato disegnato operando su alcune leve di cambiamento:

– introduzione di strategie di *bed management* basate su elaborazione precoce di piani di dimissione, cooperazione fra servizi, strumenti di flessibilità a compensazione della varianza dell'afflusso;

– costruzione di un unico modello logico d'integrazione clinica/organizzativa/logistica e informativo-informatica in grado di configurarsi come piattaforma operativa multidimensionale per la gestione dei flussi dai reparti per acuti;

– crescita di competenze professionali e di relazione come interfaccia fra le aree per acuti e post-acuzie;

– sviluppo di una consapevolezza diffusa in tutta l'organizzazione del valore del concetto di continuità di cura e della cultura della comunicazione con il malato, la famiglia e fra i professionisti.

L'obiettivo principale era quello di implementare un unico sistema organizzato per la programmazione, gestione e monitoraggio

degli accessi nelle unità operative dedicate alla post-acuzie e delle successive dimissioni, attraverso la creazione di un team di *bed managing*.

Pertanto si è concordato che l'elemento centrale del progetto fosse l'attivazione di un punto unico – denominato Centrale metropolitana della post-acuzie (CeMPA) – per la gestione unitaria dei trasferimenti dai reparti per acuti degli ospedali pubblici presenti sul territorio dell'Azienda Usl di Bologna ai reparti dedicati alla post-acuzie.

Nella fase di avvio sono stati messi in rete 221 posti-letto delle otto Case di cura, di cui 153 di Lungodegenza, 38 di Riabilitazione estensiva e 30 di Riabilitazione intensiva e 23 posti-letto attivati all'uopo su alcune Casa residenza per anziani a elevata intensità assistenziale per un totale di 244 posti-letto. A partire dall'anno 2010, i letti di lungodegenza e riabilitazione estensiva e intensiva dell'Azienda Usl sono progressivamente entrati nell'offerta messa a disposizione della centrale e nel 2012 anche l'Istituto ortopedico Rizzoli è entrato nel progetto, mettendo a disposizione del sistema CeMPA le proprie disponibilità di invio sui letti di post-acuzie del privato. Nel 2012 la CeMPA ha, pertanto, potuto disporre di 393 posti-letto, di cui 259 presso gli Ospedali privati accreditati, 108 presso i sette Ospedali di prossimità dell'Azienda Usl di Bologna, 26 in CRA. Il 62,3% dei posti-letto è in Lungodegenza (245), il 16,3% in Riabilitazione intensiva (64 pl), il 14,8% in Riabilitazione estensiva (58 pl) e il 6,6%, presso la CRA (**tabella 2**).

La CeMPA è oggi di fatto lo strumento organizzativo che consente, attraverso il governo della lista d'attesa, l'accesso equo e trasparente al sistema delle cure intermedie, ricercando il più efficiente equilibrio fra dinamica dei flussi di domanda e disponibilità di posti-letto.

Al fine di governare in modo appropriato ed efficiente il percorso di dimissione e rientro a domicilio del paziente, la Centrale, tramite un unico sistema informativo (*Garsia.WE*), è collegata via web alle unità operative ospedaliere pubbliche, alle case di cura private, e alle sei CCOT dell'Azienda Usl (**figura 3**).

Le richieste di trasferimento dai reparti per acuti alla post-acuzie arrivano via web alla Centrale che:

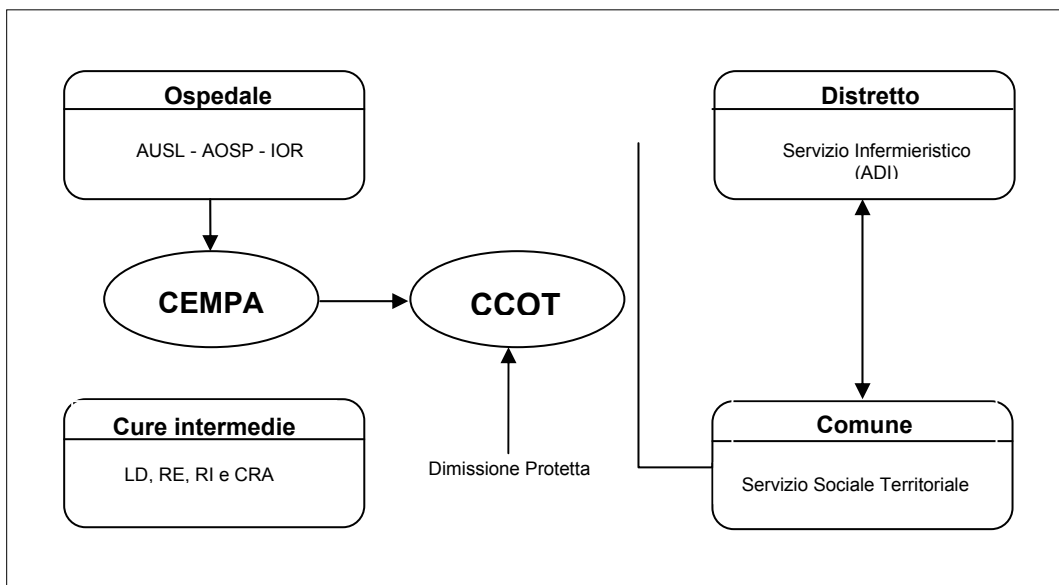
Tabella 2

Posti-letto dedicati alla post-acuzie: totali e disponibili per laCeMPA. Confronto anni 2009 e 2012

POSTI-LETTO		2009		2012	
		TOTALI	di cui a CeMPA	TOTALI	di cui a CeMPA
PUBBLICO	LD	227	-	192	86
	RE	-	-	8	8
	TOT LD/RE	227	-	200	94
	RI	136	-	130	14
TOT PUBBLICO (LD/RE/RI)		363	-	330	108
PRIVATO	LD	175	153	175	159
	RE	50	38	50	50
	TOT LD/RE	225	191	225	209
	RI	159	30	161	50
TOT PRIVATO (LD/RE/RI)		384	221	386	259
CRA AD ELEVATA INTENSITÀ		23	23	26	26
TOTALE(LD/RE/RI/CRA)		407	244	412	393

Figura 3

Sistema di relazioni ospedale/territorio - CCOT - CeMPA



- verifica l'appropriatezza della richiesta, redatta sulla base di strumenti condivisi;
- ricerca il posto-letto sulla base del *setting* richiesto e della residenza del paziente;
- mette in lista il paziente per il quale non trova disponibilità immediate e, nei casi *bor-*

- derline*, contatta il medico che ha richiesto l'invio per valutare la possibilità utilizzare un altro *setting* assistenziale da subito disponibile;
- una volta individuato il posto-letto, ne comunica al reparto inviante la disponibili-

tà e trasmette sia al reparto ricevente sia alla CCOT la scheda contenente le specifiche informazioni sul paziente.

Al momento dell'invio in post-acuzie, il medico inviante indica il numero di giorni di prognosi previsti; qualora il paziente abbia bisogno di un prolungamento del ricovero, la richiesta di autorizzazione alla proroga viene inviata dal medico delle cure intermedie alla CCOT. La dimissione del paziente viene notificata alla CeMPA, mentre la CCOT riceve l'informazione solo se si tratta di un paziente per il quale deve essere garantito un percorso protetto per il rientro al domicilio. Tutto lo scambio di informazioni avviene tramite la procedura informatizzata *Garsia.WE*.

In ospedale la valutazione tempestiva dei pazienti eleggibili e la stadiazione del bisogno, con definizione del profilo individuale del paziente e l'identificazione del *setting* assistenziale più appropriato dopo la fase acuta, avviene attraverso l'utilizzo di modelli e strumenti di valutazione multidimensionale condivisi, che prendono in considerazione le condizioni cliniche, cognitive, funzionali, sociali (*caregiver*) e ambientali (domicilio).

Nella documentazione richiesta per il trasferimento è inclusa la valutazione:

- delle comorbidità utilizzando il *Charlson Comorbidity Index (CCI)*, che è costruito sulla ricerca della presenza nel singolo paziente di 19 patologie traccianti. A ogni comorbidità viene assegnato un punteggio, determinato sulla base del rischio di mortalità che ognuna di esse è in grado di determinare, che va da 1 (*adjusted RR* $\geq 1,2$ e $\leq 1,5$) a 6 (*adjusted RR* $\geq 6,5$). Il punteggio totale è dato dalla somma dei singoli punteggi e varia tra 0 e 37 (Charlson, 1987);

- dell'Instabilità clinica attraverso i seguenti parametri dicotomici (si/no) proposti da Halm e collaboratori (Halm, 2002):

- temperatura corporea $>37,8$ gradi;
- frequenza cardiaca >100 /minuto;
- frequenza respiratoria >24 /minuto;
- saturazione d'ossigeno: $SO_2 < 90\%$;
- pressione arteriosa sistolica ≤ 90 mm Hg;
- incapacità di alimentarsi in modo autonomo;
- delirium.

Si parla di instabilità clinica se è presente almeno uno dei primi cinque indicatori. Gli ultimi due indicatori, «di stato», contribuiscono al punteggio solo se associati ad almeno uno dei primi cinque.

La gestione della Centrale è stata affidata a personale infermieristico (è presente un operatore per ciascuna delle tre Aziende pubbliche) che, attraverso un'adeguata formazione, ha rafforzato la propria *expertise in patient discharge process*; il coordinamento della Centrale è stato assegnato al Dipartimento di cure primarie dell'Azienda Usl, che esegue anche controlli di qualità sulle strutture private. Sia nella fase di progettazione che nella fase di implementazione del progetto sono emerse problematiche legate alla difficoltà dei diversi componenti del sistema di cedere una parte del loro spazio di autonomia. Con le strutture private è stata necessaria un'ampia contrattazione affinché si rendessero disponibili a intervenire sulla propria organizzazione interna, assicurando un'offerta di posti-letto di lungodegenza e riabilitazione adeguata e in parte flessibile alle esigenze del pubblico, un aumento del *turn over*, un'estensione della fascia oraria per l'accoglienza del paziente trasferito e l'utilizzo della procedura informatizzata *Garsia.WE*.

Su questi temi c'è stato un ampio confronto, non ancora completamente risolto, anche con le unità operative pubbliche dedicate alla post-acuzie, che ancora oggi non hanno messo a totale disposizione della CeMPA tutti i letti. Anche sulla scelta degli strumenti per la valutazione delle condizioni del paziente e l'individuazione del bisogno in fase acuta si è largamente dibattuto affinché i professionisti arrivassero alla condivisione e all'utilizzo di scale di rilevazione comuni.

Inoltre, in questi primi tre anni di lavoro il grande sforzo messo in atto dal personale della CeMPA è stato quello di migliorare l'efficienza del sistema attraverso un dialogo quotidiano con i reparti richiedenti e le strutture riceventi, in modo da aumentare la *compliance* dei professionisti nel favorire la tempestività della richiesta e della risposta, affinare l'utilizzo degli strumenti di valutazione, perfezionare la compilazione della richiesta informatizzata.

5. I risultati

La Centrale metropolitana della post-acuzie nel 2009, primo anno di attivazione, ha gestito il trasferimento dai reparti per acuti alle cure intermedie di 2.898 pazienti. Il numero è progressivamente aumentato fino ad arrivare, nel 2012, alla gestione di 5.038 trasferimenti, con un incremento del 74% rispetto al 2009 (tabella 3).

Oggi, tutti i trasferimenti dai reparti per acuti degli ospedali pubblici al sistema delle cure intermedie del privato accreditato vengono governati tramite la CeMPA, ma ancora solo il 7,6% dei pazienti trasferiti sui reparti di cure intermedie pubblici ha una gestione centralizzata. Questo dipende da diversi motivi, alcuni comprensibili e condivisi, altri che, invece, dovranno essere affrontati:

a) il modello aveva bisogno di una fase di avvio e stabilizzazione, per cui si è ritenuto opportuno procedere per gradi, partendo dalla messa a sistema dei letti di post-acuzie del privato accreditato e poi di quelli presenti negli ospedali pubblici di prossimità. È ancora in corso la riflessione sull'opportunità di inserire nel sistema CeMPA i letti per post-acuti presenti nei quattro grandi ospedali pubblici della città di Bologna, data la caratterizzazione acquisita da alcune unità

operative nel trattare pazienti provenienti da reparti specialistici, quali la neurochirurgia, la *stroke unit*, il *trauma center*, l'ortopedia; per questo al momento si è preferito mantenere un accesso diretto, non intermediato dalla centrale;

b) ai reparti per acuti degli ospedali di prossimità, in cui il sistema delle relazioni interpersonali è facilitato dalle piccole dimensioni della struttura, si è lasciata ancora la possibilità di trasferire il paziente nelle cure intermedie del proprio stabilimento senza l'intervento della CeMPA. L'osservazione e l'analisi di questa prassi ha messo in evidenza il rischio che tale disponibilità generi un utilizzo non appropriato dei letti di post-acuzie periferici e *over treatment* del paziente.

La maggior parte dei trasferimenti gestiti da CeMPA viene indirizzata al privato (85,3% negli ospedali privati e 7,2% in CRA) e solo in una piccolissima percentuale agli ospedali pubblici (7,5%). La disciplina di trasferimento prevalente è la Lungodegenza (69,7% dei casi), seguita dalla Riabilitazione estensiva (14,5%), dalla Riabilitazione intensiva (8,6%) e dalle CRA (7,2%).

Dal 2009 il tempo medio di attesa per trasferimento (differenza fra la data del trasferimento presunto in base delle condizioni del

Tabella 3

Trasferimenti in post-acuzie gestiti tramite CeMPA. Trend anni 2009-2012

		2009	2010	2011	2012
LD	PRIVATO	2.302	2.884	3.058	3.280
	PUBBLICO	-	-	197	229
TOTALE		2.302	2.884	3.255	3.509
RE	PRIVATO	297	431	379	638
	PUBBLICO	-	-	62	95
TOTALE		297	431	441	733
RI	PRIVATO	109	120	172	378
	PUBBLICO	-	-	43	53
TOTALE		109	120	215	431
CRA		190	436	350	365
PRIVATO (LD/RE/RI)		2.708	3.435	3.609	4.296
PUBBLICO (LD/RE/RI)		-	-	302	377
TOTALE (LD/RE/RI/CRA)		2.898	3.871	4.261	5.038

Tabella 4

Giornate medie di prognosi autorizzate e giorni di attesa al trasferimento dei pazienti trasferiti a CeMPA

		GG DI ATTESA				GG DI PROGNOSI AUTORIZZATE			
		Mean	Std. Err	[95% Conf. Interval]		Mean	Std. Err	[95% Conf. Interval]	
LD	PRIVATO	1,74	0,05	1,65	1,83	18,27	0,13	18,02	18,51
	PUBBLICO	1,85	0,18	1,50	2,20	23,11	0,52	22,08	24,14
TOTALE		1,75	0,04	1,66	1,83	18,61	0,13	18,36	18,85
RE	PRIVATO	2,44	0,13	2,17	2,70	21,49	0,32	20,87	22,11
	PUBBLICO	2,14	0,29	1,56	2,73	20,59	0,69	19,20	21,97
TOTALE		2,40	0,12	2,16	2,64	21,36	0,29	20,80	21,93
RI	PRIVATO	1,51	0,11	1,29	1,74	28,29	0,78	26,74	29,83
	PUBBLICO	1,78	0,48	0,80	2,76	22,22	1,64	18,91	25,53
TOTALE		1,55	0,12	1,32	1,79	27,39	0,72	25,97	28,81
CRA		1,81	0,14	1,52	2,09	22,28	0,38	21,52	23,03
PRIVATO (LD/RE/RI)		1,82	0,04	1,74	1,90	19,49	0,13	19,23	19,76
PUBBLICO (LD/RE/RI)		1,91	0,15	1,62	2,20	22,39	0,43	21,53	23,24
TOTALE		1,83	0,04	1,75	1,90	19,93	0,12	19,69	20,17

paziente e la data del trasferimento effettivo), che prima dell'introduzione del sistema CeMPA si attestava su una media di circa 7 giorni, si è progressivamente ridotto a 1,8 giorni (IC al 95%: 1,7-1,9) (tabella 4), con mediana pari a 1.

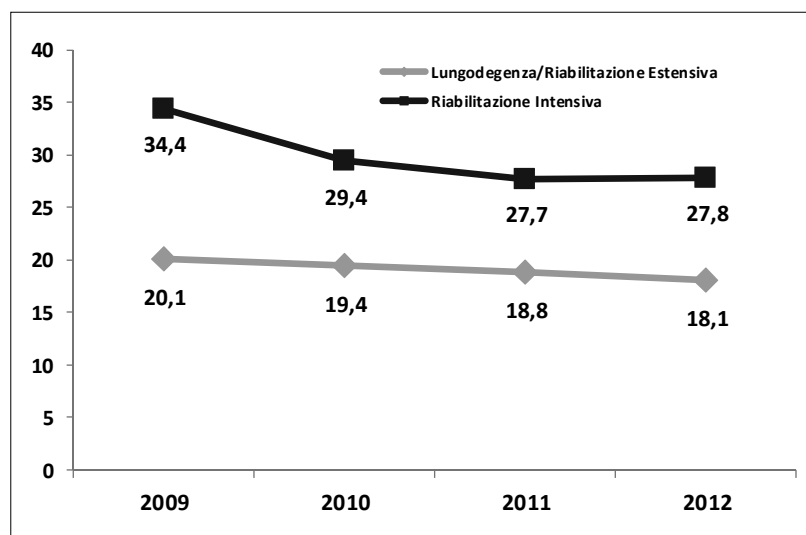
La riduzione è dovuta alla maggior efficienza nell'utilizzo dei letti di cure intermedie, con un maggior indice di occupazione, favorito dalla messa in comune delle risorse, e un miglior indice di *turn over*, favorito dal miglioramento delle relazioni con il territorio, attraverso la CCOT, per la presa in carico di quei pazienti che, dopo un periodo di ricovero in post-acuzie, hanno bisogno di un sostegno socio sanitario a domicilio.

La riduzione della degenza media e l'aumento dell'indice di *turn over* sono particolarmente evidenti nell'ambito del privato accreditato, dove l'assenza di elementi conflittuali (trasferimenti interni diretti senza coordinamento della CeMPA) permette confronti attendibili. Si è passati, infatti, da una degenza media in lungodegenza/riabilitazione estensiva di 20,1 gg nel 2009 a 18,1 gg

nel 2012, e da 34,4 gg a 27,8 in riabilitazione intensiva (figura 4). L'indice di *turn over* complessivo è passato da 12,3 pazienti nel 2009 a 15,90 nel 2012.

Al miglioramento del tempo di attesa ha contribuito anche l'attività di sensibilizzazione sui reparti per acuti finalizzata al precoce

Figura 4
Degenza media (Riabilitazione intensiva e Lungodegenza/Riabilitazione estensiva). Strutture private



invio della richiesta alla centrale non appena si è in grado di definire la data del possibile trasferimento del paziente.

Non vi sono differenze significative nell'attesa al trasferimento fra post-acuzie private (1,8 gg) e pubbliche (1,9 gg), mentre ve ne sono in relazione alla specialità richiesta: oggi si attende meno per il trasferimento in RI (1,6 gg), seguito da quello in LD (1,7 gg) e in CRA (1,8 gg), mentre è più critico il trasferimento in RE (2,4 gg, significativo). All'interno delle singole discipline, con l'eccezione della RE, l'attesa verso il privato risulta sempre leggermente inferiore (non si-

gnificativa) rispetto al pubblico (tabella 4 e figura 5).

Attraverso l'azione di coordinamento e di sensibilizzazione della Centrale si è verificata anche una riduzione delle giornate di prognosi richieste in dimissione dal reparto ospedaliero per le specialità di RE (da 24,1 a 21,4) e RI (da 31,1 a 27,4) (tabella 4 e figura 6).

L'analisi delle caratteristiche dei pazienti trasferiti mostra che non vi sono differenze significative nella distribuzione per sesso fra pubblico e privato ($p = 0,103$), mentre sono presenti differenze di genere sulle speciali-

Figura 5

Box plot: giorni di attesa al trasferimento dei pazienti trasferiti a CeMPA per Strutture pubbliche/private/CRA e specialità i trasferimento

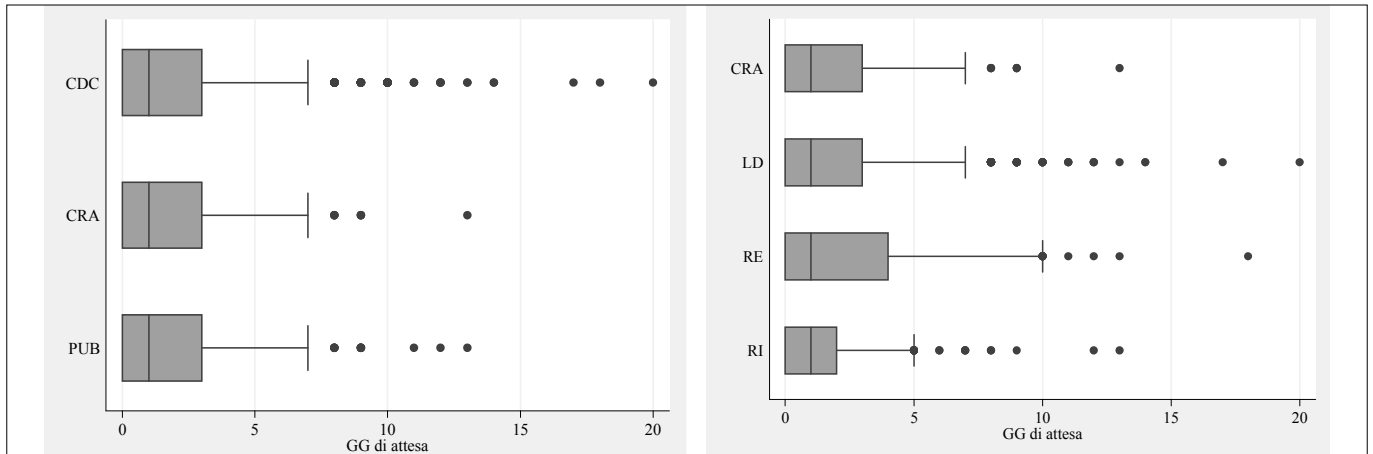
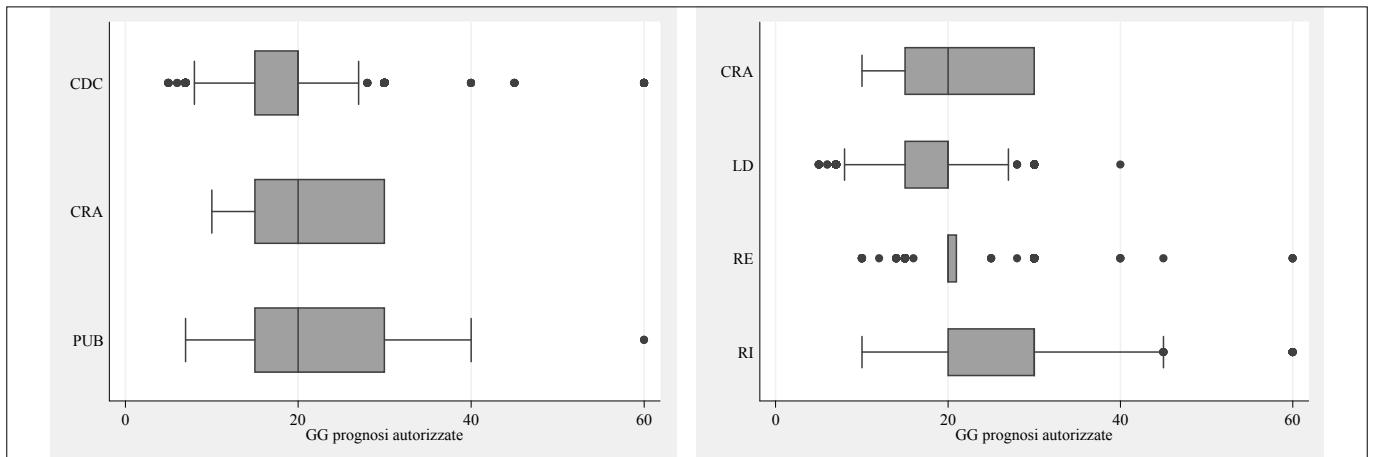


Figura 6

Box plot: giorni di prognosi dei pazienti trasferiti a CeMPA autorizzate per Strutture pubbliche/private/CRA e specialità di trasferimento



tà di trasferimento ($p = 0,001$): le femmine rappresentano il 55,1% dei trasferiti in RI, il 60,8% in LD, il 66,5% in CRA e il 67,8% in RE.

Le differenze di genere vanno messe in relazione al maggior peso della componente femminile rispetto a quella maschile nella popolazione residente di età avanzata: il 14,8% delle femmine ha un'età superiore ai 75 anni contro il 9,9% degli uomini.

L'età media dei pazienti trasferiti si differenzia significativamente in relazione alla tipologia di struttura di trasferimento: i pazienti più giovani vengono trasferiti nelle strutture pubbliche (78,0 aa), dove la connessione fra i processi produttivi è facilitata e consente di gestire meglio la complessità clinica, mentre i pazienti più anziani, in cui spesso il bisogno prevalente è di tipo assistenziale, più che clinico, sono stati indirizzati alle CRA (84,3) e al privato (81,0). Le femmine hanno un'età più avanzata rispetto agli uomini, ma soltanto nel privato la differenza è significativa (82,4 vs. 78,9).

Anche in relazione alla specialità di trasferimento l'età media è significativamente

diversa: i pazienti più giovani vengono trasferiti in RI (età: 70,7), perché hanno più facilmente condizioni cliniche tali da poter sostenere un trattamento riabilitativo di tipo intensivo, mentre i pazienti in RE (80,4), LD (81,9) e CRA (84,3) sono più anziani (tabella 5 e figura 7).

I pazienti trasferiti hanno un *Charlson Comorbidity Index (CCI)* di 2,8, con differenze significative tra pubblico e privato (2,0 vs. 2,9) e fra specialità di trasferimento: i pazienti maggiormente fragili utilizzano la LD (3,2) e le CRA (2,4) (tabella 5 e figura 8).

Il 93% dei trasferiti ha un Indice di instabilità clinica pari a 0, con un'associazione fra instabilità clinica e specialità di trasferimento (dal 91% dei trasferiti in LD al 98% in RI, $p = 0,000$). Mentre non vi è alcuna relazione tra instabilità clinica e struttura di trasferimento pubblica o privata ($p = 0,260$).

6. Conclusioni

L'introduzione di un sistema centralizzato di accesso alle cure intermedie ha introdotto alcuni importanti elementi di valore nella ge-

Tabella 5

Età media e punteggio medio del Charlson Comorbidity Index dei pazienti trasferiti a CeMPA

		ETA MEDIA				CHARLSON COMORBIDITY INDEX			
		Mean	Std. Err	[95% Conf. Interval]		Mean	Std. Err	[95% Conf. Interval]	
LD	PRIVATO	82,01	0,23	81,64	82,52	3,31	0,05	3,21	3,40
	PUBBLICO	79,5	0,93	77,65	81,30	2,45	0,15	2,14	2,77
TOTALE		81,90	0,22	81,46	82,33	3,25	0,05	3,15	3,34
RE	PRIVATO	80,85	0,50	79,86	81,84	1,57	0,08	1,41	1,73
	PUBBLICO	77,66	1,18	75,30	80,01	1,35	0,21	0,94	1,77
TOTALE		80,41	0,46	79,50	81,33	1,54	0,08	1,39	1,69
RI	PRIVATO	70,4	0,83	68,77	72,03	1,63	0,12	1,39	1,87
	PUBBLICO	72,29	2,30	67,65	76,94	1,24	0,20	0,83	1,65
TOTALE		70,68	0,78	69,14	72,22	1,58	0,11	1,36	1,79
CRA		84,31	0,42	83,50	85,13	2,36	0,12	2,11	2,60
PRIVATO (LD/RE/RI)		81,1	0,21	80,61	81,42	2,93	0,04	2,84	3,01
PUBBLICO (LD/RE/RI)		78,03	0,73	76,60	76,47	2,02	0,12	1,79	2,25
TOTALE		81,02	0,19	80,65	81,39	2,81	0,04	2,74	2,89

Figura 7

Box plot: età dei pazienti trasferiti a CeMPA per Strutture pubbliche/private/CRA e specialità di trasferimento

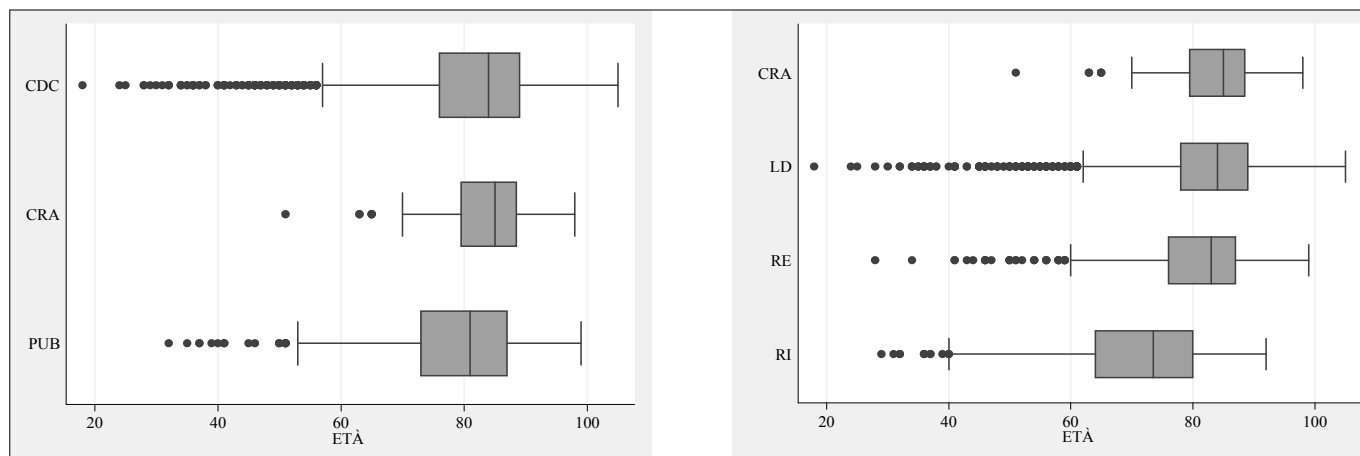
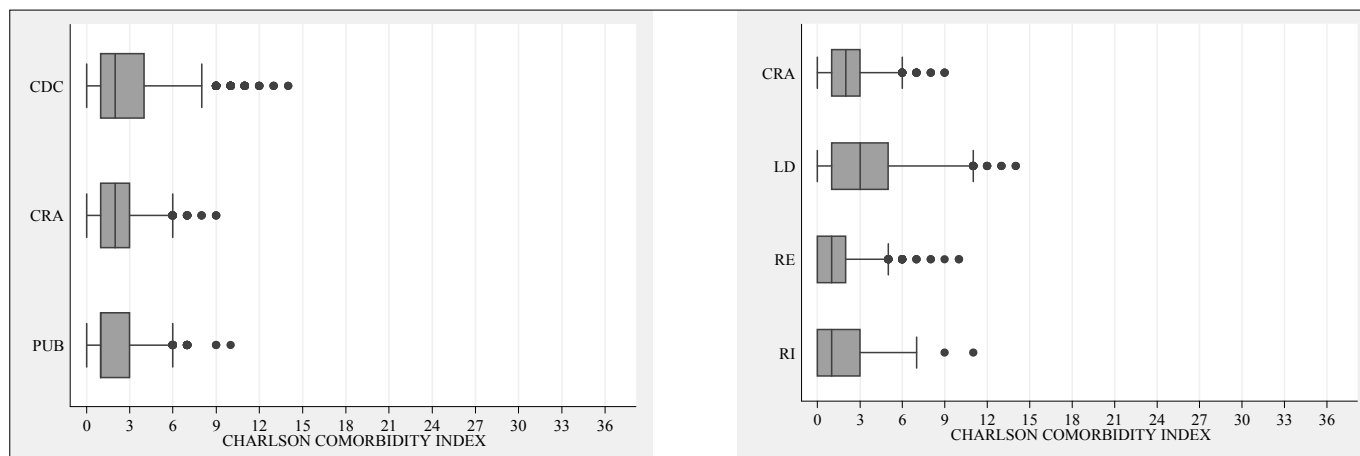


Figura 8

Box plot: punteggio del Charlson Comorbidity Index dei pazienti trasferiti a CeMPA per Strutture pubbliche/private/CRA e specialità di trasferimento



stione della rete della post-acuzie, permettendo di rileggere il fabbisogno dell'intero sistema anche in termini di rapporto fra posti-letto per acuti e post-acuti. Ha, inoltre, posto le basi per la costruzione di un nuovo modello relazionale fra i diversi interlocutori pubblici e privati che operano nel sistema sanitario bolognese. Da questa esperienza emerge l'orientamento per il settore pubblico, che mantiene la sovranità del *patient discharge*, a caratterizzarsi come sede in cui concentrare i letti di post-acuzie a vocazione specialistica, riducendo la recettività per i pazienti meno

complessi, che non richiedono l'uso di tecnologie importanti o di specifico *know-how* e quindi più tipicamente adatti al trasferimento in letti di lungodegenza del privato accreditato. Il progetto ha portato a un recupero di efficienza dei processi e al miglior utilizzo dell'intera struttura dell'offerta, con una significativa riduzione della degenza media (circa una giornata) dei reparti di medicina per acuti dell'Azienda Usl, che hanno potuto contare su un canale di deflusso più efficace verso le strutture intermedie. In questo senso il progetto CeMPA si è rivelato un'opportu-

nità straordinaria che, attraverso il riorientamento flessibile delle risorse e della *mission* del privato accreditato, ha consentito di ridurre a inizio 2013 il 21% dei posti-letto di lungodegenza e riabilitazione intensiva e il 30% dei posti-letto di riabilitazione intensiva del presidio ospedaliero dell'Azienda Usl.

È, inoltre, evidente che la creazione di un modello di catena del valore basato sulla standardizzazione del processo di dimissione/trasferimento ha portato al superamento di un approccio basato sulle esigenze di singole strutture di erogazione (equità orizzontale prevalente) a favore di un sistema in grado di porre al centro dell'attenzione le esigenze del paziente. Questo ha determinato il miglioramento dell'appropriatezza della scelta del *setting* clinico-assistenziale (equità verticale prevalente), rispetto al bisogno dei pazienti. A conferma di ciò è possibile rilevare dai dati che i pazienti più anziani, in condizione d'instabilità clinica e con alto Indice di comorbidità di Charlson, che ben correla con i dati sulla mortalità, morbilità e consumo di risorse sanitarie, sono significativamente più rappresentati nelle strutture di lungodegenza. Mentre i pazienti più giovani, con basso CCI e clinicamente stabili sono stati ricoverati nelle riabilitazioni intensive.

Il rischio che l'introduzione di meccanismi codificati di governo dell'offerta introduca una dimensione di trasparenza, che paradossalmente potrebbe determinare effetti indesiderati di aumento del consumo di risorse legato all'incremento della produttività, in particolare del privato accreditato (incremento dei trasferimenti in post-acuzie prima della dimissione a domicilio), a fronte di costi cessanti nel settore pubblico (il costo della giornata di degenza nel pubblico è più elevato), può essere controbilanciato da una più puntuale azione di committenza e di controllo (e quindi di governo) degli ambiti di produzione delle strutture private, con contenimento degli eccessi di produzione a scarso

valore aggiunto (quando non del tutto inappropriata) e di eliminazione di inefficienze organizzative. La salvaguardia di aspetti di personalizzazione e umanizzazione delle cure, quali, per esempio, l'impegno a garantire soluzioni gradite ai pazienti e ai familiari come il trasferimento in strutture il più possibile vicine alla residenza, anche se può introdurre elementi di discrezionalità, rappresenta comunque un valore da preservare.

Sul piano dell'innovazione culturale, organizzativa e informativo-informatica il modello apre alcuni scenari interessanti, immaginando di utilizzare le potenzialità della piattaforma CeMPA per il coordinamento e la tracciatura a supporto di progetti di medicina d'iniziativa. Il collegamento informatico con i medici di medicina generale potrebbe risultare utile al fine di condividere le informazioni sanitarie dei pazienti per il monitoraggio dell'evoluzione del progetto clinico-assistenziale, (per esempio nell'identificare precocemente i soggetti a rischio di re-ricovero), facilitando in tal modo interventi preventivi del rischio di destabilizzazione nei pazienti cronici e azioni di contrasto alla fragilità. Parimenti attraverso collegamenti con le strutture di Pronto soccorso, sarebbe possibile attivare eventuali alternative al ricovero per pazienti che, pur non avendo urgenze cliniche, non possono essere rinviiati direttamente a domicilio se non con particolari protezioni.

Ringraziamenti

Si ringraziano la dottoressa Ilaria Castaldini e la signora Alessandra Renopi per aver curato l'elaborazione statistica dei dati.

Note

1. La rete SOLE-Sanità OnLinE della Regione Emilia Romagna è una rete informatica che collega i circa 3.800 medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con tutte le strutture e i medici specialisti delle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna.

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

- ANNICCHIARICO M., CAVAZZA G., MARCACCIO M., RUVINETTI M., CASTALDINI I., TAMBURINI F., PROTONOTARI A. (2010), «La continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero: le centrali di continuità dell'azienda USL di Bologna», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli, N. Pinelli (a cura di), *Organizzare la salute del territorio*, il Mulino, Bologna.
- BENSA G., GIUSEPI I., VILLA S. (2010), «La gestione delle operations in ospedale» in F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini, *L'ospedale tra presente e futuro: analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea, Milano.
- CHARLSON M.E., POMPEI P., ALES K.L., MACKENZIE C.R. (1987), «A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation», *J. Chronic Dis.*, 40 (5), pp. 373-383.
- DEL VECCHIO M. (2011), «Infermieri: modificazioni dell'ambiente e sviluppo della professione», *L'infermiere*, 4, pp. 4-12.
- HALM E.A., FINE M.J. KAPOOR W.N., SINGER D.E., MARRIE T.J., SIU AL. (2002), «Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia», *Arc. Intern. Med.*, 162, pp. 1278-1284.
- JONES D., MITCHELL A. (2006), «Lean thinking for the NHS», A report commissioned by the NHS Confederation London, Maria Teresa Mechi (trad. italiana a cura di).
- RICCI S. (2012), «L'integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell'arte», in A. Apicella, G. Banchieri, F. di Stanislao, L. Goldoni (a cura di), *La qualità dell'integrazione tra sociale e sanitario*, Raccomandazione SIQuAS 2012.

Esperienza innovativa di rendicontazione sociale. Il caso del Cardiocentro Ticino

CECILIA AQUILA, CRISTINA LARGADER

The increasing importance given to the Corporate Social Responsibility in the field of health organizations gave rise to a wider interest in understanding how to improve accountability. The target organization assessed is the clinic Cardiocentro Ticino (CCT) based in Lugano and the network created in the Swiss and Ticino health system. In order to better represent the public value created, Cardiocentro has recently adopted the sustainability report. The main results are that the best scheme of sustainability report for an hospital is an hybrid of the two main existent (Global Reporting Initiative and Gruppo per la stesura del Bilancio Sociale), Cardiocentro Ticino is creating public value through networking and interrelating with its main stakeholders.

Keywords: accountability, sustainability report, quality value chain, stakeholder, networks, public value

Parole chiave: accountability, bilancio sociale, catena della qualità, stakeholder, reti, valore pubblico

Note sugli autori

Cecilia Aquila è PhD student, Swiss Finance Institute, cecilia.aquila@usi.ch
Cristina Largader è Vice Direttrice, Cardiocentro Ticino

1. Tendenze in atto per la rendicontazione sociale: definizione, categorie e forme

Le teorie organizzative hanno da tempo messo in luce come l'attività di un'organizzazione non sia un fenomeno isolato, bensì si collochi in un contesto sociale ed economico che ne condiziona (e ne rende possibile) esiti e sviluppi. L'azienda moderna necessita di illustrare le proprie attività secondo l'ottica della rendicontazione sociale, vale a dire evidenziando le ricadute e le implicazioni che queste hanno per gli *stakeholder*. Se nel settore *for-profit* si è diffuso il concetto di responsabilità sociale d'impresa, nel settore *non-profit* e pubblico si vuole rispondere all'esigenza di migliorare l'informativa nei confronti dell'utenza di riferimento, mettendo a disposizione non solo i risultati della gestione operativa, ma anche le informazioni necessarie alla comprensione del modo in cui si sono conseguiti i risultati. Le pratiche messe in atto per realizzare tali obiettivi trovano la loro collocazione nelle logiche di *accountability*,¹ leva importante sia del *new public management* che della *public governance*.² La rendicontazione sociale si inserisce infatti in logiche e meccanismi di responsabilizzazione interna alle organizzazioni, sull'impiego delle risorse e sul raggiungimento degli obiettivi: le aziende non si limitano a rendere informato e consapevole l'interlocutore, ma si assumono direttamente la responsabilità del proprio operato (ossia la propria responsabilità sociale). In un ambiente in continua evoluzione come quello della sanità, caratterizzato da elementi non sempre percepibili a una prima analisi, la rendicontazione sociale è una necessità assoluta ai fini di una corretta e trasparente infor-

SOMMARIO

1. Tendenze in atto per la rendicontazione sociale: definizione, categorie e forme
2. Il Bilancio sociale: due modelli a confronto
3. Il caso del Cardiocentro Ticino
4. Conclusioni

mazione sulle azioni dell'azienda sanitaria, su come essa crei valore in risposta ai bisogni di salute espressi dalla collettività. C'è, poi, un ulteriore aspetto da considerare nella rendicontazione sociale per il settore sanitario: la crescente considerazione di un nuovo ruolo svolto dalla spesa sanitaria (Fiorani, Frey, Meneguzzo, 2010), quello di volano dello sviluppo economico. La spesa sanitaria non è più considerata solo quale allocazione di fondi alternativa, ma anche come un vero e proprio investimento produttivo, capace di generare significative ricadute in termini di sviluppo economico e competitività di un determinato territorio; per un'azienda sanitaria è dunque importante rendere conto ai propri *stakeholder* anche di questi aspetti.

La domanda di ricerca che si vuole analizzare nel presente lavoro consiste nella definizione di uno schema appropriato per rappresentare il valore pubblico creato per una realtà aziendale che, come si può vedere di seguito, presenta notevoli particolarità essendo una struttura ospedaliera. Di seguito saranno presentati i modelli più diffusi a livello internazionale e si presenterà una proposta ibrida che è stata applicata al caso di studio.

2. Il Bilancio sociale: due modelli a confronto

Il Bilancio sociale, strumento principe della rendicontazione sociale, non ha ancora trovato uno schema di riferimento definitivo per la sua redazione. A livello internazionale esistono varie proposte per la stesura del

documento, nell'analisi riportata di seguito si prenderanno in considerazione i due modelli più diffusi: la proposta del *Global Reporting Initiative (GRI)* (Global Reporting Initiative, 2011) di matrice anglosassone e quella del Gruppo per la stesura del Bilancio sociale (GBS) (G.B.S. Gruppo di studio per il Bilancio Sociale, 2001), sviluppato in Italia.³ I principi di base su cui si fondano tutti i modelli di rendicontazione sono l'adeguatezza, l'attendibilità e la controllabilità (Tanese, 2004). La proposta del GRI fornisce uno strumento, chiamato *Rapporto di sostenibilità*, per mezzo del quale l'azienda, da un lato, possa sintetizzare lo sviluppo e i risultati ottenuti nell'ambito economico, sociale e ambientale, dall'altro, possa permettere di verificare che le attività aziendali siano inserite in un processo di sviluppo sostenibile sotto i tre profili cardine della valutazione. Il modello sviluppato dal GBS focalizza l'attenzione sull'identità aziendale, la performance economica in termini di valore aggiunto creato e ridistribuito, e la relazione con l'ambiente sociale.

Di seguito si propone uno schema riassuntivo delle sezioni principali dei due modelli a confronto (**tabella 1**). La principale differenza tra i due modelli si trova nella considerazione della performance ambientale da parte del modello GRI, tralasciata dalla proposta GBS. Questa discrepanza è sicuramente una conseguenza della scelta delle aziende di riferimento, infatti è ragionevole pensare che l'approccio GRI sia più facilmente adottabile da aziende che operano in contesti in cui

Tabella 1

Confronto tra il modello del GRI e il modello del GBS

Modello GRI	Modello GBS
Visione strategica	Identità aziendale
Profilo aziendale	
Struttura del governo dell'organizzazione	
Calcolo del valore aggiunto creato e distribuito	Rendiconto economico: – calcolo del valore aggiunto creato e distribuito
Indicatori di performance: – economica – ambientale – sociale	
	Relazione con l'ambiente sociale

la tematica ambientale è prioritaria, invece il modello proposto dal GBS risponde meglio alle esigenze di aziende per cui maggiore importanza viene data alla dimensione sociale.

Un ulteriore scostamento tra i due modelli può esser rilevato nella gestione dei rapporti con gli *stakeholder* (Tanese, 2004). Il modello GRI propone una visione integrata della relazione con gli *stakeholder* in ognuna delle dimensioni considerate: questa scelta ha il pregio di fornire una visione distinta delle tre dimensioni, d'altra parte perde in termini di sistematicità. Il modello GBS, al contrario, propone una visione d'insieme rispetto alla questione degli *stakeholder*, dedicando alla relazione con gli stessi la terza sezione del bilancio sociale.

Di particolare interesse può risultare l'analisi delle differenze che si possono rilevare tra i due modelli, nell'ambito della valutazione della performance economica, per quanto concerne il calcolo del valore aggiunto creato e ridistribuito (**tabella 2**). Il modello GRI individua come valore economico creato il valore totale dei ricavi netti, considerando i costi operativi già come parte del valore aggiunto distribuito e gli investimenti vengono conteggiati al lordo degli ammortamenti. Differente è la versione del GBS, che propone innanzitutto una suddivisione tra valore aggiunto creato lordo e netto. La tabella riportata sopra evidenzia come il valore della produzione debba essere considerato al netto delle rettifiche sui ricavi, dei costi intermedi e degli ammortamenti per individuare il valore aggiunto creato netto. Di seguito si propone il confronto dei due modelli in merito al valore aggiunto distribuito (**tabella 3**). Per quanto concerne la distribuzione del valore aggiunto, la differenza principale risiede nel fatto che la proposta GRI prende in considerazione anche il valore prodotto e distribuito ai fornitori, che nella voce del conto economico cui il modello è ancorato, viene evidenziato come «costi operativi». Al contrario il valore aggiunto creato secondo il modello GBS ha effetto redistributivo solo nei confronti degli *stakeholder* sociali (personale) e i livelli superiori di regolazione (fornitori di capitale e P.A.).

Occorre evidenziare gli elementi di particolare criticità per la stesura del bilancio sociale di una struttura ospedaliera: da un lato, il modello del GRI impone l'inserimento

Valore aggiunto creato	
Proposta GRI	Proposta GBS
Ricavi netti –	Ricavi netti della produzione – Costi intermedi della produzione
Valore aggiunto creato direttamente	Valore aggiunto creato lordo
–	– ammortamenti
–	Valore aggiunto creato netto

dell'analisi dell'impatto ambientale e risulta, quindi, meno adatto per strutture che abbiano priorità di tipo operativo-sociale ed economico-finanziario; dall'altro lato, il modello del GBS non offre, a livello di valore aggiunto creato e distribuito, una rappresentazione completa quanto quella del modello GRI e questo per almeno due motivi. Innanzitutto perché nel modello GRI il valore aggiunto creato corrisponde ai ricavi netti, l'unica cifra in grado di rappresentare il valore delle prestazioni sanitarie erogate (valore che peraltro nel modello GBS non è rappresentato). Inoltre, il modello GBS calcola il valore aggiunto creato al netto dei costi intermedi di produzione e, qualora i fornitori siano presenti sul territorio, risulta fuorviante non evidenziare l'effetto redistributivo nei loro confronti. Nel caso di strutture sanitarie, la macro-struttura del documento più adatta risulta quella proposta dal GBS, ma la dimensione economica andrebbe più correttamente

Tabella 2
Confronto sul valore aggiunto creato

Tabella 3
Confronto sul valore aggiunto distribuito

Valore aggiunto distribuito	
Proposta GRI	Proposta GBS
Costi operativi Costo del personale Pagamenti verso fornitori di capitale Pagamenti verso la pubblica amministrazione –	– Remunerazione del personale Remunerazione del capitale Remunerazione della pubblica amministrazione Remunerazione dell'azienda
Valore aggiunto distribuito	Valore aggiunto distribuito
Valore aggiunto creato – Valore aggiunto distribuito	–
Valore aggiunto ritenuto	–

analizzata secondo il modello del GRI. In sintesi, la metodologia ideale, per la stesura di un bilancio sociale per un ospedale, non esiste in letteratura, perché dovrebbe essere un ibrido tra il modello del GBS e quello del GRI.

3. Il caso del Cardiocentro Ticino

Il Cardiocentro Ticino (CCT) è oggi uno tra i più importanti centri svizzeri del cuore, una clinica moderna e di alta specializzazione medica e tecnologica, in grado di reggere il confronto con le strutture internazionali più prestigiose e qualificate. Gestito da una fondazione privata, ma integrato nel servizio sanitario cantonale, il Cardiocentro Ticino è un ospedale acuto, cioè garantisce cure di primissimo intervento, ma dispone anche di diversi servizi ambulatoriali diagnostici, medici e di riabilitazione. La fondazione non ha scopo di lucro ed è stata espressamente concepita per fini di pubblica utilità, in particolare a favore dei pazienti ticinesi. Il Cardiocentro Ticino (CCT),⁴ ha manifestato nell'estate 2010, l'esigenza di trovare una modalità di reportistica dei risultati operativi conseguiti, che potesse meglio rappresentare l'impegno profuso nello svolgimento delle proprie attività, il cui fine è quello di offrire un servizio eccellente alla società. Consapevole della propria responsabilità sociale, il Cardiocentro ha deciso di adottare il bilancio sociale per riflettere sugli obiettivi raggiunti nei suoi primi dieci anni di attività e sull'impatto sociale ed economico prodotto sul proprio territorio. Il modello adottato è un ibrido tra il GRI e il GBS, decisione presa in seguito all'analisi dei modelli considerati in letteratura, in quanto meglio si adatta alle esigenze di una clinica di medie dimensioni, le cui priorità sono la valutazione della ricaduta economica in termini di valore aggiunto creato e ridistribuito, nonché di diminuzione dei costi sociali per il Cantone e per la comunità intera, oltre che l'analisi delle relazioni che si sono intessute con l'ambiente sociale circostante. Nell'ambito della stesura del bilancio sociale, è stato scelto dall'autore di rappresentare la relazione con l'ambiente sociale in termini di valore pubblico creato dalla costellazione di interrelazioni e di legami reticolari instaurati dal Cardiocentro,

in qualità di promotore, con gli *stakeholder* più rilevanti. Questa analisi è stata condotta attraverso l'utilizzo di una mappatura dei portatori di interesse chiave, che è stata fondamentale ai fini della comprensione del loro collocamento all'interno della catena del valore del Cardiocentro. Infine, la riclassificazione dei conti della clinica per ottenere la rappresentazione del valore aggiunto creato e distribuito ha evidenziato come sia più appropriato per un ospedale adottare lo schema del GRI per visualizzare più correttamente le direzioni di distribuzione del valore creato.

Prima di presentare i risultati dell'analisi occorre precisare che gli autori del bilancio sociale della clinica sono gli stessi del presente articolo e che il lavoro è stato possibile grazie alla disponibilità resa dei documenti elaborati dal Consiglio di Fondazione per quanto concerne la sezione dell'identità aziendale, la comprensione degli obiettivi, della visione, missione e *corporate governance*. Inoltre, per quanto riguarda l'analisi della struttura e collocamento della catena del valore all'interno del sistema del valore ticinese e svizzero, è stata interpellata la Direzione generale - parte medica e amministrativa. Le numerose interviste sono state fondamentali per comprendere come fosse possibile la creazione di valore pubblico per mezzo delle molteplici *partnership* con i maggiori *stakeholder*, che di seguito saranno presentati.

3.1. Il sistema del valore per il settore sanitario ticinese

Per comprendere le peculiarità e i legami di interrelazione presenti nella catena del valore del CCT si deve considerare il sistema del valore per il settore sanitario ticinese nel suo complesso. La **figura 1**, rielaborata secondo il modello presentato da Fiorani, Frey e Meneguzzo (2010), pone in evidenza le principali componenti del sistema del valore per il settore sanitario ticinese: i consumatori di servizi sanitari, i finanziatori o terzi paganti, gli erogatori dei servizi e le imprese fornitrici. Applicando questo modello al sistema sanitario nazionale e regionale possiamo identificare in Svizzera e nel Cantone Ticino una chiara distinzione tra le componenti rappresentate da:

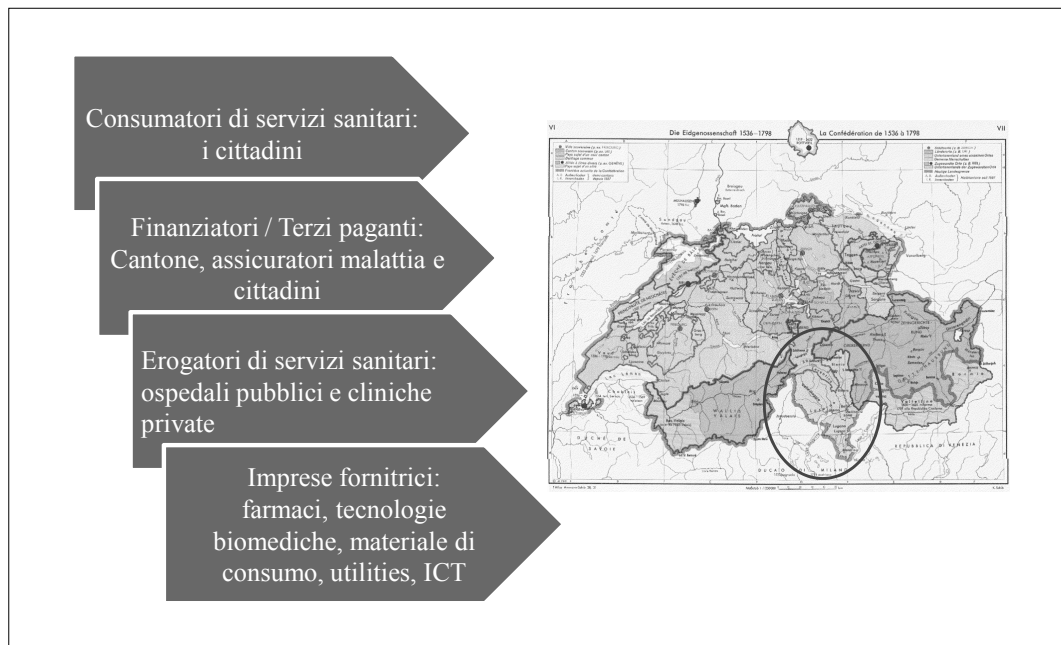


Figura 1
Il sistema del valore
del Sistema sanitario
ticinese

1) i consumatori di servizi sanitari, in altre parole i cittadini; guardando al Ticino, è emerso da diversi studi e statistiche (Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino in collaborazione con l'Osservatorio, 2007) (Crivelli *et al.*, 2007) che il consumo di prestazioni sanitarie è un fenomeno complesso, legato a molteplici fattori demografici e culturali, ma anche ambientali e congiunturali;

2) i finanziatori/terzi paganti, ovvero il Cantone, gli assicuratori malattia e i cittadini stessi. In Svizzera i meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria presentano forti particolarità.⁵ L'assetto assicurativo scelto dalla Confederazione è disciplinato dalla LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie), che definisce il catalogo di prestazioni ad accesso universale, trasferisce su premi assicurativi individuali (obbligatori ma indipendenti dal reddito) parte del finanziamento dei consumi sanitari, prevede la partecipazione finanziaria dei Cantoni per le prestazioni erogate dagli ospedali pubblici e, dal 2012, al 55% anche per gli ospedali privati;⁶

3) gli erogatori di servizi sanitari, ossia principalmente ospedali pubblici e cliniche private. Vi sono alcune interessanti caratteristiche dell'offerta sanitaria pubblica ticinese: la struttura a rete degli ospedali pubblici

del Cantone (riuniti sotto l'Ente ospedaliero cantonale, Eoc); le imprese pubbliche erogatrici di fattori produttivi cruciali (servizi centralizzati dell'Eoc), studi medici, i laboratori di analisi e il settore sociosanitario, i servizi di formazione e ricerca (scuole professionali, Università e centri di ricerca) e i partner istituzionali per l'attivazione di progetti in vari ambiti;

4) la vastissima categoria delle imprese fornitrici, principalmente appartenenti al settore farmaceutico, alle tecnologie biomediche, senza dimenticare i fornitori di materiale di consumo (sanitario e non), i servizi di supporto tecnico, logistico e alberghiero, i fornitori di utilities, di ICT (*information communication technology*), di servizi di consulenza (legale, gestionale, amministrativa e sanitaria).

Per quanto riguarda la presenza di reti nel sistema del valore del settore sanitario ticinese, bisogna sottolineare che è in atto da anni la tendenza alla costruzione di queste realtà; un ottimo esempio è fornito dalla rete degli ospedali pubblici cantonali ora raggruppati nell'ospedale multisito (ogni ospedale dell'Eoc è per il paziente punto di accesso alla intera struttura ospedaliera Eoc e alle specializzazioni offerte). Ulteriori esempi sono dati dai processi di esternalizzazione e

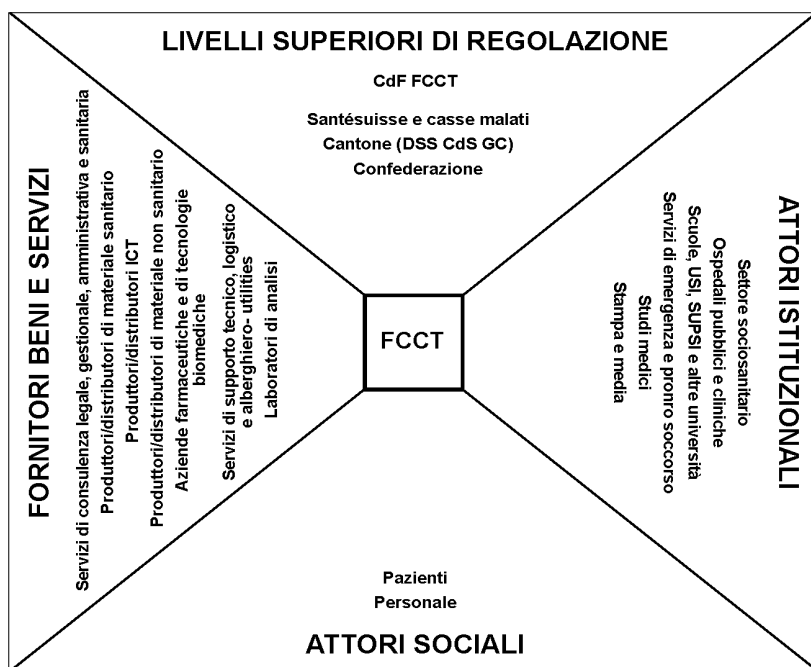
accentramento di funzioni e/o unità operative di cui di nuovo si è reso fautore l'ente pubblico, le forme di collaborazione pubblico-privato nel campo della riabilitazione (è il caso della rete REHA-TICINO, partnership fra Eoc e Clinica Hildebrand di Brissago) e, infine, le nuove forme di *partnership* che il Cardiocentro ha saputo instaurare con diversi *stakeholder*.

3.2. Dalla mappatura degli *stakeholder* alla catena del valore

Le componenti del sistema del valore, sono macrocategorie di attori del sistema sanitario con le quali il CCT ha intessuto relazioni istituzionali e informali. Proprio attraverso queste relazioni tali attori partecipano influenzando direttamente, perché coinvolti, o indirettamente, attraverso le loro proprie scelte strategiche, il processo decisionale della clinica. Queste prime considerazioni sull'applicazione del modello della catena del valore al sistema sanitario in cui si colloca il Cardiocentro possono essere sintetizzate nella figura 5, che è una fotografia a oggi delle tipologie di «*stakeholder* chiave»: gli *stakeholder* sociali, gli *stakeholder* istituzionali, i fornitori, i livelli superiori di regolazione (figura 2).

Figura 2

Gli attori della catena del valore del sistema sanitario ticinese in relazione al CCT



La figura 2 rappresenta un primo schema di riferimento, sono però necessari diversi approfondimenti, in particolare occorre considerare la mappa realizzata in ottica dinamica e spiegare il tipo di relazione che il Cardiocentro ha stabilito con i suoi *stakeholder* chiave.

Per mezzo dei legami a rete, delle *partnership*, della creazione di cluster con i maggiori *stakeholder* chiave presenti nel sistema del valore della sanità ticinese, il CCT ha amplificato la creazione di valore pubblico per il territorio cui punta la sua catena del valore. Per meglio comprendere tali legami è bene considerare innanzitutto le peculiarità della catena del valore del Cardiocentro (figura 3). Si nota immediatamente che lo schema non corrisponde precisamente a quello previsto per la catena della qualità delle amministrazioni pubbliche, né a quello originale previsto da Porter per le aziende private. Del resto, il Cardiocentro è sì una clinica privata, ma anche una fondazione *non-profit*, quindi necessariamente un ibrido rispetto ai due paradigmi proposti.

Si riportano di seguito le principali osservazioni sulla catena del valore del CCT:

1) la gestione delle risorse umane, trasversale rispetto a tutte le attività della clinica, è attività di supporto (modello di Porter) e non integrata nella logistica in entrata (modello della qualità);

2) l'attività di supporto «processi decisionali e procedure», tipica delle amministrazioni pubbliche, è qui sostituita dalla attività di «amministrazione pazienti», che include tutte le attività amministrative che sovrintendono il flusso dei pazienti nell'istituto;

3) l'attività di comunicazione istituzionale testimonia, qui come in molte altre amministrazioni pubbliche, le emergenti necessità di *accountability* dell'istituto;

4) le attività operative principali si suddividono nelle due grandi categorie, pazienti degenti e pazienti ambulatoriali: per quanto vi siano fra questi due gruppi di attività relazioni intangibili, di scambio di *know how*, e relazioni tangibili, di forniture interne di prestazioni, le logiche di gestione sono molto diverse a seconda del tipo di soggiorno del paziente;

5) le attività operative di gestione servizi sono quelle tipiche di tutte le strutture sani-

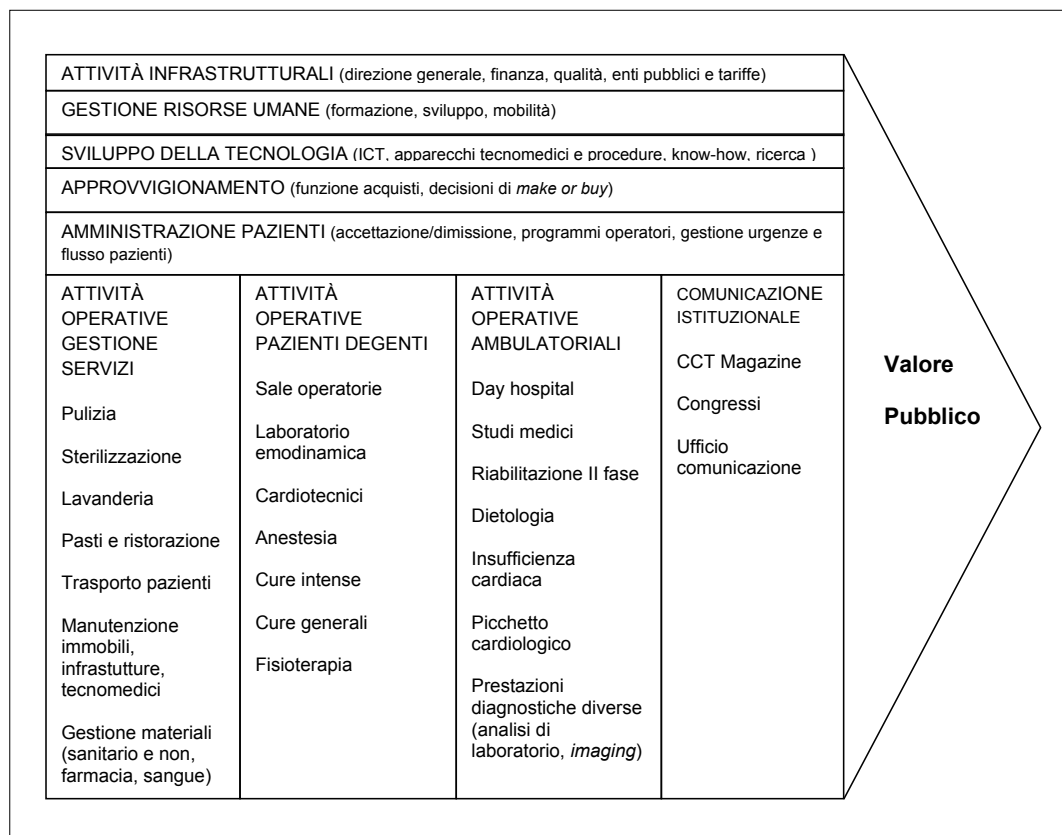


Figura 3
La catena del valore della Fondazione Cardiocentro Ticino

tarie e, data la piccola dimensione del CCT, sono quelle più facilmente oggetto di decisioni di *contracting out*;

6) la funzione di approvvigionamento, che include l'ufficio acquisti, la gestione dei materiali e le decisioni di *make or buy* è qui particolarmente forte;

7) la ricerca e lo sviluppo sono strettamente legati alla tecnologia, non c'è distinzione (come nel modello della catena della qualità) fra «sviluppo della tecnologia» e «ricerca & sviluppo servizi», trattandosi di una clinica ad alto tasso tecnologico.

Nella maggior parte delle attività operative e di supporto della catena del valore il CCT ha saputo sviluppare interrelazioni tangibili e intangibili all'interno della stessa clinica e legami reticolari, di collaborazione e *partnership* con numerosi attori del sistema sanitario ticinese.

Per motivi di spazio si rinuncia qui a un'esposizione completa del Bilancio sociale del Cardiocentro e ci si sofferma sugli *stakeholder* più rilevanti ai fini della nostra

analisi, con cui la clinica ha saputo implementare strategie di *networking* interessanti ai fini della creazione di valore pubblico per il proprio territorio.⁷

3.3. Strategie di *networking* fra Cardiocentro ed Eoc (Ente Ospedaliero Cantonale)

L'Eoc (Ente ospedaliero cantonale) riunisce oggi nel modello «multisito» tutti gli ospedali pubblici del Cantone Ticino. Nel sistema del valore del settore sanitario ticinese l'Eoc rappresenta il principale erogatore di prestazioni ospedaliere. La costruzione del Cardiocentro in posizione adiacente all'ospedale principale dell'Eoc (quello di Lugano) ha posto le basi infrastrutturali per lo sviluppo di una costellazione di collaborazioni, con effetti positivi sia per le economie dei due istituti, che per l'economia cantonale, ma soprattutto per la qualità delle cure offerte.

Il Cardiocentro ricorre oggi alle prestazioni dell'Eoc per quei servizi appartenenti all'area «attività operative» della catena

del valore ritenuti strategicamente adatti all'esternalizzazione (lavanderia, sterilizzazione, pasti, assistenza farmaceutica) (tabella 4). La clinica ricorre, inoltre, a importanti prestazioni diagnostiche offerte dall'ospedale pubblico (in particolare: il laboratorio di analisi, la radiologia e la medicina nucleare), generando per l'Eoc significative economie di scala e offrendo ai propri pazienti servizi di ottimo livello prontamente disponibili.

È evidente che il Cardiocentro – clinica oggi di trenta letti – non avrebbe, da un punto di vista economico, la massa critica per gestire in proprio:

1) un servizio di lavanderia o un servizio di sterilizzazione: si tratta di prestazioni altamente specializzate, che devono rispettare norme severissime (cosa che richiederebbe

massicci investimenti oltre a elevati costi di gestione);

2) per motivi analoghi, un proprio laboratorio di analisi funzionante 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana per tutti i possibili tipi di analisi necessari o un proprio farmacista, e così via.

Grazie alla stretta collaborazione con l'Eoc, il Cardiocentro acquisisce fattori produttivi a costi analoghi a quelli degli ospedali dell'ente pubblico (e valutati dal Cardiocentro come competitivi rispetto a fornitori alternativi): pur essendo, quindi, una clinica di piccole dimensioni il CCT non soffre di inefficienze di scala, al contrario contribuisce a creare economie di dimensione e ne beneficia essa stessa. Da sottolineare inoltre che le diverse decisioni di *make or buy* del Cardiocentro – clinica altamente specializza-

Tabella 4

Catena del valore FCCT ed Eoc
(stato al 30-11-2010)

FCCT - EOC: Schema convenzioni al 30.11.2010		
OGGETTO DELL'ACCORDO FCCT-EOC	CATENA DEL VALORE FCCT	BREVE DESCRIZIONE
Fornitura energia e gas medicinali	Approvvigionamento	Acqua (di rete e trattata), ossigeno medicinale, aria compressa, vuoto
Smaltimento rifiuti	Approvvigionamento	Rifatturazione delle tasse di smaltimento rifiuti
Diritto di superficie, entrata principale	Approvvigionamento	Condivisione dell'entrata principale
Lavanderia	Attività operative - gestione servizi	Trattamento e fornitura a noleggio di tessuti
Controllo e prevenzione infezioni	Attività operative - gestione servizi	Consulenza e visite di controllo/formazione 1 giorno al mese
Fornitura farmaci	Attività operative - gestione servizi	Fornitura farmaci con supporto farmacista (art. 81 LSan)
Settore alberghiero	Attività operative - gestione servizi	Pasti per i pazienti, parità di trattamento per i dipendenti nelle due mense ORL e CCT
Posteggi autosilo ORL e parcheggi esterni	Attività operative - gestione servizi	50 posti auto non definiti
Camere ardenti	Attività operative - gestione servizi	Messa a disposizione gratuita per CCT se < di 1 caso al mese in media
Parrucchiere	Attività operative - gestione servizi	Parità di trattamento per i pazienti CCT
Sterilizzazione	Attività operative - gestione servizi	Sterilizzazione dei dispositivi medici ISO 9001:2008, 13415:2003, 14001:2004
Picchetto cardiologico	Attività operative ambulatoriali	Consulenza cardiologica 24h/24 tutti i giorni dell'anno
Analisi di laboratorio	Attività operative ambulatoriali	Prestazioni in analitica di laboratorio
Tac/MRI	Attività operative ambulatoriali	Utilizzo congiunto di Tac e MRI 3Tesla per attività diagnostiche e di ricerca
Prestazioni dell'ufficio del personale	Gestione Risorse umane	Sistema «touch» per parcheggi autosilo e mensa
Asilo nido aziendale	Gestione Risorse umane	Messa a disposizione di fondi per lo start-up e 8 posti per bimbi CCT
Previdenza professionale (LPP)	Gestione Risorse umane	La FCCT è affiliata al FEOC
Appartamenti per personale di picchetto	Gestione Risorse umane	Affitto appartamento presso la casa del personale
Formazione di medici assistenti	Gestione Risorse umane	Medico assistente in rotazione per 1 anno

ta – sono state dettate non solo da criteri di economicità ma anche da scelte di qualità e affidabilità, cosa che crea all'interno dell'ente pubblico una giusta tensione concorrenziale ed effettivamente alcune di queste decisioni di *contracting in/out*, con il mutare delle condizioni tecnologiche e con lo sviluppo della clinica, sono state modificate nel tempo. La stretta collaborazione delle due parti ha permesso un importante ulteriore servizio alla popolazione ticinese, che consiste nel picchetto cardiologico per il pronto soccorso dell'Eoc, gestito dal Servizio di cardiologia dell'ente pubblico in collaborazione con i servizi ambulatoriali del CCT (offerta quindi in *outsourcing* all'ente pubblico). Infine, Eoc e CCT condividono un nuovo centro di diagnostica per immagini; l'accordo pubblico-privato ha permesso di spuntare condizioni contrattuali vantaggiose con i fornitori, mentre i costi di gestione delle due apparecchiature vengono condivisi e i pazienti ticinesi beneficiano di prestazioni di altissimo livello tecnologico, un nuovo esempio di come la condivisione di obiettivi e costi produca anche un migliore servizio alla popolazione.

In sintesi: le collaborazioni mediche, tecniche e commerciali del CCT con l'Eoc hanno fatto salire il valore del rapporto fra la qualità della medicina offerta ai pazienti ticinesi e i relativi costi.

3.4. La collaborazione fra Cardiocentro e Clinica Luganese SA: dalle economie di scala alle economie di conoscenza e apprendimento

La Clinica Luganese SA, importante istituto di cura privato con sede a Lugano, è un attore sociale con il quale il CCT ha stabilito preziose alleanze, oltre a diverse collaborazioni in materia di aggiornamenti professionali e progetti di formazione in campo amministrativo. La relazione in assoluto più importante si è concretizzata nell'accordo fra i due istituti, siglato all'inizio del 2009, in base al quale esiste oggi un unico servizio di anesthesiologia attivo contemporaneamente presso le due strutture ospedaliere. Concretamente i due istituti dispongono ciascuno del proprio personale e del proprio servizio, ma è unificata sotto il primario del Cardiocentro la gestione e la direzione del servizio di anestesia (in sostanza si tratta per il Cardiocentro di

mettere a disposizione il proprio *know-how* medico e organizzativo per l'altro istituto). Per comprendere pienamente l'importanza dell'accordo occorre però considerarne non solo gli aspetti economici di condivisione di costi fra le due strutture, ma anche gli sviluppi sul fronte della gestione delle risorse umane e, in particolare, nella formazione di personale specializzato, sia medico che infermieristico. Grazie a questa particolare forma di collaborazione il CCT è stato riconosciuto dalla Croce Rossa svizzera quale centro di formazione pratica post-diploma in anestesia. Gli infermieri diplomati presso la Scuola superiore specializzata in cure infermieristiche possono oggi specializzarsi in anestesia seguendo il percorso formativo offerto da CCT e Clinica Luganese SA, percorso che copre una gamma pressoché completa di specialità mediche. Dal canto loro le due cliniche possono formare al proprio interno personale specializzato, senza dispersione di risorse umane e finanziarie (senza cioè essere costrette a trasferire a proprie spese presso altre strutture le risorse in formazione, con il rischio poi di perderle). L'offerta formativa potrà, in futuro, essere allargata anche al personale medico nei due siti in cui è attivo il servizio, garantendo ai giovani medici assistenti migliori opportunità di completare la propria specializzazione.

In sintesi: la collaborazione del CCT con la Clinica Luganese rappresenta un'importante occasione di trasferimento e scambio di *know-how*, oltre che di sviluppo delle risorse umane, con il contestuale abbassamento dei costi di gestione delle due strutture.

3.5. La *partnership* fra il Cardiocentro e la FCTSA: le strategie orizzontali di Porter in chiave medica

La FCTSA (Federazione cantonale ticinese servizi autoambulanze) è uno *stakeholder* particolare, che assume nei confronti del CCT forme molto diverse: è da sempre il principale fornitore di servizi di trasporto pazienti, collabora con il Cardiocentro per la formazione dei medici assistenti, usufruisce di servizi (picchetto medico) in *outsourcing* offerti dal reparto di anestesia e cure intense del CCT, fornisce servizi infermieristici al Cardiocentro. È importante ricordare, anche in questa sede, quanto sia strategico

il servizio di trasporto del paziente in caso di urgenza cardiologica, ossia quanto una corretta presa a carico del paziente da parte dei servizi di pronto soccorso sul territorio influenzi il successo dell'intervento complessivo. Tecnicamente si parla di «catena di soccorso», ovvero l'insieme degli interventi coordinati di soccorritori e ospedali: ciò che Porter definirebbe il coordinamento fra le catene del valore dei due attori costituisce dal punto di vista medico la cosiddetta «presa a carico orizzontale del paziente» e le sinergie fra catene del valore (definite da Porter strategie orizzontali) significano nella pratica medica un trattamento migliore del paziente e una probabilità di successo maggiore. Di qui, l'importanza per le due strutture Cardiocentro e FCTSA – ma soprattutto per il paziente – di un'efficiente collaborazione e comunicazione, garantita da sempre dalla condivisione di obiettivi da parte di CCT e FCTSA. Un altro esempio concreto è il progetto per la trasmissione telematica in tempo reale del tracciato elettrocardiografico effettuato in ambulanza: i dati arrivano dall'ambulanza direttamente sull'iPhone del cardiologo di picchetto al Cardiocentro, il quale, dopo aver analizzato il tracciato, può escludere o confermare la diagnosi di infarto. In quest'ultimo caso, l'ambulanza viene deviata direttamente al Cardiocentro, dove personale preallertato sarà in grado di accogliere il paziente e di prestargli le cure più indicate, saltando i normali protocolli di intervento, che allungherebbero il percorso del paziente. Negli anni, il legame fra personale del CCT e personale della FCTSA si è anche istituzionalizzato nell'offerta comune di un percorso formativo di sei mesi nella medicina extra-ospedaliera, un programma rivolto ai medici assistenti e che consente di ottenere l'attestato di medicina d'urgenza (riconosciuto dalla Società svizzera di medicina d'urgenza). Nel quadro di questa collaborazione è ora previsto che il servizio di anesthesiologia del CCT si occupi del progetto di medicalizzazione dell'ambulanza (si tratta per il CCT di mettere a disposizione della FCTSA in *outsourcing* un proprio medico già formato in medicina d'urgenza), un ulteriore esempio di condivisione di costi e moltiplicazione di prestazioni con positivi effetti non solo finanziari.

In sintesi: il coordinamento delle catene del valore di FCTSA e CCT, unitamente alle

«interrelazioni intangibili» create dalla pluriennale collaborazione e dalla condivisione di risorse umane, ha consentito un innalzamento dell'efficacia e dell'efficienza di entrambe le strutture, con grandi benefici per la collettività.

3.6. Le scuole e le università

Come la spesa sanitaria, anche quella nella ricerca e formazione è considerata sempre più un investimento produttivo: formazione e ricerca rappresentano il necessario supporto alla competitività economica di un determinato territorio (c.d. «tripla elica» Etzkowitz, Leydesdorff, 2000). Dall'altro lato, oggi la crescita di complessità delle nuove tecnologie impone alle imprese incisivi processi di innovazione per fronteggiare la concorrenza, ma spesso le aziende (specie laddove prevalgono quelle di dimensioni medio - piccole) non dispongono dell'organizzazione e delle risorse finanziarie necessarie a svolgere attività di ricerca scientifica. Ecco, quindi, che sempre più le aziende perseguono strategie di *open innovation*, ossia instaurano collaborazioni con università e centri di ricerca, finalizzate alla realizzazione di progetti di ricerca comuni. Il settore della sanità non sfugge a questa situazione, al contrario: l'evoluzione dei suoi servizi prefigura un futuro nel quale il concetto di eccellenza verrà continuamente aggiornato al rialzo. Le tecnologie, le competenze e le conoscenze richieste esigeranno un aggiornamento continuo e investimenti sempre più importanti. In questa prospettiva il Cardiocentro è consapevole che, in futuro, per un ospedale ad alta componente tecnologica e di eccellenza, sarà fondamentale:

1) poter reclutare personale sanitario estremamente qualificato, grazie alla presenza di adeguate scuole sul territorio e alla continua «osmosi» di conoscenze fra queste ultime e la realtà ospedaliera;

2) essere capaci di allacciare sinergie e mettersi in rete con altri centri di eccellenza, con l'industria farmaceutica, con scuole e istituti universitari di primo piano, in Svizzera e all'estero, al fine di collaborare su comuni progetti di sviluppo.

Il Cardiocentro, consapevole dell'importanza del ruolo attivo che è in grado di svol-

gere nella formazione, coltiva numerosi rapporti di collaborazione con istituti di diverso livello e di diversa provenienza. Di seguito segnaliamo le collaborazioni di maggiore importanza.

3.7. Le sinergie con la Supsi e la nascita del Cardiocentro Cluster for Life Sciences

Come appena ricordato, il Cardiocentro, quale ospedale moderno e di alta specializzazione, ritiene che il suo futuro si giochi anche nella capacità di interpretare responsabilmente un ruolo negli ambiti della ricerca e della formazione. Tanto più che gli sforzi in queste direzioni si traducono pressoché immediatamente in vantaggio per il paziente: maggiore accuratezza diagnostica, miglioramento delle terapie, approcci sempre meno invasivi. L'ospedale moderno è quello che crea conoscenza e trasferimento di competenze, quello in cui la ricerca alimenta la qualità delle cure.

In questo disegno, l'incontro con la Supsi (Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana) e, in particolare, con il suo Dipartimento tecnologie innovative ha rappresentato una tappa fondamentale. Siamo abituati a pensare che la scienza e la medicina procedano in una direzione univoca, ossia che esista un percorso più o meno accidentato che approda alla clinica a partire dalla ricerca di base. E così è, infatti, molto spesso. Altre volte però, al contrario, è la clinica che alimenta e «ispira» la ricerca. È questo il caso della collaborazione fra Cardiocentro e Supsi, il cui Dipartimento tecnologie innovative ha saputo farsi interprete delle idee cliniche del Cardiocentro, traducendole in progetti e applicazioni tecnologiche. Fra i numerosi progetti già avviati, possiamo citarne due:

1) il progetto «Powerstim» per la realizzazione di un dispositivo che prolunghi la durata di vita dei *pacemaker*, recuperando l'energia meccanica sviluppata dal movimento del paziente, permettendo di ridurre il numero di interventi e il costo delle cure mediche;

2) il progetto «Nowire»: progettazione di un sistema *wireless* per la riduzione delle connessioni via cavo dell'impianto di monitoraggio del paziente in sala operatoria e in cure intensive, con grande impatto sulla qua-

lità delle cure e sull'efficienza con cui vengono prestate;

3) più recentemente Cardiocentro e Supsi sono andate a completare il nuovo Cardiocentro *Cluster for Life Sciences*, che riunisce una decina di società e fondazioni con l'obiettivo comune di sviluppare nuovi prodotti e nuovi progetti di ricerca con un occhio di riguardo per la medicina rigenerativa.

Il progetto parte da lontano, allorché nel 2004, per la prima volta in Svizzera, si effettuò presso il Cardiocentro un trapianto di cellule staminali autologhe nel miocardio di un paziente colpito da infarto. Da allora molto è stato fatto in questo ambito al Cardiocentro, nel frattempo anche la legislazione si è «perfezionata» attorno alle terapie cellulari (nuovo e affascinante capitolo nel grande libro della medicina), statuendo che a partire da luglio 2007 qualsiasi reinfusione di cellule staminali in pazienti avrebbe dovuto essere preparata in locali speciali, detti «camere bianche». Il CCT con la sua «Cell Factory» da novembre 2009 è accreditato per queste terapie e il neonato Cluster coordinerà le competenze e le risorse che ruotano attorno a queste promettenti biotecnologie (fra gli altri: istituti universitari svizzeri, la Supsi, istituti di ricerca, laboratori).

Occorre considerare le diverse conseguenze che queste forme di *networking* di conoscenze hanno per il Cardiocentro e per il suo territorio:

1) il Cardiocentro sarà in grado di offrire ai suoi pazienti cure di alta qualità;

2) la Supsi aumenterà la propria competitività nel panorama universitario svizzero e internazionale, nonché la qualità della formazione offerta;

3) di fronte ai primi frutti di queste sinergie, è inevitabile pensare al possibile futuro deposito di brevetti, alla nascita in Ticino di nuove realtà aziendali caratterizzate da un forte contenuto di innovazione e di ricerca (*skill intensive*) in un settore strategico;

4) l'attivazione di un circolo virtuoso potrà a sua volta alimentare la ricerca scientifica, incrementare il numero di ricercatori e di personale qualificato presente e attivo sul territorio, con una positiva ricaduta su tutto il Ticino, in termini di crescita culturale, di

prestigio e certamente anche di sviluppo economico.

In sintesi: per una clinica di piccole dimensioni, ma di alta specializzazione, rimanere un centro di eccellenza significa saper creare reti di collaborazione con gli altri attori istituzionali, e segnatamente con scuole, università e centri di ricerca, coagulando le risorse intorno a quelle che saranno le probabili terapie del futuro e creando così anche opportunità di sviluppo economico.

3.8. L'accordo con l'USZ (UniversitätsSpital Zürich)

Il Cardiocentro Ticino è, da maggio 2012, ufficialmente la prima struttura ospedaliera universitaria in Ticino associata a uno dei più rinomati atenei a livello internazionale, la storica e prestigiosa Università di Zurigo (USZ). L'università e il Cardiocentro hanno, infatti, siglato un contratto di collaborazione finalizzato allo sviluppo di protocolli di ricerca e programmi di formazione comuni nel campo della cardiologia. Con la definizione dell'accordo, il Cardiocentro acquisisce lo status di «Istituto associato all'Università di Zurigo» e sarà dunque integrato in un contesto istituzionale di grande prestigio, con un ruolo di primo piano nella didattica e con la possibilità di intensificare lo scambio di competenze nella ricerca cardiovascolare e nelle tecnologie diagnostiche e interventistiche più avanzate. L'accordo ufficializza a livello accademico la forte sinergia già in atto tra Cardiocentro e UniveritätsSpital di Zurigo, che hanno anche recentemente firmato una convenzione per la creazione di un Centro di competenza in medicina cardiovascolare. Viene in questo modo a crearsi una sorta di asse Nord-Sud in ambito cardiologico, un traguardo molto importante, che assicura il mantenimento e il miglioramento degli odierni già alti standard di qualità, tanto nella ricerca quanto nella pratica clinica e che avrà certamente ricadute positive per la competitività territoriale del Ticino.

In sintesi: con questo accordo il CCT viene riconosciuto ufficialmente centro di eccellenza a livello nazionale, si rafforza l'impegno della clinica verso i suoi valori costitutivi e la collettività.

3.9. I fornitori di beni e servizi

I fornitori sono una categoria di *stakeholder* particolarmente rilevante per il Cardiocentro in quanto il peso relativo degli acquisti di materiali⁸ e il costo degli investimenti sul proprio bilancio è molto più importante che in altri ospedali (a conferma della vocazione della clinica per la medicina di punta e le tecnologie più avanzate). La scelta dei fornitori avviene secondo standard nazionali e procedure definite nel rispetto dei principi dell'analisi dei rischi e sistema di controllo interno implementato dall'ospedale.⁹ La quasi totalità dei fornitori del CCT si trova in Svizzera e per oltre il 40% in Ticino: nonostante ciò bisogna precisare che gli acquisti sono effettuati presso filiali di grandi imprese multinazionali che hanno sedi commerciali in Svizzera ma stabilimenti produttivi all'estero, generando quindi un importante impatto fiscale e incidendo meno dal punto di vista economico-produttivo. Nei primi anni di vita il CCT ha fatto fronte a gravi problemi di liquidità (dovuti al mancato riconoscimento delle prestazioni da parte degli assicuratori malattia)¹⁰ grazie al sostegno dei maggiori fornitori. Oggi la clinica affianca queste grandi aziende nello sviluppo di nuovi prodotti, nuove tecnologie e nuovi metodi di cura. Ecco due esempi concreti:

1) la multinazionale farmaceutica Abbott ha scelto il Cardiocentro quale sede per il registro svizzero delle *mitraclip*; questo *device*, utilizzato negli Stati Uniti dal 2008, è stato impiantato per la prima volta in Svizzera presso il Cardiocentro nel 2009 e ora alla clinica ticinese è stato assegnato il ruolo di coordinatore nazionale;

2) un *pool* di grandi aziende produttrici di dispositivi di cardiaca ha scelto il Cardiocentro quale elemento fondamentale per lo sviluppo in Ticino del futuro Centro di competenza di medicina telematica (CCMT): i *pacemaker* e i defibrillatori di nuova generazione impiantati nei pazienti sono dotati di un *microchip* in grado di trasmettere per via telematica segnali al personale del CCT sul funzionamento dell'apparecchio, senza che il paziente si debba recare in ospedale.

In sintesi: per una clinica di piccole dimensioni ma ad alto contenuto tecnologico

è fondamentale che le aziende produttrici di *device* non siano semplici fornitori, ma partner, con cui studiare e costruire insieme nuove terapie, a beneficio dei pazienti e della competitività territoriale.

3.10. Il valore aggiunto

Dopo aver descritto gli elementi principali che caratterizzano il Cardiocentro e il contesto di riferimento nel quale opera, si desidera ora soffermarsi sulle principali caratteristiche economico-finanziarie dell'azienda per poi evidenziare l'effetto economico che il Cardiocentro produce sulle principali categorie di *stakeholder* e quindi sul suo territorio.

In pratica, si può operare un semplice riordino delle classi contenute nel conto economico, integrandole con informazioni circa la destinazione del risultato. Vediamo ora come questi sistemi si applicano al Cardiocentro.

Il valore aggiunto (VA) misura la ricchezza prodotta dall'azienda in un determinato periodo e può essere proposto secondo varie configurazioni.

Nel modello GBS è calcolato sottraendo ai ricavi dell'azienda (che rappresentano il valore globale della produzione VGP) i consumi intermedi (CI), cioè i costi di produzione che non rappresentano una remunerazione degli interlocutori interni. Nel modello GRI invece il valore aggiunto creato corrisponde al fatturato netto (quindi al VGP del modello GBS).

Il valore aggiunto così calcolato viene poi «assorbito» da:

1) gli interlocutori interni, vale a dire il personale: si considerano quindi le remunerazioni dirette e quelle indirette (ossia gli oneri sociali);

2) i finanziatori esterni (attraverso gli oneri finanziari);

3) la struttura stessa, attraverso gli ammortamenti (che esprimono l'utilità «ceduta» dagli investimenti all'azienda nel periodo di riferimento).

Nei bilanci sociali tuttavia spesso si ricorre alla configurazione del valore aggiunto globale netto (VAGN), in cui gli ammortamenti sono parte integrante dei costi di produzione.

Due osservazioni conclusive:

1) i prospetti di rappresentazione del valore aggiunto si compongono sempre di una prima parte in cui si evidenzia il valore aggiunto creato e di una seconda parte in cui si rappresenta la distribuzione del valore aggiunto; il valore aggiunto distribuito può risultare superiore al valore aggiunto prodotto, quindi l'azienda può, per esempio, conseguire una remunerazione negativa supportando così l'eccedenza di ricchezza distribuita agli altri *stakeholder* rispetto a quella prodotta;

2) nei prospetti di distribuzione del valore aggiunto occorre evidenziare la remunerazione della pubblica amministrazione, ossia il beneficio economico acquisito dal settore pubblico per effetto dell'operare dell'azienda.

Di seguito si presenta il risultato dell'applicazione dei due modelli ai dati contabili aggregati del Cardiocentro degli ultimi dieci anni. Nel paragrafo introduttivo sono state approfondite le differenze fra il modello GBS (**tabella 5**) e il modello GRI (**tabella 6**) nella rappresentazione del valore aggiunto.

L'applicazione del modello GBS evidenzia che il Cardiocentro produce mediamente ogni anno circa Sfr.27 Mio di ricchezza, distribuendone poi Sfr.32Mio; la maggior parte di questa ricchezza viene assorbita dalla remunerazione diretta e indiretta del personale (circa Sfr.28Mio), il resto dalla pubblica amministrazione (Sfr. 4Mio).

Da notare la dinamica di creazione di questa ricchezza:

1) il fatturato, ossia il valore delle prestazioni erogate, è pari mediamente a Sfr.64.6 Mio annui; si tratta di risorse finanziarie che prima venivano sparse fra diversi fornitori di prestazioni cardiologiche e cardiocirurgiche di altri cantoni e che oggi, grazie alla presenza del Cardiocentro, sono state «dirottate» verso il Ticino;

2) i costi intermedi di produzione, pari mediamente a Sfr.35Mio, come esposto nel paragrafo dedicato ai fornitori, vanno a loro volta a remunerare imprese svizzere e ticinesi, queste ultime per una percentuale pari al 43.72%, ossia Sfr.15 Mio all'anno rimangono in Ticino e Sfr.20 Mio rimangono comunque in Svizzera;

3) all'interno dei costi intermedi di produzione, ben 4.6Mio annui sono remunera-

Tabella 5

Schema del VA per il CCT secondo il modello GBS (dati in Sfr)

CARDIOCENTRO TICINO		
CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO PER VALORE AGGIUNTO proposta GBS		
DETERMINAZIONE DEL VALORE AGGIUNTO (GBS)	Totale	Media ultimi 2 anni
Valore delle prestazioni	515.449.997,91	64.572.102,80
Ricavi da assicuratori malattia	503.187.122,19	61.369.715,21
Contributo Cantonale	–	–
Ricavi da privati (pazienti ambulatoriali)	9.925.159,13	836.393,08
Ricavi da prestazioni diverse	11.120.644,75	3.057.459,21
Perdite su crediti	– 10.119.828,79	– 728.347,85
Interessi attivi	1.336.900,63	36.883,15
Costi intermedi della produzione	268.791.023,81	34.503.536,86
Consulenze mediche diverse	3.094.341,36	680.774,12
Acquisto farmaci	18.732.242,87	1.785.910,86
Acquisto materiale sanitario	169.303.430,81	22.189.168,76
di cui sangue	5.216.958,34	530.992,14
Acquisto derrate alimentari	3.222.163,20	360.151,29
Acquisto di altri beni o servizi	74.438.845,57	9.487.531,84
di cui analisi (laboratorio, radiologiche, tomografiche e diverse)	17.743.361,93	1.802.245,12
VALORE AGGIUNTO CREATO LORDO	246.658.974,10	30.068.565,94
Ammortamenti	26.558.615,26	3.086.418,38
VALORE AGGIUNTO CREATO NETTO	220.100.358,84	26.982.147,56
RIPARTIZIONE DEL VALORE AGGIUNTO	Totale	Media ultimi 2 anni
Costo del personale (Remunerazione del personale)	226.162.306,69	28.229.454,13
Oneri finanziari (Remunerazione del capitale)	903.049,10	– 1.563,93
Spese a favore di enti pubblici esclusi oneri sociali (Remunerazione della PA)	45.098.617,30	4.689.787,72
Utile/Perdita (remunerazione dell'azienda)	– 4.449.146,27	– 1.245.742,64
VALORE AGGIUNTO DISTRIBUITO (al netto degli ammortamenti)	267.714.826,82	31.671.935,28
Differenza dovuta alla remunerazione della pubblica amministrazione	45.098.617,30	4.689.787,72
Delta	222.616.209,52	26.982.147,56
INVESTIMENTI	Totale	
Immobile e infrastrutture	738.688,60	
Attrezzature tecnomediche	8.292.201,00	
Mobili e arredamenti	119.036,00	
Hardware e Software	2.519.579,00	
INVESTIMENTI TOTALE	11.669.504,60	

Tabella 6
Schema del VA per il CCT
secondo il modello GRI
(dati in Sfr)

CARDIOCENTRO TICINO CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO PER VALORE AGGIUNTO proposta GRI		
DETERMINAZIONE DEL VALORE AGGIUNTO (GRI)	Totale	Media ultimi 2 anni
Ricavi da assicuratori malattia	503.187.122,19	61.369.715,21
Contributo Cantonale	0	0
Ricavi da privati (pazienti ambulatoriali)	9.925.159,13	836.393,075
Ricavi da prestazioni diverse	11.120.644,75	3.057.459,21
Perdite su crediti	- 10.119.828,79	- 728.347,845
Interessi attivi	1.336.900,63	36.883,15
Valore netto delle prestazioni	515.449.997,91	64.572.102,80
VALORE AGGIUNTO CREATO		
VALORE AGGIUNTO CREATO DIRETTAMENTE	515.449.997,91	64.572.102,80
	Totale	Media ultimi 2 anni
Consulenze mediche diverse	3.094.341,36	680.774,115
Acquisto farmaci	18.732.242,87	1.785.910,86
Acquisto materiale sanitario	169.303.430,81	22.189.168,76
di cui sangue	5.216.958,34	530.992,14
Acquisto derrate alimentari	3.222.163,20	360.151,285
Acquisto di altri beni o servizi	74.438.845,57	9.487.531,835
di cui analisi (laboratorio, radiologiche, tomografiche e diverse)	17.743.361,93	1.802.245,12
Costi operativi	268.791.023,81	34.503.536,86
Costo del personale (Remunerazione del personale)	226.162.306,69	28.229.454,13
Spese a favore di enti pubblici esclusi oneri sociali (Remunerazione della PA)	45.098.617,30	4.689.787,72
Oneri finanziari (Remunerazione del capitale)	903.049,10	- 1.563,93
VALORE AGGIUNTO DISTRIBUITO		
VALORE AGGIUNTO DISTRIBUITO (al lordo degli ammortamenti)	540.954.996,90	67.421.214,77
VALORE AGGIUNTO RITENUTO (al lordo degli ammortamenti)	- 25.504.998,99	- 2.849.111,975
VALORE AGGIUNTO RITENUTO = (utile/perdita) + Ammortamenti - Spese a favore di enti pubblici (esclusi oneri sociali)	- 25.504.998,99	
	Totale	
Immobile e infrastrutture	738.688,60	
Attrezzature tecnomediche	8.292.201,00	
Mobili e arredamenti	119.036,00	
Hardware e Software	2.519.579,00	
INVESTIMENTI TOTALE	11.669.504,60	
Ammortamenti	26.558.615,26	3.086.418,38
UTILE/PERDITA = Valore creato - costi operativi - costo del personale - oneri finanziari - ammortamenti	- 6.964.996,95	- 1.245.742,635

zione diretta della pubblica amministrazione, al netto di oneri sociali, si tratta per lo più dell'acquisto di fattori produttivi presso l'Eoc (o altri enti pubblici, primo fra i quali il Servizio trasfusionale della Croce Rossa svizzera per la fornitura di sangue ed emoderivati);

4) circa il 42% dei collaboratori del Cardiocentro è soggetto all'imposta alla fonte; perciò solo il 58% delle retribuzioni nette genererà gettito fiscale, il 42% di tali retribuzioni avrà invece solo un effetto parziale sul bilancio del Cantone.

Applicando invece il modello GRI si evidenzia un valore aggiunto creato medio annuo pari a Sfr.64.6Mio (pari cioè al valore della produzione, ossia il valore delle prestazioni sanitarie erogate) e un valore aggiunto distribuito pari a Sfr. 67.4 Mio. Valgono qui le stesse considerazioni già fatte per il modello GBS circa i costi di produzione, quelli del personale e la remunerazione della P.A.. Se da un lato il modello per la stesura di un bilancio sociale più adatto da applicare alla realtà di un ospedale è quello proposto dal GBS, in quanto il modello non prevede l'inserimento obbligatorio di un'analisi di performance ambientale, che di sicuro non è prioritaria, è importante sottolineare come la determinazione del valore aggiunto creato e redistribuito da un ospedale sia delineata in modo più appropriato dal modello del GRI. Nel caso del Cardiocentro, lo schema del GRI permette di cogliere l'effetto redistributivo del valore aggiunto nei confronti dei fornitori, fattore di particolare rilevanza per il Ticino, dal momento che il 43,72% dei fornitori si trova all'interno dei confini cantonali.

Senza ulteriormente dilungarsi sulle differenze fra i due modelli, si può concludere che l'insediamento del Cardiocentro ha significato per il Cantone Ticino l'arrivo di importanti flussi finanziari: tale effetto, quantificabile oggi intorno a Sfr.65Mio all'anno, è stato mitigato dal 2012 dalle nuove regole del finanziamento ospedaliero,¹¹ che prevedono una partecipazione attiva del Cantone nel finanziamento anche delle cliniche private (il nuovo finanziamento ha causato gravi problematiche agli ospedali privati che sono costretti a fatturare con una tariffa provvisoria finché non saranno definite precisamente i ruoli delle casse malati e del Cantone).

Si presenta una mappa (**figura 4**) con cui si pongono in evidenza le direzioni in cui sono stati convogliati tali flussi finanziari, considerati esogeni proprio perché un tempo erano indirizzati fuori Cantone (Fiorani, Frey, Meneguzzo, 2010). Dalla mappa emerge che l'entità dei flussi finanziari, immessi nel circuito economico ticinese, è pari a Sfr. 524 milioni, circa il 20% delle uscite correnti del Cantone del 2010. Tali flussi, a eccezione dei pagamenti dei fornitori situati in altri cantoni (pari a Sfr.20 Mio), vengono re-investiti in Ticino sotto diverse forme, creando un indotto economico notevole, che risulta tanto maggiore quanto più è possibile reclutare sul territorio personale specializzato. Inoltre, al di là dell'indotto generato dalla porzione di salario destinata al consumo, si deve assolutamente evidenziare, che con l'insediamento del Cardiocentro in Ticino, il Cantone ha goduto della creazione di 297 posti di lavoro senza alcun impiego di risorse pubbliche.¹²

Dai temi esposti in questo paragrafo è evidente che l'effetto economico reale della presenza del Cardiocentro sul territorio ticinese non è soltanto esprimibile in termini di valore aggiunto, flussi finanziari o in termini occupazionali; non si può infatti trascurare il miglioramento della qualità della vita in Canton Ticino e le ulteriori prospettive da considerare: quelle della catena del valore a livello regionale, dei *network* sanità-ricerca-formazione, delle capacità che il Cardiocentro ha dimostrato di possedere quale promotore di nuove forme di collaborazione e sinergie intra e intersettoriali, tutto ciò a beneficio dei propri *stakeholder* e della competitività del proprio territorio.

4. Conclusioni

La ricerca intrapresa ha prodotto risultati in linea con l'ipotesi di ricerca: in sintesi, è emerso che la metodologia ideale, per la stesura di un bilancio sociale per un ospedale, non esiste in letteratura, perché dovrebbe essere un ibrido tra il modello del GBS e quello del GRI. Dal punto di vista della struttura, come esplicitato nei primi paragrafi, il modello ibrido dovrebbe mantenere le caratteristiche del modello proposto dal GBS, permettendo l'analisi dell'identità aziendale e del rapporto con gli *stakeholder*, e presentare, invece, i risultati in termini di valore aggiunto creato e

ridistribuito, secondo le linee-guida del modello anglosassone.

La versione adottata dal Cardiocentro, prevede un ampliamento dell'analisi del rapporto con gli *stakeholder* per sopperire al limite del modello che non prevede in nessuno dei due casi una comprensione più ampia del concetto di valore pubblico che è ottenuto grazie alle partnership, la creazione di *network* tra le catene del valore dei singoli attori dei sistemi sanitari così da andare a produrre valore pubblico non solo a livello di singola struttura ma a livello di insieme.

Sicuramente, un limite non di secondaria importanza è la mancanza di una stima del moltiplicatore Keynesiano, per valutare quantitativamente anche in questi termini l'impatto a livello Cantonale. Si è, tuttavia cercato di produrre una mappa con cui sono state identificate le macrocategorie di *stakeholder* verso cui i flussi finanziari sono stati convogliati. La stima di un coefficiente in questi termini potrebbe essere un'interessante area di sviluppo della ricerca.

Purtroppo, un limite causato da mancanza di dati statistici non ha permesso di evidenziare il miglioramento della qualità di vita dei pazienti cardiopatici ticinesi grazie all'insediamento del Cardiocentro nel territorio: a questo proposito non sono possibili miglioramenti in quanto dati disaggregati dei pazienti ticinesi per pazienti cardiopatici prima dell'esistenza del Cardiocentro non sono mai stati elaborati dall'ufficio di statistica.

Un'ulteriore ragione di approfondimento, derivante da una lacuna dei modelli analizzati, risiede nella considerazione del personale unicamente nella sezione del rapporto dell'ospedale con l'ambiente sociale: i modelli non suggeriscono analisi più approfondite sullo sviluppo del capitale intellettuale, elemento di primaria importanza nell'ambito di un'organizzazione *knowledge-intensive*. Si tratta di un fattore di criticità su cui sarebbe auspicabile una riflessione più vasta e acuta all'interno dei modelli presenti in letteratura.

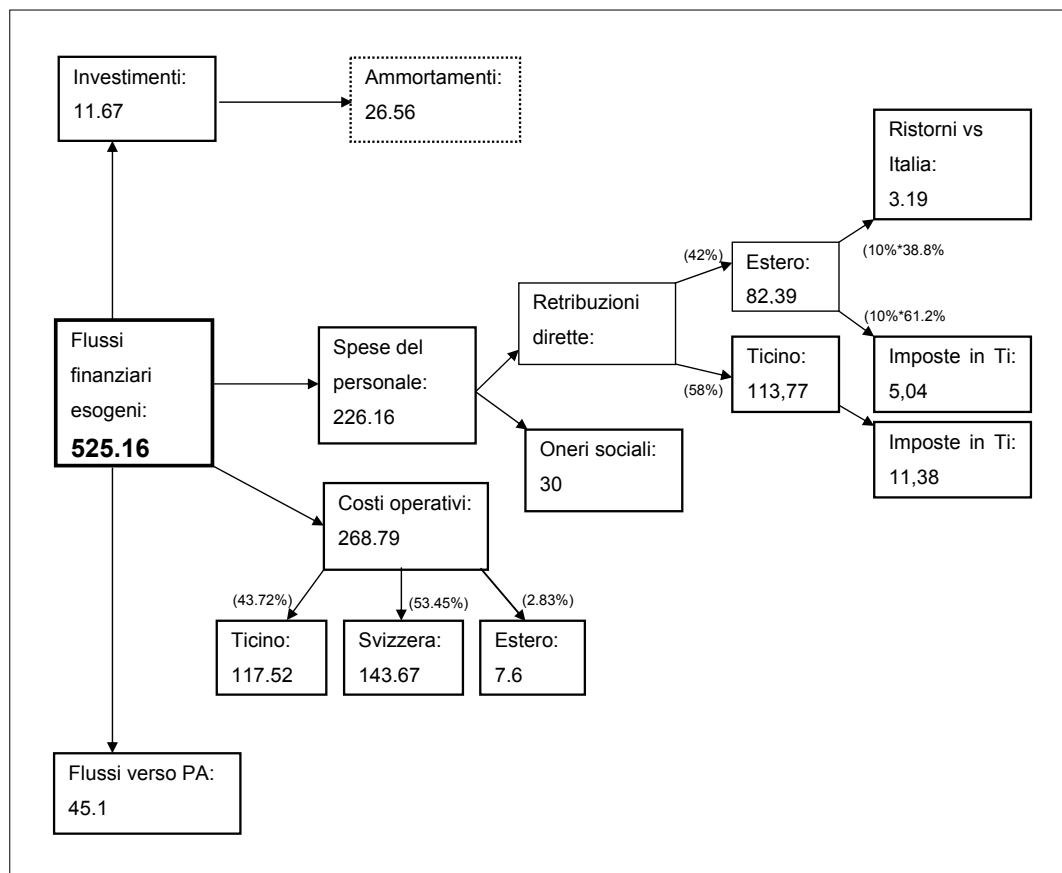


Figura 4
Mappa dell'impatto economico del Cardiocentro Ticino dal 2001 al 2010 (dati in milioni di Sfr)

Per quanto riguarda il Cardiocentro Ticino, la stesura di un bilancio sociale rappresenta una logica conseguenza del ruolo che l'ospedale riveste a livello ticinese quale erogatore di servizi pubblici, datore di lavoro e quale punto di riferimento per la ricerca e la formazione. In effetti, il bilancio sociale per il Cardiocentro è lo strumento che consente di riflettere sui risultati globali raggiunti dalla sua nascita a oggi, di integrare i tradizionali strumenti di *controlling* economico-finanziario con variabili non economiche e/o non quantificabili e soprattutto di soffermarsi sul reale «valore pubblico» creato dalla struttura.

Dalla lettura della ricerca si evince che l'effetto economico reale dell'operato del Cardiocentro sul territorio ticinese non è soltanto esprimibile in termini di valore aggiunto, flussi finanziari o in termini occupazionali. Non si può infatti trascurare il miglioramento della qualità di vita in Canton Ticino prodotto dalla presenza di una clinica di alta specializzazione, ma soprattutto non si possono dimenticare le ulteriori prospettive: quelle della catena del valore a livello regionale, dei *network* sanità-ricerca-formazione, delle capacità che il Cardiocentro ha dimostrato di possedere quale promotore di nuove forme di collaborazione e sinergie intra e intersettoriali, tutto ciò a beneficio dei propri *stakeholder* e della competitività del proprio territorio.

Dal punto di vista più strettamente economico-finanziario è stato quantificato il valore aggiunto creato e distribuito secondo i modelli di calcolo disponibili ed è stato evidenziato come la nascita del Cardiocentro abbia convogliato da altri cantoni verso il Ticino notevoli flussi finanziari; è stato inoltre rappresentato come ogni anno il valore aggiunto distribuito superi quello prodotto, a beneficio di fornitori locali e nazionali, del personale (purtroppo in parte non domiciliato, data la grave carenza in Svizzera di personale infermieristico) e della pubblica amministrazione.

A proposito di rappresentazione del valore aggiunto, occorre evidenziare come nel caso di strutture sanitarie la dimensione economica andrebbe più correttamente analizzata secondo il modello del GRI.

In conclusione, il Cardiocentro ha scelto di non rimanere una piccola clinica mo-

nospecialistica, ma di accettare la sfida di diventare centro di eccellenza e creare così valore pubblico per il proprio territorio. Le principali scelte strategiche del Cardiocentro, eccellenza a livello nazionale e *networking* a livello locale, sono esempi di piani strategici per lo sviluppo della *governance*: «... nel caso di strutture (sanitarie) di alta specializzazione la competizione dovrebbe spostarsi a livello nazionale, mentre a livello locale devono incoraggiarsi forme di collaborazione reticolare... senza differenziazione e specializzazione i soggetti erogatori non subiscono pressioni competitive reali e pertanto non si diffondono *best practices* e innovazione» (Cuccurullo, Meneguzzo, 2005).

Note

1. «L'accountability assicura che le azioni e le decisioni prese da parte dei funzionari pubblici siano soggette a controllo in modo da garantire che le iniziative intraprese dal governo permettano il raggiungimento degli obiettivi dichiarati e rispondano alle esigenze della comunità di riferimento» (World Bank Institute, 2005).
2. Sistemi di gestione della pubblica amministrazione implementati per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi a tutti i livelli di governo. Per ulteriori approfondimenti si consulti Meneguzzo *et al.* (2007).
3. Da notare che in Italia è stato elaborato il documento «Linee guida per la redazione del Bilancio Sociale delle Organizzazioni non Profit», come studio realizzato in collaborazione con ALTIS dall'Agenzia per le Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale. Lo studio ricalca in parte la proposta del GBS.
4. Si noti che il Cardiocentro Ticino è stato brevemente presentato nell'introduzione, mentre nei capitoli seguenti verranno analizzate le relazioni con gli *stakeholder* sociali, il rendiconto economico e l'identità aziendale, nonché gli approcci e gli strumenti di gestione strategica dell'ospedale.
5. Si confronti art. 3 Costituzione federale e art. 117.
6. Si consideri che, in Ticino, una parte importante del fabbisogno sanitario di base viene soddisfatto dal settore privato, comportando spesa pubblica diretta più bassa della media svizzera a discapito di premi di cassa malati relativamente maggiori. Per ulteriori approfondimenti si consulti Crivelli *et al.* (2007).
7. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla forma elettronica di sintesi del Bilancio sociale del CCT, www.cardiocentro.org/index.php?node=440&lng=1&rif=1a2deb5da9.
8. Per il CCT il costo relativo dei materiali è del 40% (25% in più rispetto a un ospedale quale l'Eoc).
9. Si confronti Aquila (2010).
10. Si confronti www.cardiocentro.org/index.php?node=440&lng=1&rif=1a2deb5da9.
11. Art. 49 LAMal: «per la remunerazione della cura ospedaliera... le parti alla convenzione stabiliscono

importi forfetari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50% dei costi fatturabili... nel reparto comune di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico», la nuova formulazione della LAMal a partire dal 2012 prevede invece un finanziamento pubblico minimo del 55%.

12. Un ringraziamento particolare va al Prof. Baranzini, professore ordinario, già decano della Facoltà di Scienze Economiche, dell'Università della Svizzera Italiana, per aver messo a disposizione del materiale prezioso per la valutazione dell'impatto economico del Cardiocentro.

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

- ALLEE V., TAUG J. (2006), «Collaboration, innovation, and value creation in a global telecom», *The Learning Organization: An International Journal*, pp. 569-578.
- AQUILA C. (2010), *L'analisi dei rischi ed il sistema di controllo interno della Fondazione Cardiocentro Ticino*, Università della Svizzera Italiana, Lugano.
- BAGNOLI D., RICCABONI A., NANTE N. (2005), «Il Bilancio Sociale come strumento di controllo strategico per un'azienda sanitaria locale. Determinanti di misurazione di performance e di rendicontazione sociale pubblica», *Organizzazione Sanitaria*, pp. 21-33.
- BERGAMASCHI M. (2009), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BORGONOV E. (2001), Il concetto di valore pubblico, *Azienda Pubblica*, 2-3, pp. 185-188.
- CEPIKU D. (2007), *Stakeholder management. Gestione dei rapporti con i portatori di interesse*, Università di Roma «Tor Vergata», Roma.
- CRIVELLI L., FILIPPINI M., MANTEGAZZINI-ANTONIOLI B., PALLOTTI F. (2007), *I costi dell'assicurazione malattia nel Cantone Ticino. Rapporto finale*, Università della Svizzera Italiana, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Lugano.
- CUCCURULLO C., MENEGUZZO M. (2005), *Dai piani strategici ai piani per la salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie italiane*, Rapporto Ceis, Roma.
- ETZKOWITZ H., LEYDESORFF L. (2000), «The dynamics of innovation: from National Systems and "Mode 2" to a Triple Helix of university-industry-government relations», *Research Policy*, pp. 109-123.
- FIORANI G., FREY M., MENEGUZZO M. (a cura di) (2010), *La sanità come volano dello sviluppo economico*, Edizioni ETS, Roma.
- FREEMAN E.R. (1984), *Strategic management: A stakeholder approach*, Pitman, Boston.
- FREEMAN E.R., RUSCONI G., DORIGATTI M. (a cura di) (2007), *Teoria degli stakeholder*, Franco Angeli, Milano.
- G.B.S. GRUPPO DI STUDIO PER IL BILANCIO SOCIALE (2001), *Principi di redazione del Bilancio Sociale*, Adnkronos Comunicazione S.p.A., Roma.
- GLOBAL REPORTING INITIATIVE (2011), *GRI Sustainability Reporting Guidelines G3.1 - Reference Sheet*, Global Reporting Initiative, Amsterdam.
- HINNA L. (2002), *Il Bilancio Sociale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- MAZZUCHELLI C. (2009), *Dalle catene di valore alle reti di valore*, Reti di valore, www.retivalore.it.
- MENEGUZZO M. (1996), *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa: le reti sanitarie multiospedaliere e multi servizi», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'Organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano.
- MENEGUZZO M. (2005), «Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il sistema della PA italiana», *Rivista italiana di ragioneria ed economia aziendale*, pp. 705-720.
- MENEGUZZO M., REBORA G. (a cura di) (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Milano.
- MENEGUZZO M., FERRARI D., VITTA C., ZANOLINI K. (a cura di) (2007), *Management pubblico in Ticino: esperienze a confronto tra Svizzera e Europa*, McGraw-Hill, Milano.
- MITCHELL R.K., AGLE B.R., WOOD D.J. (a cura di) (1997), «Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts», *Academy of Management Review*, 22, pp. 853-886.
- MOORE M. (1995), *Creating public value: Strategic management in Government*, Harvard University Press, Cambridge.
- MOORE M. (2003), *The Public Value Scorecard: A Rejoinder and an Alternative to «Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations» by Robert Kaplan*, Hauser Center Working Paper, The Kennedy School of Government, Harvard University.
- NORMANN R., RAMIREZ R. (1995), *Le strategie interattive d'impresa*, Etas Libri, Milano.
- NORMANN R., RAMIREZ R. (1993), «From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy», *Harvard Business Review*, Jul-Aug, 71 (4), pp. 65-77.
- PENROSE E. (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, John Wiley and Sons, New York.
- PORTER M. (1985), *Competitive Advantage: creating and sustaining superior Performance*, Free Press, New York.
- SCHUMPETER J.A. (1954), *History of Economic Analysis*, Oxford University Press, New York.
- SODA G. (1999), *Reti tra Imprese: modelli e prospettive per una teoria del coordinamento*, Carocci Editore, Roma.

- SUCHMAN M.C. (1995), «Managing Legitimacy. Strategic and Institutional Approaches», *Academy of Management Review*, Jul., vol. 20 (3), pp. 571-610.
- TANESE A. (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Edizioni Scientifiche Italiane Spa, Roma-Napoli.
- VON HIPPEL E. (2007), «Horizontal innovation networks - by and for users», *Industrial and Corporate Change*, vol. 16 (2), pp. 293-315.
- WATTS P., LORD HOLME (2000), *Corporate Social Responsibility*, World Business Council for Sustainable Development, Geneva.
- WORLD BANK INSTITUTE (2005), *Social Accountability in the Public Sector*, DCWBI Working Paper, Washington.

Siti web

- www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html
- www.ti.ch/DFE/USTAT/DATI_CANTONE/default_3.asp?menu=14&key1=14&key2=03&key3=04
- www.retidivalore.it
- www.globalreporting.org
- www.cardiocentro.org

Publicazione e comunicazione delle Valutazioni di esito: esperienze internazionali

ALICE BASIGLINI, CARLO A. PERUCCI

The objective of the public release of hospitals quality data is to act as a catalyst to promote quality improvement and to stimulate inequality reduction in access to medical care. However, the success of public disclosure is strongly influenced by the use of communication techniques appropriate considering the type of information (complex) and the target population, strongly heterogeneous in the concrete ability in finding, understanding, and integrating data into a choice. As a background for a future research on disclosure of health care performance data to consumers, this study proposes a mini-anthology of the web sites that in different part of the world inform people on health quality, focused on type of information they include and the presentation approach they use.

Keywords: hospital quality evaluation, public disclosure, website features, communication strategies

Parole chiave: valutazione qualità ospedali, pubblicazione, caratteristiche siti web, strategie di comunicazione

Note sugli autori

Alice Basiglini, Carlo A. Perucci, Programma Nazionale Esiti (PNE), Age.Na.S, basiglini@agenas.it

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare Ursula Kirchmayer del Dipartimento di Epidemiologia del SSR della Regione Lazio per il supporto dato in occasione dell'analisi del sito web in lingua tedesca e Alessandro Mascia di Agenas per la consulenza informatica offerta durante le diverse fasi di sviluppo e redazione dello studio

1. Premessa

Nell'ambito del Programma nazionale esiti (PNE), inquadrato dalla legislazione più recente (Co 25bis Art. 15 l.135/2012), quale strumento istituzionale di valutazione del Ssn, accanto alla definizione degli strumenti e dei metodi di misura e alla misurazione empirica degli esiti, è stata condotta una valutazione dei possibili canali di impiego sistematico delle stime all'interno del Ssn e dell'impatto delle diverse opzioni di utilizzazione e di comunicazione dei risultati.

In questo quadro, è stato elaborato il documento «Valutazioni comparative di esito in Italia: ipotesi di utilizzazione e di impatto» (Basiglini *et al.*, 2011), una sintesi dell'analisi sui possibili effetti positivi e le eventuali conseguenze inintenzionali delle diverse opzioni di uso delle informazioni relative agli esiti delle cure. Un'attenzione particolare è stata dedicata all'ipotesi di *public disclosure*: se da una parte rappresenta la soluzione caldeggiata da molta parte dell'opinione pubblica e privilegiata in molti contesti internazionali (a partire dai Paesi che per primi hanno fatto ricorso agli indicatori di esito per il monitoraggio e il governo della sanità), dall'altra appare come la più complessa se si considera la previsione e il controllo del possibile impatto sul sistema. Non ci sono in letteratura evidenze univoche sull'esistenza di una associazione positiva tra pubblicazione di dati di esito e miglioramento dell'efficacia delle cure (Shekelle *et al.*, 2008): non è chiaro se questo sia da attribuire maggiormente agli effetti distorsivi che i programmi di valutazione hanno dato prova di produrre nel comportamento dei soggetti valutati (Dranove *et al.*, 2003; Werner, Asch, 2005), per cui è

SOMMARIO

1. Premessa
2. Introduzione - metodologia
3. Analisi dimensione servizio
4. Analisi dimensione comunicazione
5. Analisi dimensione misure
6. Conclusioni
7. Note alla lettura
8. Griglia sintetica finale

ipotizzabile un annullamento tra i benefici di una maggiore trasparenza e le conseguenze negative legate alle reazioni dei produttori di servizi (comportamenti di scrematura della casistica trattata e aumento dell'inappropriatezza) o alla mancata utilizzazione di questo strumento, quando disponibile, da parte degli utenti (Marshall *et al.*, 2000). A partire da questa seconda motivazione, in base alla quale le valutazioni di esito, così come utilizzate al giorno d'oggi, sembrano avere un'influenza modesta nella formulazione della domanda di servizi sanitari della popolazione, che si è scelto di indagare le caratteristiche dei diversi esempi di *public disclosure*.

È possibile ipotizzare che, data la domanda crescente di trasparenza sul livello qualitativo dei servizi sanitari, il fallimento dei *report* nel divenire un determinante delle scelte di cura delle persone non possa essere imputato a un disinteresse diffuso, ma, piuttosto, a una sottovalutazione dell'opzione comunicativa alla base del disegno di questi strumenti conoscitivi.

La difficoltà del comune cittadino nella comprensione e interpretazione delle informazioni è chiaramente documentata in letteratura (Damman *et al.*, 2010; Gigerenzer *et al.*, 2007; Jewett, Hibbard, 1996): l'estraneità al linguaggio medico-sanitario e alla terminologia della scienza epidemiologica, la scarsa familiarità con gli strumenti statistici di rappresentazione della realtà, l'incapacità di tradurre le informazioni in comportamenti coerenti sono tutti (potenziali) elementi di ostacolo a un reale *empowerment* della popolazione di assistiti. Si consideri, inoltre, che la limitata fiducia che gli utenti ripongono nella validità delle informazioni e nell'indipendenza della fonte (Marshall *et al.*, 2000) può contribuire in misura non trascurabile nel produrre fenomeni di sottovalutazione e

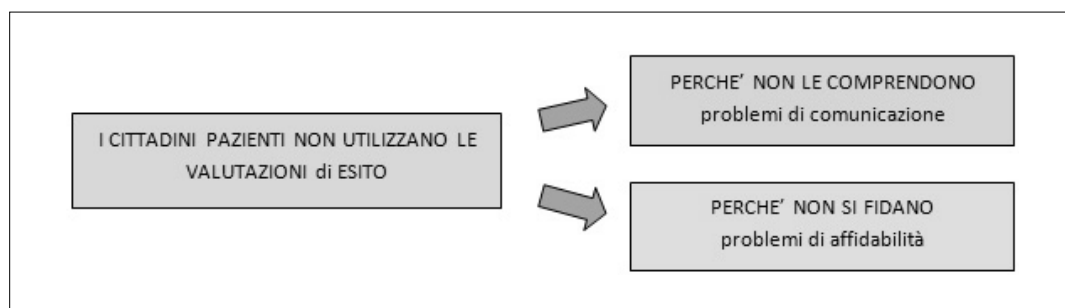
attribuzione di scarsa rilevanza alle valutazioni di esito delle cure (figura 1).

Obiettivi di PNE sono il supporto al miglioramento dell'efficacia dei servizi sanitari e la riduzione delle diseguglianze tra individui e nella popolazione nell'accesso alle cure di provata efficacia. L'aspetto del funzionale impiego dei risultati PNE e, parallelamente, del ricorso a tecniche comunicative adeguate, non può essere sottovalutato: lo sforzo, implicito nell'attività di valutazione, teso a innalzare la qualità dei trattamenti/interventi sanitari, può essere vanificato, ove non si considerino sufficientemente gli effetti paradossali di una *public disclosure* non ponderata alle caratteristiche dell'informazione (complessa) e del pubblico (fortemente disomogeneo nella possibilità concreta di intercettare e comprendere, nel suo significato e nel suo valore applicativo, il messaggio).

Come base analitica di una futura ricerca sulle tecniche comunicative più efficaci, anche nella prospettiva di un allineamento, sempre più realistico, dell'Italia alle esperienze di altri Paesi in tema di garanzia di trasparenza e di miglioramento della visibilità della qualità delle cure ospedaliere, è stata condotta un'analisi su un elenco di siti web contenenti (anche) indicatori di esito, che sulla base di una griglia di caratteristiche identificate come rilevanti, ha consentito di tracciare il profilo dei diversi siti in oggetto e di costruire una sorta di antologia delle esperienze di *public disclosure*. Nella fase di stesura del lavoro, la Conferenza Stato - Regioni (CSR), ha assunto la Deliberazione n. 20 del 24 gennaio 2013, sulla proposta del Ministero della salute di ammissione a finanziamento del progetto interregionale «Portale della trasparenza dei servizi per la salute» per il finanziamento di un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari. Tra

Figura 1

Evidenze dalla letteratura scientifica



gli obiettivi del Portale, la CSR individua la diffusione della «cultura della qualità (efficacia, sicurezza, personalizzazione/accettabilità, accessibilità, efficienza, equità) e della sua valutazione, che prevede anche la pubblicazione del Programma Nazionale Esiti».

2. Introduzione - metodologia

Si propone uno schema di classificazione dei siti internet che dia evidenza di come ciascuno di essi si qualifica rispetto a caratteristiche di contenuti e metodi (figura 2).

1. *Variabili descrittive/esplicative.* Per l'identificazione di alcune variabili, la scelta operativa è stata quella di «scomporre» il concetto di efficacia della *disclosure* di un *website* dedicato (anche o esclusivamente) alla diffusione di conoscenze sull'esito delle cure ospedaliere, in una serie di elementi qualificanti. Parte delle caratteristiche rilevate sono quindi considerate variabili esplicative, probabilmente decisive nella determinazione dell'efficacia della divulgazione. Si tratta di caratteristiche che (a seconda del respiro che

si vuole dare all'analisi) si limitano a concorrere, alla stregua delle altre variabili, nel tracciare il profilo dei *website* oppure operano anche, individualmente o, più spesso, in reciproca interazione, quali possibili predittori di feedback positivi o negativi da parte dell'utenza.

2. *Variabili descrittive.* Le altre caratteristiche rilevate attengono a opzioni metodologiche (per quanto riguarda l'analisi statistica) o a ulteriori scelte nel disegno del sito altrettanto importanti, sia pur prive di nesso teorico con il successo dei *report*, per delineare una descrizione esaustiva delle varie esperienze di *public disclosure*.

Per motivi di esemplificazione dell'analisi e di chiarezza espositiva, le variabili sono state raggruppate in tre dimensioni. Le variabili a due livelli di lettura sono quelle riportate nei primi due gruppi (figura 2).

Il primo sottoinsieme, denominato «servizio» (figura 3), raggruppa qualità che riguardano le caratteristiche del servizio di informazione e che denotano, oltre alla natura più o meno comparativa dello strumento,

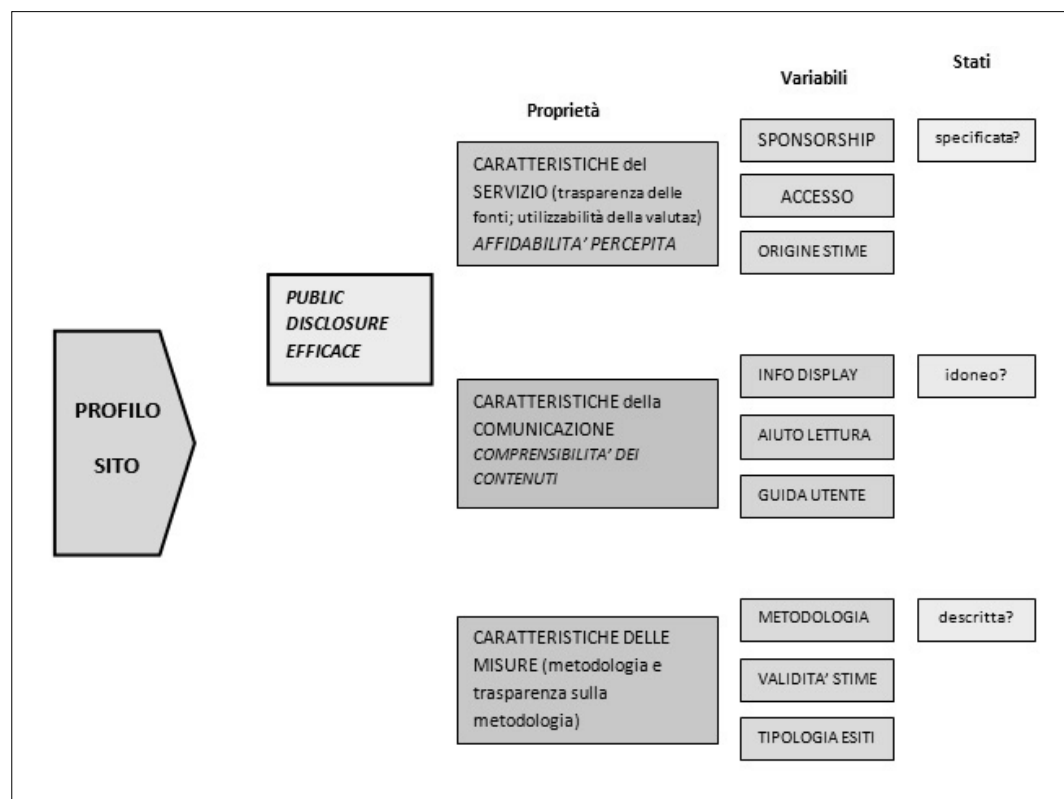


Figura 2
Schema esemplificativo dell'analisi

SERVIZIO							
SPONSORSHIP (chi finanzia l'iniziativa?): specificato/non specificato							
ACCESSO: libero / a pagamento / misto / condizionato							
ORIGINE STIME: dealer (specificato; non specificato) / producer							
UPDATE: specificato / non specificato							
PARTECIPAZIONE: obbligatoria / volontaria							
FONTI INFORMATIVE: specificate / non specificate							
NATURA DELLO STRUMENTO: valutativa / comparativa / classificatoria							
	SPONSORSHIP	ACCESSO	ORIGINE STIME	UPDATE	PARTECIPAZIONE	FONTI INFORMATIVE	NATURA STRUMENTO
sito1	SI / NO	A / B / C / D	A1 / A2 / B	A / B	A / B	SI / NO	A / B / C
sito2							
sito3							

Figura 3

Variabili siti web - caratteristiche servizio

a) il grado di trasparenza, intesa come identificabilità di tutti i soggetti coinvolti nella *disclosure* (responsabilità della rilevazione dei dati, della produzione degli indicatori, della presentazione dei risultati) e

b) la valenza effettiva dello strumento, legata da un lato all'accessibilità formale del canale (ovvero alla possibilità di usufruire dello strumento in maniera agevole e gratuita), dall'altro all'estensione o copertura della valutazione (adesione volontaria al programma o partecipazione obbligatoria di tutte le strutture) e alla frequenza di aggiornamento delle stime.

Si tratta di elementi che possono influire sulla percezione che l'utenza sviluppa circa l'attendibilità della fonte e la validità delle informazioni pubblicate. Attraverso la declinazione di queste variabili qualitative negli stati che esse assumono negli esempi studiati, è possibile costruire un quadro abbastanza completo dell'affidabilità del sito web, quanto meno nella prospettiva del cittadino-paziente chiamato ad avvalersene soprattutto nel momento in cui si presenta la necessità di scegliere il luogo di cura.

La seconda serie di variabili (figura 4) fa riferimento alle modalità di presentazione

dell'informazione: si osserva come i *website* del nostro elenco abbiano scelto di adempiere alla loro funzione di divulgazione di informazioni ad alto contenuto tecnico, a partire dalle opzioni riguardanti la struttura e la grafica delle pagine *online* fino alla decisione di corredare le stime di esito con elementi di supporto a una agevole individuazione dell'informazione desiderata e a una sua corretta lettura e interpretazione.

La possibilità di intercettare i contenuti rilevanti (non necessariamente quelli cercati inizialmente dall'utente corrispondono a quelli effettivamente utili) e l'intelligibilità del materiale informativo possono dipendere da:

a) presenza di *sitemap* e di guide all'uso del sito;

b) configurazione dei meccanismi di selezione delle informazioni (i motori di ricerca, indicati nella griglia come «info index»);

c) disponibilità di tipologie diverse di informazioni (che, se da una parte garantiscono completezza informativa, dall'altra possono dare indicazioni apparentemente contraddittorie) e presentazione contestuale o in pagine web distinte (susceptibile di incidere sulla chiarezza espositiva);

OPZIONE COMUNICATIVA						
INFO DISPLAY: parole / numeri / grafici / infovis / classifiche						
INFO INDEX: nome struttura / area geografica / prestazione / prestazione in area geografica / keywords						
ETEROGENEITA' INFO: X / 7						
INTEGRAZIONE INFO: X / Eterogeneità info						
AIUTO lettura (FORMA): glossario / DDP / FAQ / legenda-note a margine-intro / indicazioni better-worse / elementi evocativi / info a parte (linkabile; non linkabile) / video						
AIUTO lettura (CONTENUTI): aiuto comprensione metodi statistici / aiuto comprensione tematiche e terminologia medico-sanitaria / aiuto razionale / aiuto valore applicativo						
GUIDA UTENTE: sitemap / tutorial (insieme di istruzioni) / tutorial (interattivo) / video						
INFO DISPLAY	INFO INDEX	ETEROGENEITA' INFO	INTEGRAZIONE INFO	AIUTO (FORMA)	AIUTO (CONTENUTI)	GUIDA UTENTE
sito 1	A / B / C / D / E	A / B / C / D / E	X / 7	X / E I	A / B / C / D / E / F / G1 / G2 / H	A / B / C / D
sito 2						
sito 3						

d) rappresentazione degli indicatori di esito, attraverso la semplice indicazione del dato numerico o ricorrendo a simboli evocativi, grafici, ecc.;

e) previsione di meccanismi di ausilio alla comprensione degli indicatori di esito (cosa indicano, come sono stati costruiti ecc.).

In questo secondo gruppo di variabili, ci sono alcuni indicatori qualitativi che riguardano esclusivamente le stime di esito («info display», «aiuto lettura»); attraverso tutti gli altri, l'analisi si estende al complesso delle informazioni inerenti il servizio e, in particolare, al modo in cui queste sono ordinate all'interno del portale.

Gli elementi qualificativi e distintivi dell'opzione comunicativa caratteristica di un sito web sono anche quelli maggiormente idonei a spiegarne o ipotizzarne l'impatto. Insieme agli attributi identificati nella griglia «servizio», le variabili ordinate nel sottoinsieme «opzione comunicativa» rappresentano gli indicatori qualitativi che consentono in potenza di spiegare l'effetto della disclosure sui modelli decisionali delle persone (figura 2). Tutto ciò riguarda una valutazione a priori dei siti di pubblicazione di valutazioni di esito: *l'effetto delle variabili potrà esse-*

re stimato soltanto se e quando, terminata questa fase essenzialmente descrittiva, sarà possibile operare una ricognizione delle evidenze in letteratura sull'esistenza di standard di presentazione caratterizzati da una significativa associazione con soddisfacenti livelli di reattività positiva degli utenti e verificare empiricamente (all'interno, cioè, di un appropriato disegno di studio empirico) la correlazione tra il ricorso a determinati criteri di disegno del sito web e il feedback positivo del lettore.

L'ultima dimensione osservata (figura 5) fa riferimento agli aspetti statistico-metodologici della disclosure e copre il processo che va dalle scelte di misurazione (eventualmente operate da soggetti diversi rispetto a quello responsabile della pubblicazione) fino alle decisioni relative alla varietà di misure di esito riportate nel website e all'opzione di specificare o meno i metodi statistici applicati.

Si tratta di un piano totalmente distinto dai due precedenti, sia per la natura eminentemente tecnica degli elementi osservati sia, in maniera correlata, per il gruppo-target di riferimento. Se nelle prime due griglie il profilo del sito web si traccia in funzione di caratteristiche di progettazione teoricamente

Figura 4
Variabili siti web -
opzione comunicativa

MISURE					
TIPOLOGIA INDICATORI DI ESITO: <i>mort / riamm / reinterv / complic / t di attesa per prestaz principale / esiti puri / tratt in t appropriati / tratt prinòpali apr / tratt secondari apr</i>					
VALIDITA' STIME: <i>aggiustamento / non aggiustamento</i>					
CONFRONTO: <i>metodo diretto / metodo indiretto</i>					
PRECISIONE STIME: <i>p / IC / significativo - non significativo</i>					
ASPETTI METODOLOGICI: <i>razionale / definizione indicatore / selezione della popolazione allo studio / metodi statistici</i>					
	TIPOLOGIA INDICATORI	VALIDITA' STIME	CONFRONTO	PRECISIONE STIME	ASPETTI METODOLOGICI
sito 1	A/B/C/D/E/F/G/H/I	A/B	A/B	A/B/C	A/B/C/D/NO
sito 2					
sito 3					

Figura 5

Variabili siti web -
caratteristiche misure

studiate per la popolazione cittadini-utenti, nel terzo sottoinsieme sono state raggruppate variabili, quali criteri di classificazione delle esperienze di *disclosure*, che interessano in primo luogo l'osservatore tecnico-scientifico e solo indirettamente il pubblico dei pazienti. La variabile «aspetti metodologici» (figura 5) è, ad esempio, molto diversa dall'aspetto «aiuto comprensione metodi statistici» della variabile «aiuto lettura (contenuti)» (figura 4), volendo la prima rilevare la disponibilità all'interno del sito di spazi dedicati alla spiegazione di dettaglio della metodologia utilizzata (razionale, protocollo, modello predittivo, metodi statistici), quale indice di trasparenza e affidabilità per il pubblico esperto, e quest'ultima verificare la presenza nel sito web di elementi che denotano lo sforzo di rendere familiari al comune cittadino contenuti complessi. Tuttavia, considerato che a diverse scelte metodologiche devono corrispondere differenti criteri di lettura e interpretazione del dato, la considerazione di questa terza dimensione è pariteticamente importante per comprendere e valutare la complessità implicita nell'operazione di divulgazione di indicatori statistici di «qualità» dell'assistenza.

I siti web contenenti indicatori di esito sono stati analizzati secondo le variabili contenute nelle tre griglie.

L'elenco dei siti web (figura 6) è stato costruito a partire dall'«Health care report card compendium», un documento redatto da TalkingQuality, che raccoglie, su richiesta di registrazione dello sponsor, informazioni su tutti i *report* nei quali sono pubblicate indicazioni comparative sulla qualità degli erogatori dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Dai siti inclusi nel compendio sono stati selezionati esclusivamente i *websites* che rispondevano contemporaneamente a due criteri: 1) presenza di indicatori (anche) di esito (sono stati esclusi i siti internet in cui compaiono, per esempio, solo indicatori di *patient satisfaction*); 2) pubblicazione di valutazioni comparative tra strutture ospedaliere (ciò ha comportato che fossero, ad esempio, scartati tutti i siti che pubblicano dati di qualità unicamente sui programmi assicurativi sanitari). Il Compendium, nonostante identifichi siti internet sulla base di elementi informativi ancora molto «essenziali», costituisce l'unico tentativo a oggi esistente di ricognizione delle esperienze di *public disclosure*. Tra i limiti maggiori, si evidenzia quello dell'incompletezza: si tratta, infatti, di

ELENCO SITI INTERNET	
http://www.ucomparehealthcare.com/	http://www.ahd.com/
http://www.bcbst.com/tools/hospital-quality/service.do	http://www.healthcarequalitydata.org/
http://www.calhospitalcompare.org/	http://www.phc4.org/reports/hpr/09/springupdate.htm
http://www.cohospitalquality.org/index.php	http://ohiohospitalcompare.ohio.gov/
http://www.ohiohospitalquality.com/	http://www.okhospitalquality.org/
http://www.drfooster.co.uk/ghg/	http://www.orhospitalquality.org/index.php
http://www.floridahealthfinder.gov/	http://www.pacificare.com/vgn/images/portal/cit_60701/600693013_PCA140967-003.pdf
http://www.healthgrades.com	http://www.pahealthcarequality.org/
http://www.in.gov/isdh/23432.htm	http://www.wacommunitycheckup.org
www.kyha.com	Blue Shield of California https://www.talkingquality.ahrq.gov/content/reportcard/files/Sample4bBSofCA2.pdf
http://www.healthfinderla.gov/CompareQuality.aspx	http://www.dshs.state.tx.us/THCIC/Publications/Hospitals/IQIRReport/IQIRReport.shtm
http://mhcc.maryland.gov/consumerinfo/hospitalguide/index.htm	The Commonwealth fund http://whynotthebest.org/
http://hcqcc.hcf.state.ma.us/	Fraser Institute http://www.hospitalreportcards.ca
http://web.doh.state.nj.us/apps2/hpr/index.aspx	http://www.qualityhealthtogether.org/index.php
http://hospitals.nyhealth.gov/	http://health.usnews.com/
http://www.aboutthehealthquality.org/index/hmo_report_card	http://www.health.utah.gov/myhealthcare/hospital.htm#sb132
http://www.nchospitalquality.org/	http://www.bishca.state.vt.us/health-care/hospitals-health-care-practitioners/2010-hospital-report-card
http://www.nortonhealthcare.com/body.cfm?id=157	http://www.vhi.org/default.asp
http://egov.oregon.gov/DAS/OHPPR/HQ/	http://www.wicheckpoint.org
https://www.sundhed.dk/Applikation.aspx?id=103.1	http://www.abqhealthcarequality.org/content/?id=12
http://www.klinikfuehrer-rheinland.de/	http://www.oshpd.ca.gov/HID/DataFlow/HospQuality.html
http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de/	http://www.hospitalcompare.hhs.gov/
http://www.kiesbeter.nl/algemeen/	http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx
http://www.cz.nl/ziekenhuisvergelijker	http://www.cihi.ca/

Figura 6
Elenco siti web (ultima visualizzazione. Dicembre 2012)

un catalogo che si arricchisce nel tempo sulla base di richieste presentate dalle stesse organizzazioni «sponsor» e che rimane ancora molto circoscritto al panorama statunitense e inglese. Per consentire la realizzazione di un elenco che includesse anche esperienze europee, sono stati considerati anche i siti internet oggetto dell'analisi in Damman *et al.* (2010), uno studio che ha provato a valutare lo stato dell'arte nelle modalità di presentazione online delle informazioni comparative sulla qualità sanitaria. Anche i siti web dello studio sono stati valutati secondo i due criteri di selezione sopra indicati.

In questa sede, riporteremo, a titolo esemplificativo, lo studio condotto su dieci siti internet individuati all'interno dell'elenco dei *website* oggetto del nostro catalogo. La scelta è stata operata alla luce di parametri che consentissero una rappresentazione esemplificativa del panorama generale, superando il *bias* di lingua e considerando la natura giuridica dello sponsor del *website*, l'eterogeneità delle popolazioni sulle quali insistono le valutazioni e la gratuità dell'accesso. Seguendo questa linea, e considerando che Usa e UK sono stati i primi a sperimentare forme di *disclosure*, nella

mini-antologia che proponiamo, sono state riportate le valutazioni di:

- i due siti governativi inglese e statunitense *NHS choices* e *Hospital Compare*;
- i due più famosi siti internet privati inglese e statunitense *DrFoster* e *HealthGrades*;
- due siti web statunitensi di minore notorietà ma che riportano valutazioni dell'intero territorio federale *UCompareHealthCare* *HealthUsNews*;
- un sito web statunitense che riporta i dati della sola California *Cal Hospital Compare*;
- un sito web canadese che copre il territorio di tutte le province *Cihi*;
- un sito tedesco che copre il territorio della Renania *Klinik fuehrer*;
- un sito web ad accesso a pagamento *ahd*.

Il documento di Damman *et al.* è stato preso in considerazione anche per l'identificazione di alcune variabili inerenti l'«opzione comunicativa». Lo studio del 2010 si propone, infatti, un obiettivo simile a quello della nostra analisi, ovvero di disegnare un profilo dei siti web che contengono informazioni comparative sulla qualità dei servizi sanitari. Damman *et al.*, inserendo nel campione anche valutazioni comparative differenti da quelle tra ospedali, classifica i *web-site* sulla base di quattro aspetti: le tipologie informative presentate, il livello di integrazione tra le diverse tipologie, la presenza di *drill down path (DDP)* e l'*information display* utilizzato. Nel lavoro che proponiamo, il primo aspetto è stato affrontato in maniera più dettagliata; il secondo aspetto è stato misurato in maniera differente ed è stato associato al dato sulla eterogeneità; la presenza di DDP è stata indagata nel più ampio monitoraggio dei meccanismi di «aiuto alla lettura» sia dal punto di vista della forma sia dal punto di vista del contenuti; l'*information display* è stato verificato includendo anche altri approcci di rappresentazione. Altro riferimento per la costruzione della griglia è stato l'elenco proposto da TalkingQuality per l'identificazione degli elementi di differenza tra i *report card*: si è cercato, compatibilmente con l'obiettivo del nostro studio, di integrare nella classificazione tutti i diversi aspetti riportati nel documento «How report cards differ» (TalkingQuality).

L'analisi è stata poi integrata con altri elementi volti a indagare la dimensione comunicativa e, soprattutto, con l'estensione della valutazione alle altre due dimensioni, meno indagate in letteratura, ma essenziali per una descrizione completa delle esperienze di *disclosure* e per impostare il futuro lavoro di valutazione di impatto di diverse strategie comunicative.

Lo stato sulle variabili è stato identificato separatamente e indipendentemente dai due autori. Nel caso di divergenza nelle valutazioni, le posizioni sono state discusse e si è cercato l'accordo.

Alla fine del documento è riportata la griglia sintetica delle valutazioni.

3. Analisi dimensione servizio

Le variabili «sponsorship», «origine stime», «fonti informative» recano, nelle loro modalità «specificato»/«non specificato», l'informazione relativa alla visibilità dei soggetti a vario titolo coinvolti nel lavoro di *disclosure*. Attraverso la rilevazione di queste caratteristiche si è voluta constatare l'eventualità di un'attenzione dei creatori/gestori del sito web nello specificare la responsabilità della divulgazione:

- a) dal punto di vista del finanziamento dell'iniziativa di pubblicazione online;
- b) dal punto di vista dell'elaborazione delle stime di esito;
- c) dal punto di vista della gestione dei flussi informativi del sistema sanitario considerati nel calcolo degli indicatori di esito.

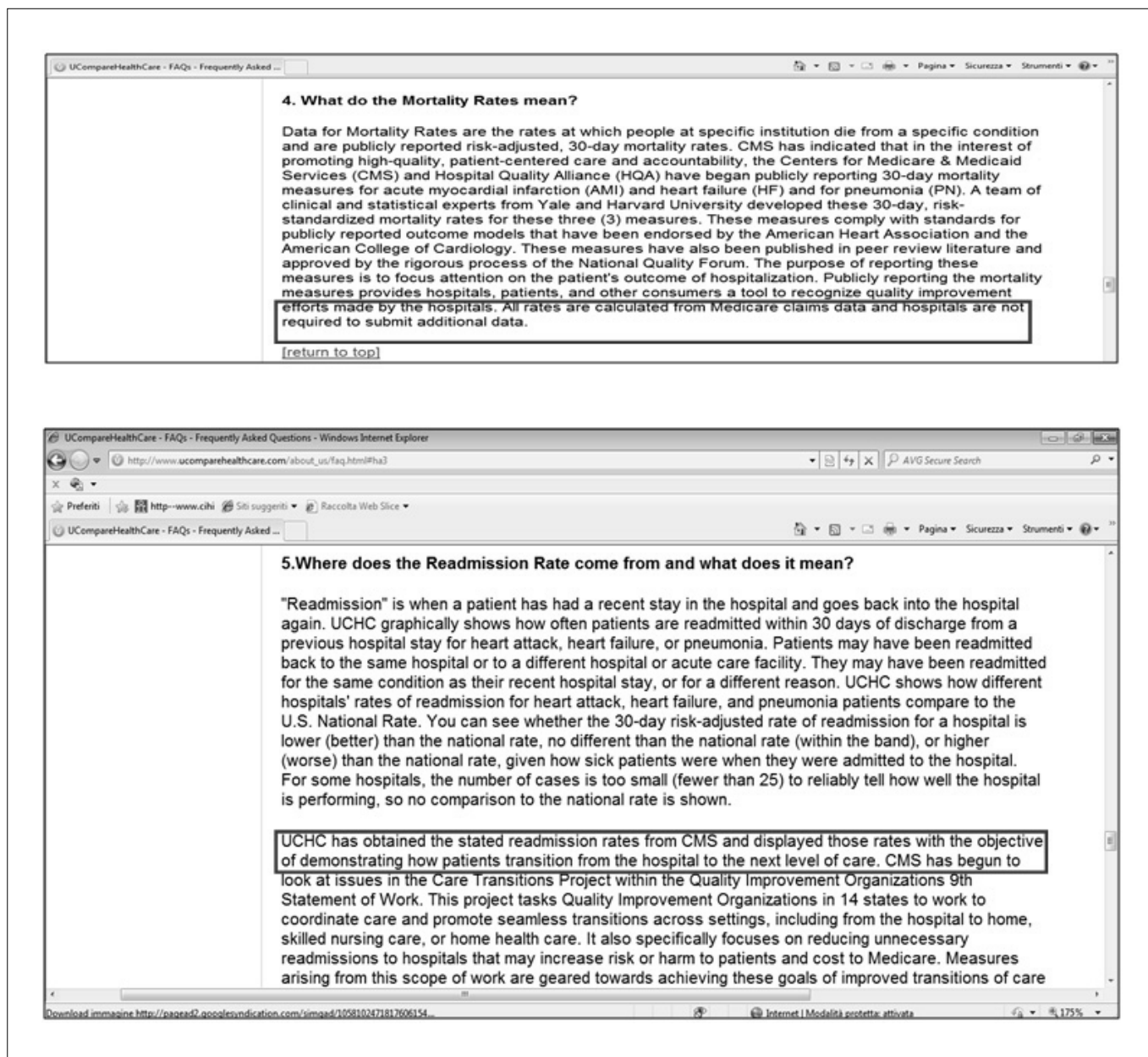
Per quanto riguarda la possibilità di identificare l'«origine delle stime», si è pensato di distinguere i siti analizzati in *producer* e *dealer* a seconda che il gestore del sito web coincida o meno con il centro responsabile della valutazione. Nelle ipotesi di *dealer*, è stata, inoltre, verificata la circostanza che l'origine delle stime sia rinvenibile all'interno del sito. *HealthUsNews* si qualifica, ad esempio, come *dealer*, ovvero si limita a riportare i risultati della valutazione effettuata da un soggetto terzo: nel sito web, è facilmente rintracciabile come le graduatorie dei migliori ospedali siano prodotte dalla *Social, Statistical and Environmental Science Division of RTI International*, un istituto indipen-

SERVIZIO							
SPONSORSHIP (chi finanzia l'iniziativa?): specificato/non specificato							
ACCESSO: libero / a pagamento/ misto /condizionato							
ORIGINE STIME: dealer (specificato; non specificato) / producer							
UPDATE: specificato / non specificato (ultimo anno di reclutamento)							
PARTECIPAZIONE: obbligatoria / volontaria							
FONTI INFORMATIVE: specificate / non specificate							
NATURA DELLO STRUMENTO: valutativa / comparativa / classifcatoria							
	SPONSORSHIP	ACCESSO	ORIGINE STIME	UPDATE	PARTECIPAZIONE	FONTI INFORMATIVE	NATURA STRUMENTO
ucomp	NO	A	n.a.	SI (2009)/NO	n.a.	SI	B
calhosp	SI	A	A1	SI (2008)	B	SI	B
drfoster	SI	A	B	SI (2011)	A	SI	A
hgrades	NO	A	B	SI (2010)	n.a.	SI	C
usnews	NO	A	A1	SI (2010)	A	SI	C
choices	SI	A	B	SI (2011)	A	SI	B
cihi.ca	SI	A	B	SI (2011)	B	SI	A
klinikfu	NO	A	A / B	SI (2010/2011)	B	SI	C
Hcomp	NO	A	B	SI (2011)	B	SI	B
ahd	NO	B	A1	SI (2011)	B	SI	B

dente e *no profit* che fornisce servizi di ricerca a clienti governativi e commerciali. Discorso diverso vale per *DrFoster*, website che nella nostra analisi viene ricompreso nella classe «producer», dal momento che è la *DrFoster Intelligence* a finanziare la propria unità operativa attiva presso l'*Empirical College*. In *UCompareHealthCare*, la terminologia utilizzata non consente, invece, di discernere se, per quanto riguarda due delle principali tipologie di indicatori di esito (mortalità, ri-

ammissioni), il sito web funzioni da finestra per la divulgazione di stime misurate da CMS (*Center for Medicare & Medicaid Services*) o se, invece, CMS, quale gestore dei flussi informativi, sia semplicemente la fonte dei *database*. Per quanto riguarda gli indicatori di mortalità, si propenderebbe verso l'identificazione di *U Compare* quale *producer* dei risultati; per quanto, invece, attiene alle stime di riammissione ospedaliera i dubbi sono maggiori (figura 7). La soluzione migliore è

Griglia sintetica 1
Caratteristiche servizio

**Figura 7**

Difficoltà di identificazione dell'origine delle stime in *U compare Health Care*

probabilmente quella di inserire per questo sito lo stato n.a.

Il sito web tedesco costituisce, a sua volta, un caso particolare. L'Associazione degli ospedali renani (KHZV), quale gestore del sito web e curatore della guida online, da una parte ricorre al set di indicatori pubblicati nell'ambito di una valutazione condotta con cadenza biennale, a livello centrale e con valenza obbligatoria (riguardante autoritativamente tutti gli ospedali tedeschi), dall'altra

ricomponere, per i 165 ospedali membri, una selezione di quegli stessi indicatori (i soli che consentono un confronto tra strutture) in gruppi di prestazioni alternativi (che tengono conto del livello di gravità della patologia diagnosticata) rispetto a quelli utilizzati nei rapporti obbligatori e basati sui Drg. A riconoscimento di questa peculiarità, in riferimento a questo *website* lo stato è A1/B.

Anche in relazione alla variabile *sponsorship*, si riscontra una notevole varietà di ap-

procci e già nel nostro campione è possibile distinguere i casi in cui non è indicata affatto (la specificazione di eventuali finanziamenti esterni manca, ad esempio, in *HealthUsNews*) dai casi in cui è segnalata con una semplice nota (in *NHS choices*, sotto la voce «editorial policy», si legge che l'iniziativa è finanziata dal *Department of Health* e che non sono contemplati spazi pubblicitari e sponsorizzazioni) a quelli, invece, dove si dedica più spazio all'argomento (*Cihi* pubblica l'«Operational Plan and Budget», dove in maniera puntuale e dettagliata si da conto agli *stakeholder* dei contributi assegnati e della relativa gestione). Ancora diverso è il caso di *DrFoster*: qui non è dato identificare nessun riferimento all'esistenza di eventuali finanziamenti esterni, ma è riportato interamente il Protocollo del Comitato etico istituito per verificare il rispetto da parte di *DrFoster Intelligence* (un'impresa commerciale) di un determinato codice di condotta atto ad assicurare che tutti i suoi output non vengano influenzati da condizionamenti di vario tipo.

Il diverso atteggiamento dei siti web rispetto alla questione dell'immagine proposta all'esterno, è rintracciabile nelle differenti politiche pubblicitarie: se ci sono alcuni portali che riportano l'icona «advertise with us» già nel menù a barra dell'intestazione, sponsorizzando lo spazio web per l'inserimento di spot e annunci (*HealthGrades*), altri sono invece interessati a rendere visibili i criteri di selezione delle domande di inserimento di messaggi di promozione o a escludere del tutto la possibilità di impiego dello spazio web per scopi commerciali. Nel nostro catalogo ci limiteremo a segnalare la presenza/assenza nei vari siti web di una chiara indicazione in ordine alla provenienza delle risorse finanziarie a supporto dell'iniziativa di *disclosure*, nell'assunto che la mancanza di segnalazioni in questo senso non possa essere interpretata come sintomatica di una situazione di autonomia finanziaria.

L'elemento «fonti informative» è uno dei meno problematici: è spesso di facile valutazione ed è specificato in tutti i siti web del nostro campione, a prescindere dalla loro qualificazione come «dealer» o come «producer».

L'«accesso», per quasi tutti i siti internet considerati, è libero, anche se non necessa-

riamente in relazione all'intero portale: in questa sede ci limitiamo a considerare l'assenza di restrizioni di qualsiasi natura alla consultazione della valutazione comparativa tra strutture, ma si consideri che molti siti web prevedono aree accessibili solo attraverso procedure di registrazione e/o contro pagamento di un corrispettivo economico per la lettura dei contenuti. «Public Disclosure», quindi, non è intesa come piena diffusione e libero accesso all'informazione, ma come messa a disposizione dei contenuti della valutazione al di fuori di un circuito strettamente interno (tecnico e/o politico e/o professionale). A titolo esemplificativo, tra i dieci siti del campione, è stato inserito anche un website americano che consente la visualizzazione di misure di esito solo previo acquisto della relativa area di interesse («Application»).

La variabile «partecipazione» nelle sue declinazioni «obbligatoria»/«volontaria», riguarda la natura, rispettivamente, autoritativa o facoltativa del coinvolgimento delle strutture ospedaliere nel programma di *disclosure*. Da notare che la partecipazione obbligatoria dei provider non implica che la valutazione sia estesa a tutte le strutture operative nell'area geografica di interesse o che sia riportato il dato di tutti gli ospedali; il carattere obbligatorio dell'iniziativa di *disclosure* sta esclusivamente a significare che gli ospedali dei quali vengono pubblicati i dati di performance non hanno discrezionalità circa la presenza nel *report* di informazioni riguardanti la qualità dei loro servizi. *NHS choices*, ad esempio, dichiara che i risultati sono riportati per tutte le strutture del servizio sanitario nazionale (e per gli altri provider solo quando disponibili); *DrFoster* introduce criteri di selezione basati prevalentemente sul numero dei posti letto presenti in struttura; *HealthUsNews*, nel suo obiettivo di individuazione degli ospedali migliori (diverso, quindi, dalla funzione di monitoraggio e valutazione della maggior parte dei siti web considerati), ha elaborato un sistema di selezione a più livelli dei provider *best performing*, a partire dalla popolazione di strutture facente parte della *American Hospital Association*: per tutti e tre i siti, lo stato sulla variabile è «obbligatoria». Anche se la base considerata (copertura della valutazione) può variare (soprattutto in relazione ai canali di

accesso alle fonti informative), è chiaro che per questi *website*, la valutazione assume un valore maggiormente significativo, assicurando un livello di completezza più ampio rispetto a un *website* che sceglie di riportare la performance dei soli ospedali che aderiscono all'iniziativa (e che verosimilmente, non si sentono minacciati dalla visibilità dei risultati). Per tutti i siti internet nei quali l'informazione relativa ai criteri di inclusione non è fornita esplicitamente, lo stato riportato in tabella è «n.a.».

La circostanza che responsabile del sito web e produttore delle stime possano coincidere, comporta spesso delle difficoltà nella compilazione della griglia, a causa dell'incompletezza e/o imprecisione delle informazioni riguardanti la «sponsorship» e la «partecipazione». Nel caso di *producer* può risultare, infatti, difficile distinguere:

a) se il finanziamento dell'attività di valutazione comprenda o meno anche le risorse destinate all'operazione di *disclosure*, o viceversa. In più occasioni si trova nel sito web il riferimento alla provenienza dei fondi destinati all'intera iniziativa o progetto, senza che sia possibile distinguere i due momenti: in questi casi consideriamo il finanziamento come inclusivo delle risorse necessarie alla creazione e gestione del portale;

b) la natura facoltativa o obbligatoria della partecipazione alla *disclosure* dal carattere volontario o meno della partecipazione alla valutazione. In *Cihi.ca*, per esempio, ci si preoccupa di chiarire il carattere volontario della partecipazione al progetto nel suo complesso: ne deduciamo che, essendo la *disclosure* parte integrante del programma, la natura facoltativa si estende anche al momento della pubblicazione. Giungiamo a una conclusione simile per quanto riguarda *Hospital Compare*, dove le stime correntemente riportate sono quelle calcolate a partire dai dati trasmessi, pena una riduzione dei trasferimenti da parte di CSM, dalle strutture ospedaliere, nonostante il momento della pubblicazione delle misure non preveda possibilità di «opting out». Stessa cosa per il sito web *Ahd*, il quale, comportandosi come *dealer* rispetto ai risultati pubblicati su *Hospital Compare*, recita coerentemente che «gli ospedali forniscono spontaneamente a *Hospital Compare* i dati per la valutazione».

Per quanto riguarda «update», la circostanza che nel sito web venga indicata la frequenza di aggiornamento delle stime rappresenta un importante strumento nelle mani dell'utente, il quale è messo nella posizione di poter controllare il periodo di riferimento degli indicatori di performance e di fare maggiore affidamento su quei *report* in grado di descrivere il quadro qualitativo contingente dei servizi sanitari. Considerando che i risultati di una struttura possono variare rapidamente in corrispondenza, ad esempio, di un cambio di gestione, di una riorganizzazione, dell'adozione di provvedimenti incentivanti interni o esterni, di un rinnovo del personale medico-infermieristico ecc., è fondamentale rivedere periodicamente i risultati. Nella griglia è inserito sia il dato relativo alla specificazione o meno del periodo di riferimento sia l'ultimo anno di reclutamento riportato per la maggior parte delle misure di esito.

Strettamente connesso al secondo sottoinsieme di variabili, ma sempre attinente alla dimensione servizio, è il livello di confronto tra ospedali caratteristico del *report*: nonostante sia valutabile attraverso una scelta grafica (ovvero la possibilità concreta di visualizzare contemporaneamente i risultati di due o più strutture ospedaliere di interesse), la confrontabilità visiva diretta denota una determinata opzione di fondo riguardante le finalità attribuite allo strumento e, quindi, la sua «natura». Se è vero che l'elemento di confronto è implicito in ogni valutazione delle performance, è vero anche che l'equilibrio tra la componente valutativa e la componente comparativa/classificatoria non si compone in maniera omogenea tra i vari siti web. In particolare, ci sono portali che consentono la visualizzazione dei risultati di un solo ospedale alla volta, quelli che prevedono la possibilità di un confronto vivo tra strutture e quelli che stilano (anche o in maniera alternativa) una graduatoria dei provider ordinati secondo il livello di esito stimato (**Griglia sintetica 1**).

4. Analisi dimensione comunicazione

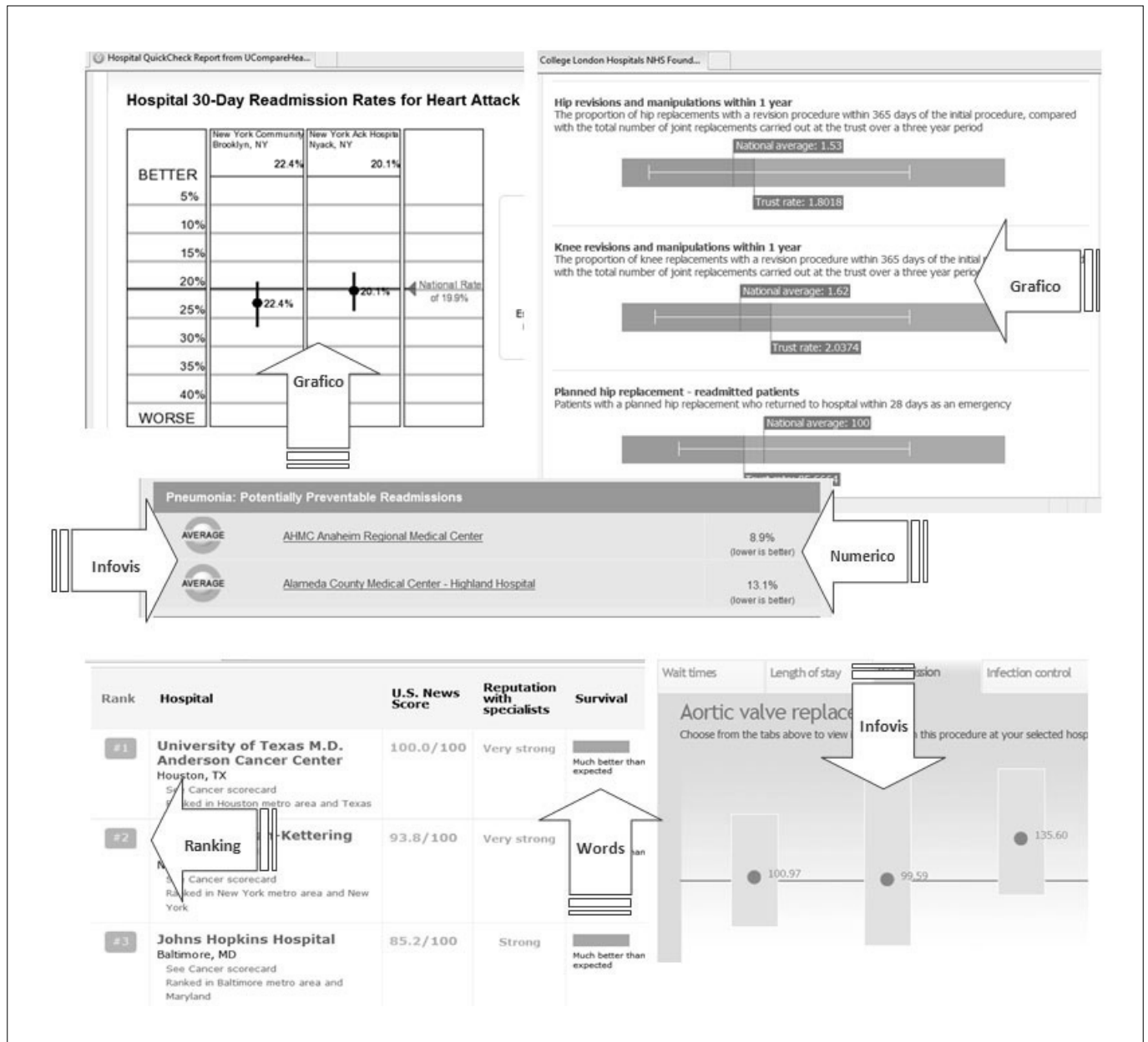
Con la locuzione «info display» si vuole intendere la modalità di presentazione dell'informazione di esito nella sua componente più eminentemente grafica: considerata la natura quantitativa degli indicatori di esito, la classificazione che proponiamo è

costruita per rilevare se la scelta espositiva operata dai siti web si discosta dalla semplice pubblicazione del dato numerico. Nella classificazione, non può ritenersi implicito nessun giudizio di valore, dal momento che, anche considerata la scarsa familiarità della popolazione generale con i simboli numerici e statistici, la sostituzione o la combinazione dell'informazione quantitativa con opzioni altre di rappresentazione dell'informazione non da necessariamente luogo a una confi-

gurazione dei contenuti più comprensibile. La fruibilità e l'immediatezza del messaggio dipendono non solo e non tanto dalla tipologia espositiva prescelta, ma dalla linearità, semplicità ed efficacia con cui quell'opzione grafica viene realizzata, valutate all'interno dell'organizzazione complessiva dei contenuti.

I primi due *screenshot* (figura 8), per esempio, fotografano due diversi modi di rappresentare gli esiti ospedalieri attraverso

Figura 8
Screenshot esemplificativi di info display



so la tipologia grafico: la stessa soluzione rappresentativa viene realizzata con risultati molto diversi. In secondo luogo, occorre considerare che la presentazione degli esiti, a prescindere dalla modalità, non avviene in maniera avulsa da un contesto, ma all'interno di pagine web che ospitano informazioni diverse, a loro volta frutto di criteri valutativi differenti. La molteplicità di soluzioni grafiche proposte (figura 8) si accompagna, infatti, a una forte varietà nell'organizzazione dei diversi contenuti, ovvero nella loro collocazione all'interno dello spazio virtuale di un sito internet.

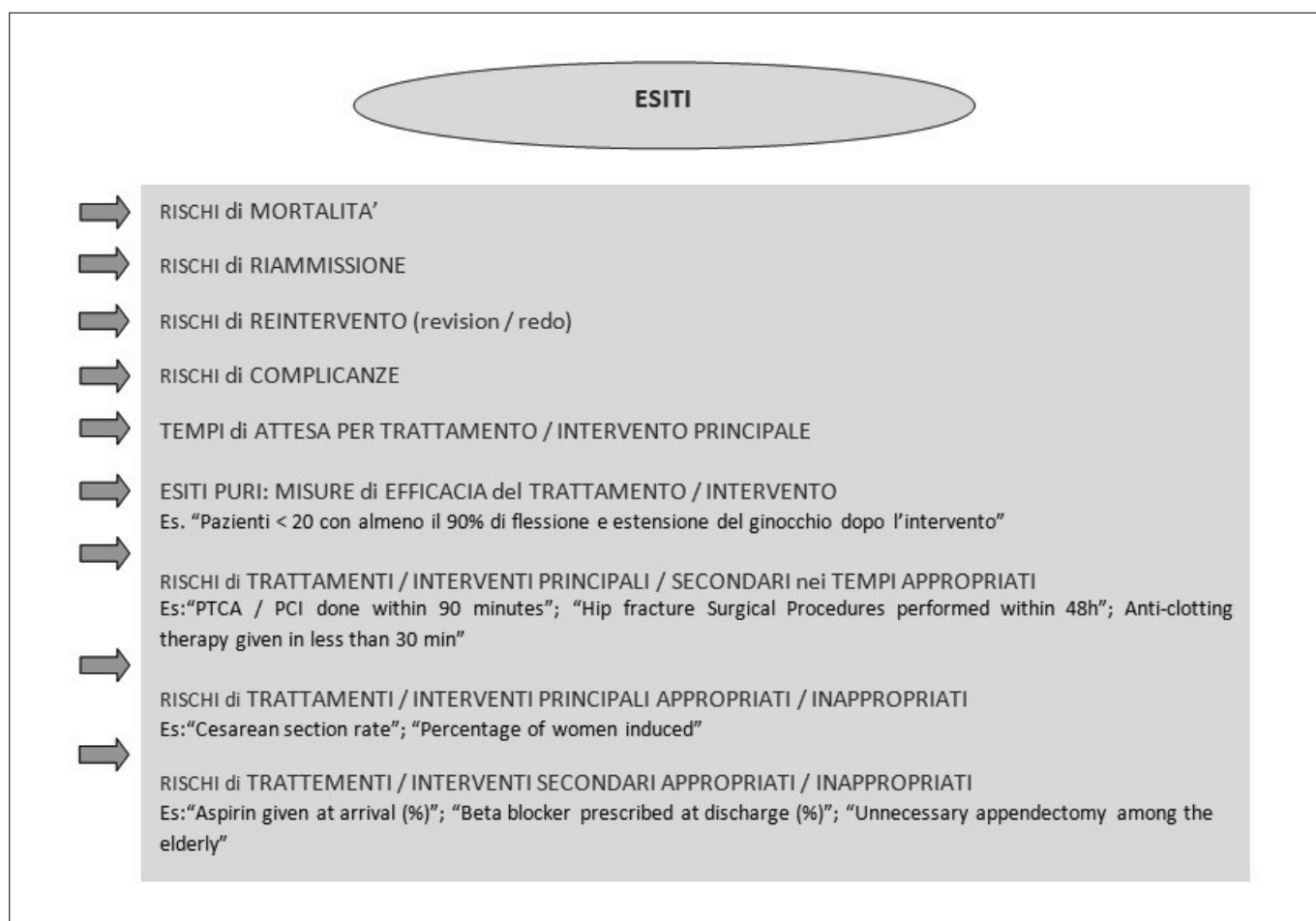
Per verificare il livello di «eterogeneità» (intesa come disponibilità nel *website* di tipologie informative diverse) e di «integrazione» (quale presentazione contestuale di diverse tipologie informative), abbiamo delineato uno schema di analisi per la categorizzazione delle informazioni, a partire da una possibile definizione di esiti ospedalieri. L'obiettivo è quello di rilevare il grado di completezza/complessità della valutazione proposta (quante informazioni di natura diversa rispetto a quelle di esito si sceglie di presentare sull'attività degli ospedali?) e il livello di sovrapposizione/dispersione di indicazioni relative ad aspetti differenti del servizio offerto (le informazioni di *outcome* sono visibili sulla stessa schermata dove sono pubblicate anche altre informazioni riguardo la struttura erogatrice o il trattamento/intervento sanitario? In caso affermativo, quante tipologie informative sono visibili contestualmente a quelle di esito?).

La rilevazione delle caratteristiche non ci consegna immediatamente una connotazione positiva o negativa del sito web in termini di efficacia della *disclosure*. Un'alta eterogeneità consente da un lato di disporre del profilo esaustivo di ciascun ospedale, assicurando, quindi, all'utente un ampio materiale conoscitivo per effettuare la scelta più appropriata al proprio caso, dall'altro, richiedendo di analizzare un maggior numero di informazioni, può generare, soprattutto quando le varie tipologie informative risultano disallineate nell'indicazione di qualità, disorientamento. Allo stesso modo, un alto livello di integrazione è suscettibile di creare confusione tra piani diversi di analisi, ma un'eccessiva parcellizzazione dei contenuti in schermate distinte può complicare il processo di sintesi

e di decisione finale. Ribadiamo che le variabili proposte sono state selezionate per tratteggiare un quadro dei siti web che sia il più possibile completo; il loro peso nella progettazione di una *disclosure* efficace è il più delle volte valutabile soltanto in base all'effetto che la loro interrelazione produce e soltanto attraverso approcci sperimentali.

Relativamente ai criteri di inclusione per l'identificazione di ciò che è esito e ciò che non è esito, si è scelto in favore di una definizione che individua gli esiti quali misure del risultato del trattamento acuto in ospedale. Secondo questo approccio, accanto alle misure di esito «puro», di mortalità/sopravvivenza, le riammissioni, i reinterventi e le complicanze (che includono anche gli eventi avversi), sono compresi nella categoria «outcome» anche i tempi di attesa per trattamento/intervento (principale), nonché indicatori di appropriatezza clinica e terapeutica e di tempestività di intervento (figura 9). Perché queste ultime tipologie siano riconducibili alla classe esiti, devono essere trattamento-specifiche e riguardare l'evento acuto in ospedale. Sono, ad esempio, considerati esiti solo gli indicatori di processo identificabili come accertati predittori dell'«outcome» degli interventi/trattamenti sanitari: deve, cioè, essere nota, in base alle evidenze scientifiche, la forte associazione tra caratteristiche individuali di processo ed esiti. I volumi, anche quando associati a esiti migliori, sono esclusi dalla definizione.

«Eterogeneità» e «integrazione» sono valutate considerando, rispettivamente, le tipologie informative aggiuntive rispetto a quelle riconducibili alla definizione di esito e le tipologie informative presentate contestualmente a quelle di «outcome». Per ciascun sito web è stata riportata l'informazione relativa alla presenza/assenza di sette ulteriori categorie informative (figura 10) e l'indicazione del numero massimo di tipologie presentate nella medesima pagina web di quelle di «outcome», rapportato, per non penalizzare i siti web in cui è pubblicato complessivamente un maggior numero di tipologie, al totale delle classi di informazione riportate. In questo modo, è possibile distinguere un *website* che ha, comparativamente, un numero inferiore di tipologie informative ma che le riporta tutte sulla medesima pagina web, rispetto a un sito web che pubblica gli in-



dicatori di esito contestualmente allo stesso numero di tipologie informative riportate dal primo sito, ma che fa registrare una maggiore «eterogeneità».

Per la valutazione dell'«eterogeneità» e dell'«integrazione», dalla componente «complicanze» della definizione di esito sono stati separati gli «eventi avversi» che costituiscono qui una tipologia informativa distinta.

Consideriamo, a titolo esemplificativo, i due siti inglesi *NHS choices* e *DrFoster* a confronto. Rispetto all'«eterogeneità», riportano entrambi sei tipologie informative aggiuntive rispetto a quelle di esito. Tuttavia, dove il sito governativo inglese riporta tutte le tipologie informative su un'unica schermata, *DrFoster* (limitatamente all'«info-index» «prestazione», per esempio «Aortic Valve Replacement», per struttura) preferisce collocare ciascuna informazione su una pagina distinta (fatta eccezione per alcune informa-

zioni attinenti il servizio, le quali compaiono come cornice del profilo di ciascun ospedale): a fronte di un livello contenutistico identico, almeno sotto il profilo quantitativo, la collocazione delle informazioni risulta, invece, antitetica. Nell'esempio, abbiamo scelto *ad hoc* due siti che hanno un profilo molto simile rispetto alla molteplicità di tipologie informative pubblicate, ma se confrontiamo *NHS choice*, anziché con *DrFoster*, con *Cihi.ca*, possiamo verificare l'importanza di considerare la variabile «integrazione» in relazione alle caratteristiche di eterogeneità del sito web. Considerando che nel sito canadese sono rintracciabili soltanto tre classi di informazioni diverse da quelle di esito, disposte, però, tutte (per l'«info index» MAP - selezione «struttura») nella medesima pagina web, se non si considerasse la numerosità, risulterebbe avere un'integrazione consistentemente più bassa rispetto a *NHS choices*, quando

Figura 9
Definizione di esito

QUALITA' dell'ASSISTENZA	EVENTI AVVERSI / ERRORI MEDICI
<ul style="list-style-type: none"> ○ PROCESSI (non legati al trattamento acuto in ospedale) ○ DIAGNOSTICA & ASSESSMENT ○ COMPLIANCE CON LE LINEE GUIDA ○ e ALTRI ASPETTI QUALITATIVI che NON RIGUARDANO DIRETTAMENTE L'ESITO DEL TRATTAMENTO ACUTO in OSPEDALE 	ESEMPI: <ul style="list-style-type: none"> ○ "accidental lung puncture" ○ "during the period (t1 – t0) how many operation resulted in a foreign body being left post surgery?" ○ "in hospital hip-fracture (+65)"; "rate of obstetric trauma (fourth – degree laceration or greater in trauma" ○ "iatrogenic pneumothorax", "post operative wound dehiscence"
VOLUMI (per prestazione o dipartimento/reparto)	TEMPI di ATTESA (non per prestazione principale)
FACILITY INFO	OPINIONI / ESPERIENZA (la soddisfazione / esperienza dei pazienti, dello staff medico ecc. rispetto al servizio, così come registrata in questionari o simili (dati soggettivi)
<ul style="list-style-type: none"> ○ costi / pagamenti ○ servizi disponibili ○ n. posto letto ○ ratio infermieri / pazienti ecc. 	
LENGHT OF STAY	

Figura 10

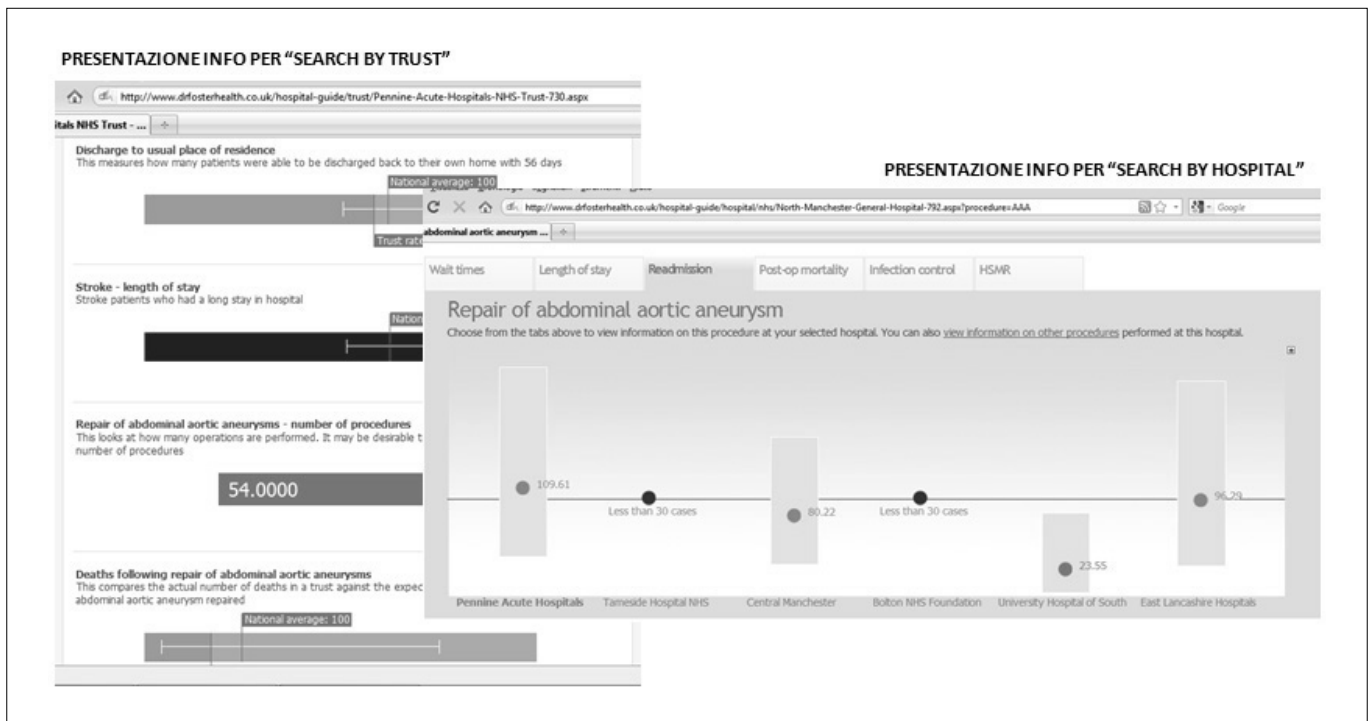
Tipologie informative per la valutazione di «Eterogeneità» e «Integrazione»

in realtà l'opzione grafica, per quanto riguarda l'assetto dei contenuti, è identica.

Nel riportare gli esempi è stato specificato l'«info-index»: molto spesso lo stesso sito, in funzione del criterio di selezione scelto o delle opzioni di visualizzazione, propone modalità di disposizione delle informazioni anche molto diverse tra loro. Per questa ragione, in riferimento alla variabile «integrazione» compariranno, nella griglia sintetica finale, tanti stati quante sono gli assetti di organizzazione dei contenuti, sempre considerando la situazione limite (ovvero quella con integrazione maggiore). È evidente che la stessa coesistenza nel medesimo sito web di opzioni differenti di organizzazione dei contenuti è di per sé indicativa, quanto meno, di una scarsa attenzione riposta nell'opzione comunicativa e nel suo potenziale (figura 11).

Dal momento che l'analisi è di carattere descrittivo, nella griglia non sono presenti né punteggi né giudizi di valore. Tuttavia, in riferimento ai potenziali sviluppi futuri di questo catalogo, risulta pertinente una bre-

ve riflessione. Se si considera che, quando viene riportato il dato di «eterogeneità» e di «integrazione», si pongono anche le basi per identificare, indirettamente, il potenziale rischio di generare confusione nel lettore, è evidente come un più alto grado di similitudine tra le misure sia suscettibile di determinare una maggiore difficoltà nella possibilità concreta di distinguere i piani di analisi e di identificare gli aspetti differenti che ciascun indicatore mette in luce. Essendo possibile distinguere tipologie informative più affini all'informazione sugli esiti, è verosimile che la compresenza di misure, quali quelle di «qualità dell'assistenza», di «eventi avversi/errori medici» e di «volume» (per i trattamenti/interventi per i quali è nota un'associazione tra numero di prestazioni erogate e esiti), con quelle di «outcome», renda più complessa la lettura, tutte le volte in cui sono di segno reciprocamente diverso (quando cioè recano impliciti giudizi discrepanti sulla qualità). Stessa considerazione vale per la tipologia «opinioni/esperienza» che, rilevan-



do il giudizio dei pazienti e/o degli operatori sanitari rispetto all'assistenza, può dare un quadro della qualità del servizio diverso da quello delineato dalle misure di esito. Le opinioni dei pazienti e degli operatori, infatti, possono essere normalmente influenzate da fattori non sempre associati all'esito delle cure, quali gentilezza del personale, livello di comfort degli spazi adibiti al servizio; trattamento economico degli operatori intervistati, il loro rapporto con i colleghi ecc. In questi casi, il ricorso, ad esempio, a note atte a spiegare questa eventualità è suscettibile di ridimensionare l'effetto di disorientamento.

L'organizzazione dei contenuti riguarda anche la previsione di elementi a supporto della corretta lettura e agevole interpretazione degli indicatori di esito. Nella nostra analisi la presenza di spazi atti a rendere più intelligibile l'informazione è stata valutata sia dal punto di vista della forma sia dal punto di vista dei contenuti: i siti web verranno classificati in base al tipo di strumento esplicativo scelto e in base all'aspetto della valutazione che si intende chiarire.

Per quanto riguarda il primo aspetto («aiuto (forma)»), gli strumenti considerati sono stati:

- GLOSSARIO A PARTE
- DDP (finestre *pop up* contenenti dettagli: elementi di visualizzazione all'interno della medesima pagina; come link, invece, sono considerate le visualizzazioni indipendenti dalla pagina di origine)
- FAQ
- LEGENDA/NOTE A MARGINE/INTRO
- INDICAZIONE BETTER/WORSE
- ELEMENTI EVOCATIVI (sono stati analizzati sia come modalità di presentazione dell'informazione sia come strumento di facilitazione alla comprensione del dato)
- INFO A PARTE LINKABILI/NON LINKABILI (si intende linkabili / non linkabili dalla pagina dove sono presentati i risultati)
- VIDEO

Attraverso combinazioni differenti di queste forme di sostegno alla comprensione, ciascun sito web interviene sui contenuti principali per chiarire e illustrare gli aspetti considerati meno accessibili (figura 12). Si tratta di strumenti inseriti nella pubblicazione per aiutare, di volta in volta, il lettore a:

- a) aumentare la dimestichezza con aspetti statistici e della misurazione;

Figura 11
Due modalità molto diverse di presentazione delle informazioni:
Dr Foster

Figura 12
Esempi di Help lettura

The image shows a screenshot of a website with several help annotations. The annotations are as follows:

- FAQ:** Points to the 'Frequently Asked Questions' section.
- A:** Points to the question 'What is "Risk Adjustment"?' under 'General Information'.
- legenda:** Points to the 'Confidence intervals' section under 'Readmission rate'.
- DDP:** Points to the 'Readmission rate' section.
- C:** Points to the 'Heart Attack Patients Given Aspirin at Arrival' section.
- Info a parte:** Points to the 'Applying a Margin of Error to Data' section.
- A:** Points to the 'Average Length of Stay (Overall)' section.
- glossario:** Points to the 'Medical dictionary' link.
- B:** Points to the 'Conditions' section.

b) assegnare un significato alla terminologia medico-sanitaria e comprenderne le tematiche;

c) desumere dalle stime di esito informazioni implicite sulla qualità;

d) comprendere il valore applicativo delle stime.

Per questa parte dell'analisi sono considerati solo i *tutorial* ad accesso immediato: tenuto conto della funzione coadiuvante di questi elementi e della facile reperibilità come condizione indispensabile all'effettività del supporto (sono questi strumenti a dover «trovare» l'utente; non l'utente a sforzarsi di rintracciarli), l'area di rilevazione si limita a quella circoscritta dallo stesso indirizzo web; sono esclusi i link a pagine con Url diverso. In riferimento al punto d), lo spazio si restringe ulteriormente: visto il valore estremamente pratico di uno strumento concepito per facilitare la traduzione delle informazioni in comportamenti coerenti, la sua presenza è verificata solo laddove è stato posizionato nella medesima pagina in cui sono presentati i risultati. Il punto d), inoltre, non si riscontra tutte le volte in cui nel sito viene fatto ricorso a immagini e simboli quali modalità di presentazione delle informazioni. Dal momento che in letteratura è emersa la difficoltà del lettore a comporre la propria scelta in funzione dei risultati delle valutazioni di qualità, solo gli *inforvis* che forniscono una chiara indicazione in questo senso sono stati considerati in questa parte del nostro ragionamento. Nell'esempio (figura 13), se lo *star rating* utilizzato in *HealthGrades* suggerisce ine-

quivocabilmente una dimensione qualitativa, richiamando le tradizionali assegnazioni di giudizio di hotel, ristoranti ecc., i simboli colorati di *DrFoster* non possiedono un valore evocativo autonomo: la corretta interpretazione di questi ultimi è strettamente legata alla lettura della legenda che introduce di default la visualizzazione dei risultati.

La mancata segnalazione di uno strumento non significa necessariamente che nel sito web non sia possibile rilevarne la presenza; potrebbe trovarsi nel *website* ma risultare irrilevante in qualità di «aiuto», non contribuendo al chiarimento di nessuno degli aspetti considerati. Alcuni strumenti, inoltre, assumono un peso diverso a seconda dello stato di altre variabili: la spiegazione del razionale è fondamentale per quelle valutazioni che considerano indicatori di processo *proxy* di esito mentre lo è meno per i siti web che riportano esclusivamente mortalità e riammissioni, la cui valenza negativa è di facile intuizione (la variabile, quindi, compare solo per quei siti che pubblicano indicatori di processo); analogamente, la previsione di elementi a supporto di un uso pragmatico della valutazione (ad esempio il ricorso a «indicazioni *better/worse*» che traducono un valore alto o basso in un'informazione qualitativa) assume un'importanza minore laddove la presentazione dei risultati è già organizzata in graduatorie o classifiche e la visibilità delle migliori performance è immediata.

La previsione di elementi di chiarificazione assume un'importanza cruciale per quelle valutazioni che privilegiano la costruzione di indicatori sintetici: a questo proposito, ha un

Figura 13
Aiuto comprensione valore applicativo delle stime



interessante valore esemplificativo la valutazione riportata dal sito web *HealthUsNews*. Quanto più le misure utilizzate si allontanano da rilevazioni oggettive (esprimendo giudizi personali) e/o si fa ricorso a indicatori sintetici di stime di aspetti qualitativi differenti dell'assistenza (proponendo un «voto» complessivo e generale) e/o la valutazione assume natura comparativa (specialmente nei *ranking*), tanto più l'esigenza di esplicitare con chiarezza ed esaustività i criteri interpretativi si fa stringente. Le valutazioni comparative che fanno ricorso a indici sintetici di indicatori eterogenei rappresentano il livello più alto di sovrapposizione di piani di analisi reciprocamente diversi della qualità dell'assistenza. Se, tuttavia, consentono di superare le eventuali difficoltà di sintesi del comune utente, rimane il fatto che l'eterogeneità della nozione di qualità risolta in un dato aggregato sia il frutto di un'operazione discrezionale, i cui metodi, componenti e relativi pesi devono essere chiaramente esplicitati (gli ultimi due, preferibilmente, nella medesima pagina dove sono illustrati i risultati, ad esempio attraverso l'impiego di DDP che consentano di scendere a un livello maggiore di dettaglio). In questa analisi, le misure sintetizzate in indicatori complessi sono considerate alla stregua della presentazione contestuale di tipologie informative differenti (nella griglia, attraverso il ricorso al simbolo (#) è possibile distinguere i siti web che ricorrono a indicatori di qualità *overall*; per la variabile «integrazione», il simbolo (#) affianca il dato relativo al numero di tipologie aggregate nell'indicatore sintetico). Le problematiche di questo approccio di presentazione dei dati si spostano, però, dal piano della traduzione operativa a quello della validità e della chiarezza espositiva della composizione e della metodologia di costruzione dell'indicatore sintetico (figura 10).

Meccanismi di ausilio possono essere concepiti anche per agevolare l'utilizzo dello strumento di valutazione e accompagnare l'utente nella ricerca delle informazioni rilevanti, attraverso un'ordinata raffigurazione della *sitemap* e/o la previsione di apposite guide all'uso del sito.

Relativamente alle *sitemap*, si tratta di un elemento il più delle volte presente nei siti web analizzati. Anche in questo caso, la forte eterogeneità tra i modelli suggerisce come

non sia la mera disponibilità di informazioni e strumenti conoscitivi (principali o sussidiari/accessori) a fare la differenza, ma, piuttosto, la chiarezza espositiva e la fruibilità della valutazione e degli elementi a supporto della sua corretta comprensione e di un suo efficace utilizzo.

Un esempio interessante di *user guide* è quello del sito canadese *Cihi.ca*: qui una *guidebook* sintetica illustra i diversi motori di ricerca, i passaggi per la selezione delle informazioni e il significato delle varie icone e dei *selector*, inserendo nel testo anche commenti e note volti a spiegare i contenuti della valutazione e link interni e esterni a pagine di supporto alla lettura e di approfondimento (figura 14).

Istruzioni più concise e schematiche per la navigazione all'interno del *website*, corredate con opportuno rimando alla *guidebook*, sono presenti anche nello stesso spazio dedicato alla selezione delle informazioni.

L'opzione di questo *website* sembra essere stata quella di concentrare lo sforzo di esemplificazione, anziché nel momento della presentazione dell'informazione (*info display*), in quello di supporto all'uso e alla lettura.

Nell'opzione grafica sembra, infatti, essere stata posta una minore attenzione alle caratteristiche del gruppo target di riferimento e agli obiettivi divulgativi della *public disclosure*, tanto più se si considerano i criteri scelti per disegnare lo strumento interattivo che nel sito web è dedicato agli operatori interni al sistema sanitario. A fronte di una presunzione di maggiore familiarità della popolazione provider con la materia, non si registra una più alta complessità e specificità della valutazione a loro dedicata: rispetto alle informazioni rivolte al comune cittadino, questa è pariteticamente pubblica (assenza di limitazioni e/o filtri alla consultazione) e si distingue per la linearità sia della progettazione dell'*info-index* sia della rappresentazione (elementare) dei risultati (figura 17).

La *user guide* del sito a pagamento *Ahd* è organizzata, invece, su un insieme di *video tutorial*: la voce registrata che accompagna le immagini, oltre a fornire una presentazione e una descrizione sintetica del contenuto dei vari *report*, illustra come utilizzare i diversi strumenti del sito web e le modalità di navigazione che consentono di esplorare le aree di interesse. Si tratta di un supporto didattico,

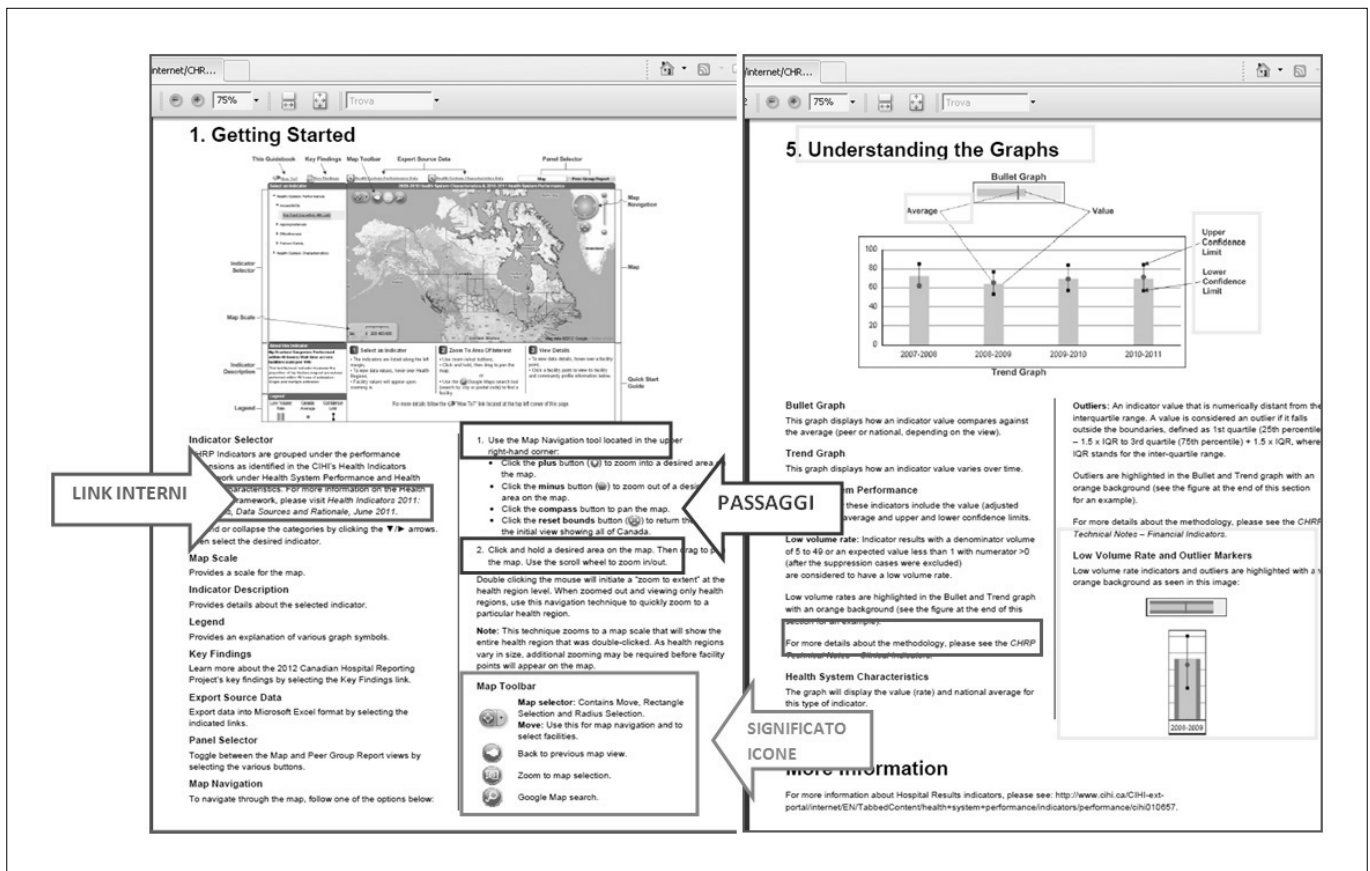


Figura 14
Userguide in Cihi.ca

immaginato per chi possiede scarsa praticità non solo con le valutazioni, ma anche con i meccanismi di consultazione online.

Infine, nonostante nel menù in basso in *DrFoster* sia indicata la presenza di una *user guide*, l'entità delle istruzioni qui riportate non consente di identificare lo strumento come di effettivo ausilio all'orientamento all'interno del sito internet.

La variabile «info-index», quale modalità di selezione delle informazioni, è già stata più volte introdotta nel corso di questo documento. Ha alcune specificità:

a) in un determinato sito web, diversi *info-index* possono condurre alla medesima visualizzazione delle informazioni (sia pure ordinata in funzione del criterio prescelto), o a visualizzazioni di risultati diversi;

b) l'«area geografica», quale criterio di selezione, consente, in alcuni casi, l'accesso diretto a determinate informazioni (ad es. in *NHS choices* e in *HealthUsNews*); in altri casi, rappresenta più propriamente un

sistema iniziale di scrematura per l'identificazione di tutte le strutture della zona di interesse, richiedendo un ulteriore passaggio, ovvero la selezione dell'ospedale (*DrFoster*, *Cihi.ca*, *HealthGrades*) o degli ospedali (*U compare*), per visualizzare i risultati. In questa seconda tipologia di casi, il numero delle strutture selezionabili per la comparazione è generalmente limitato: fino a un massimo di 4 in *u compare*, di 5 in *cal hospital* ecc.;

c) la variabile «info-index» riguarda le modalità di ricerca delle informazioni e non gli *step* successivi che di volta in volta consentono visualizzazioni differenti. Per quanto riguarda *DrFoster* le due visualizzazioni identificate (figura 11) sono il risultato della ricerca per due differenti *info-index*.

Degna di nota è l'organizzazione dell'*info-index* pensata per il sito *linik fuehrer-rheinland*: un *website* che pubblica indicatori sull'attività ospedaliera «allo scopo di rappresentare l'offerta di prestazioni e

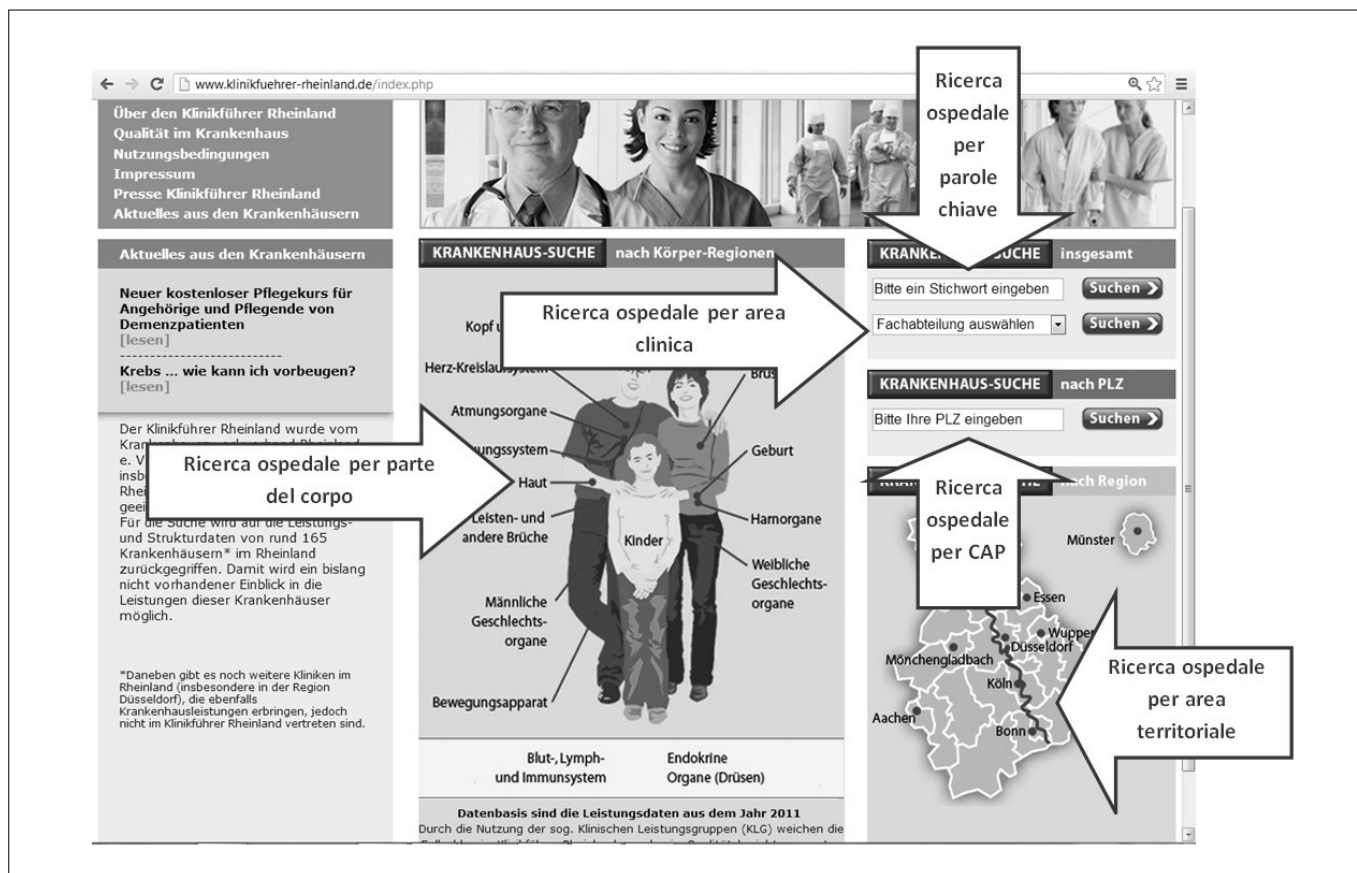
servizi ospedalieri, nonché i risultati della valutazione esterna di qualità, in modo trasparente, comparativo e mirato al lettore non esperto in medicina», dovrebbe connotarsi per un alto grado di facilità di navigazione, a partire dalla disponibilità di strumenti elementari atti ad agevolare la rilevazione delle informazioni. La homepage del sito tedesco è infatti quasi interamente dedicata a supportare l'utente nella individuazione delle informazioni ricercate, prevedendo diversi motori di ricerca (basati cioè su criteri di selezione differenti), tutti caratterizzati, nel disegno, da un evidente sforzo di semplificazione (figura 15). Il sito privato *Ahd* prevede una doppia modalità di ricerca delle strutture, una *Quick Search* e una *Advanced Search*, quest'ultima molto dettagliata e organizzata su numerosi campi, a facilitare la rilevazione degli ospedali di interesse grazie alla previsione di molteplici criteri di selezione: dal tipo di assicurazione accettata, al volume dei dimessi, ai servizi disponibili ecc. I campi

possono essere compilati alternativamente o in maniera abbinata, per affinare la selezione (figura 16).

5. Analisi dimensione misure

Al di là degli aspetti prettamente tecnici (tipologia di indicatori, opzioni di confronto, ecc.) che ci consentono di completare il profilo dei siti web con gli elementi fondamentali del metodo scientifico alla base della valutazione, la terza griglia rileva, soprattutto, per la constatazione della specificazione/non specificazione della metodologia applicata. Pur costituendo una tipologia informativa destinata a un pubblico competente ed esperto, essa rappresenta la più importante cartina di tornasole del grado di trasparenza della valutazione, dal momento che rende disponibili i criteri sottostanti l'intera elaborazione statistica e la misurazione e, parallelamente, da un punto di vista di attendibilità dei risultati pubblicati, costi-

Figura 15
Info index
in *kinikfuehrer-rheinland*



tuisse lo strumento che consente di difendere o di attaccare l'analisi sulla base della sua validità e oggettività.

Non tutti i siti web del nostro campione prevedono uno spazio dedicato alla presentazione degli «aspetti metodologici» e, tra le stesse iniziative di *disclosure* dove si rileva la presenza di informazioni ad alto contenuto tecnico (non di carattere divulgativo), è possibile constatare una rilevante eterogeneità nella accuratezza descrittiva, intesa come livello di dettaglio raggiunto nell'esposizione. In particolare, se alcuni siti web riservano alla spiegazione della metodologia uno spazio dedicato, il quale spesso assume la forma di un documento vero e proprio, altri inseriscono note tecniche, indecifrabili per un pubblico inesperto, all'interno della stessa presentazione dei risultati. Ai fini della catalogazione delle esperienze di *disclosure*, la specificazione della metodologia è riscontrata soltanto nei casi in cui sia prevista almeno la specificazione di:

- razionale;
- definizione dell'indicatore;

- selezione della popolazione allo studio (criteri inclusione / esclusione);

- metodi statistici con indicazione dei fattori associati all'esito (predittivi /protettivi rispetto all'esito) e dell'eventuale metodo di *risk adjustment* (nei casi in cui viene misurato, in presenza di confondimento, l'esito aggiustato).

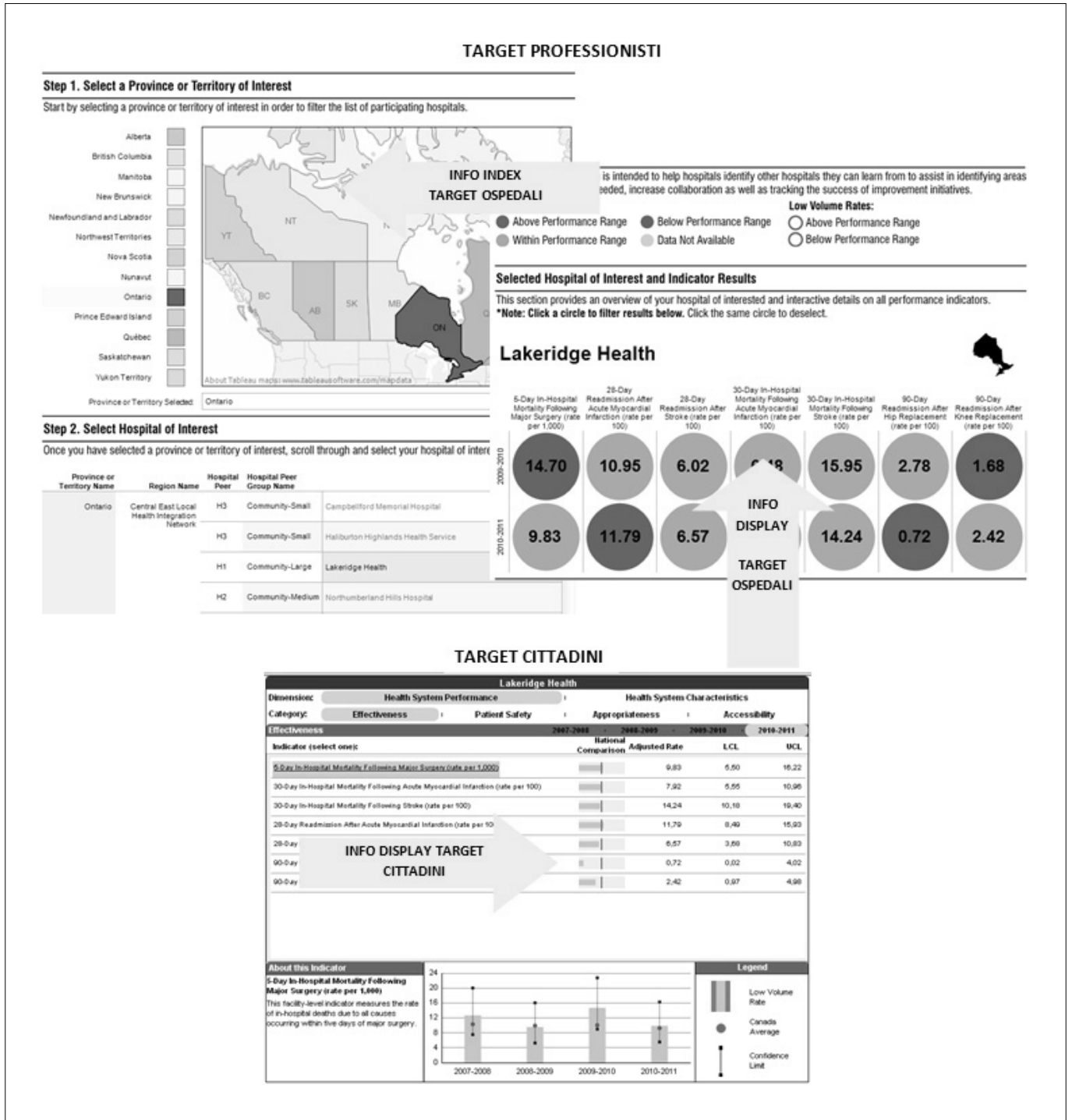
Considerando che il punto «C» della variabile «aiuto lettura (contenuti)» corrisponde all'esplicitazione del rationale formulato per un pubblico inesperto, la documentazione delle evidenze scientifiche alla base della scelta di analisi dell'indicatore è considerata solo se accompagnata dai relativi riferimenti bibliografici.

Parallelamente, la «definizione dell'indicatore», quale elemento di chiarimento degli aspetti metodologici, non può consistere nella mera esplicitazione del significato, ma deve rendere noto il disegno dell'indicatore: in particolare, cosa compare a numeratore e a denominatore.

Le altre informazioni incluse nel sottogruppo «misure» riguardano:

Figura 16
Info index in Ahd

Figura 17
Opzione grafica per professionisti vs opzione grafica cittadini



OPZIONE COMUNICATIVA							
INFO DISPLAY: parole / numeri / grafici / infovis / classifiche							
INFO INDEX: nome struttura / area geografica / prestazione / prestazione within area geografica / keywords							
INFO ETEROGENEITA': X / 7							
INFO INTEGRAZIONE: X su Info ETEROGENEITA'							
AIUTO lettura (FORMA): glossario / DDP / FAQ / legenda-note a margine - intro / indicazioni better-worse / elementi evocativi / info a parte (linkabili; non linkabili) / video							
AIUTO lettura (CONTENUTI): aiuto comprensione metodi statistici / aiuto comprensione tematiche e terminologia medico-sanitaria / aiuto razionale / aiuto valore applicativo							
GUIDA UTENTE: sitemap / tutorial (insieme di istruzioni) / tutorial (interattivo) / video							
	INFO DISPLAY	INFO INDEX	ETEROGENEITA' INFO	INTEGRAZIONE INFO	AIUTO (FORMA)	AIUTO (CONTENUTI)	GUIDA UTENTE
ucomp	B / C	A / B	3	1 su 3	A / C / D / E	A / B / C / D	A
calhosp	A / B / D	A / B / C / D	5	5 su 5	B / E / G1	A / B / C / D	/
drfoster	B / C / D	A / B / D	6	1 su 6 fino a 4 su 6	A / B / D	A / B	A
hgrades	B / D / E	A / B	5	2 su 5	B / D / F	A / B / D	A
usnews	A / B / D / E	A / B / C / D	4 #	4 su 4 4 su 4 (#)	E / G1	A / D	A
choices	A / B / D	B / D	6	6 su 6	F / G1 / G2	A / B / D	A
cihi.ca	B / C / D	B / D*	3	0 su 3 3 su 3	C / G2	A / C / D	A / C
klinikfuh	B / C / D / E	B / C / D / E	5	fino a 2 su 5	D / G1	B / C / D	A
hcomp	A / B / C	A / B	6	2 su 6	A / D / E / G1	A / B / C / D	B
ahd	B	A / B / C / D / E	6 #	3 su 6 2 su 6 (#)	B	B / C	A / D

a) le «tipologie di indicatori di esito» pubblicate (figura 9);

b) la «validità delle stime» se, in presenza di eterogenea distribuzione dei fattori di rischio associati all'esito, i risultati della valutazione sono stati standardizzati per caratteristiche individuali – genere, età ecc. – e per gravità e comorbidità (in funzione della differente distribuzione dei pazienti tra ospedali). Nelle valutazioni dove solo i valori di alcuni indicatori sono «aggiustati» ed è dato distinguere queste stime da quelle «grezze»,

lo stato che compare è «aggiustamento»: è il caso del sito web tedesco, dove i risultati delle misurazioni che tengono conto della classe di rischio del paziente sono identificabili rispetto alle stime prodotte senza considerare patologie concomitanti e altri fattori di rischio (figura 18);

c) il «confronto», cioè il metodo di controllo del confondimento e di standardizzazione dei rischi: sono osservabili in letteratura rischi aggiustati con metodi di standardizzazione «diretta» e rischi aggiustati con

Griglia sintetica 2
Opzione comunicativa

hrer-rheinland.de/bqs_kennzahlen_liste.php?bqs_liste=1&indikator=4&leistungsbereich_id=30

Leistungsbereiche, für die veröffentlichungsrahige Qualitätskennzahlen vorliegen

Datenbasis sind die Qualitätskennzahlen aus dem Jahr 2010

Leistungsbereiche	Kennzahl
Austausch des Herzschrittmachers	Sterblichkeitsrate im Krankenhaus nach geplantem oder dringlichem Eingriff
Brustoperationen	Sterblichkeitsrate während des Krankenhausaufenthaltes
Einsetzen künstliches Hüftgelenk	Sterblichkeitsrate während des Krankenhausaufenthaltes, gewichtet nach Risikoprofil des Patienten
Einsetzen künstliches Kniegelenk	Sterblichkeitsrate der bis zum 30. Tag nach dem Eingriff nachuntersuchten Patienten
Frauenheilkunde	Rate der Folgeuntersuchungen bis zum 30. Tag nach dem Eingriff
Gallenblasenentfernung	Verhältnis der anhand der Risikoprofile zu beobachtenden erwarteten Sterblichkeitsrate
Geburtshilfe	
Gleichzeitige OP an Herzkranzgefäßen und -klappen	
Halsschlagaderoperation	
Herzkatheter	
Herzschrittmachereinsatz	
Herztransplantation	
Kathetereingriff an Hauptschlagaderklappe im Herz	
Lebertransplantation	
Lungenentzündung	
Nierenspende eines lebenden Menschen	
Nierentransplantation	
Oberschenkelbruch	
Offener Herzeingriff an der Hauptschlagaderklappe	
Operation an den Herzkranzgefäßen	
Sterblichkeitsrate	
Verwendung der linken Brustwandarterie als Überbrückungsblutgefäß (Bypass)	
Transplantation Bauchspeicheldrüsen	

NO ADJ

ADJ

Leistungsbereich

Figura 18

Validità stime in *klinik fuehrer-rheinland*

metodi di standardizzazione «indiretta», con vantaggi e svantaggi associati a ciascuna delle due opzioni;

d) la «precisione delle stime», ovvero se è descritto (limitatamente alle stime di mortalità e riammissione) il metodo di rappresentazione degli effetti di errori causali nelle stime, come la significatività statistica dei confronti o i limiti di confidenza. La scelta del valore (p) secondo il quale stimare i limiti di confidenza o al di sotto del quale il confronto si considera statisticamente significativo rappresenta un'opzione arbitraria, non necessariamente appropriata. La maggior parte dei siti web considera un valore soglia $p < 0,05$, ovvero decide di accettare una probabilità massima del 5% di sbagliare

per effetto del caso nel dichiarare un ospedale migliore o peggiore rispetto al termine di confronto (quando è invece omogeneo). La scelta operata da *HealthGrades* di testare la significatività dei valori osservati al 90% ($p < 0,10$), cioè con elevata potenza dei confronti, denota una precisa scelta «politica» volta ad allargare la popolazione delle strutture significativamente diverse rispetto al riferimento, aumentando, parallelamente, il rischio di falsi positivi; *DrFoster*, rispetto ad alcuni indicatori, opta, invece, per una soluzione opposta, fortemente conservativa ($p < 0,002$). La scelta di p rappresenta, infatti, il *trade off* individuato di volta in volta come preferibile tenendo conto dei possibili «costi e benefici» di risultati veri e falsi po-

sitivi del confronto. Nei siti analizzati, tuttavia, non vengono mai esplicitamente chiariti i determinanti di questa opzione: si può voler portare all'attenzione dell'opinione pubblica le differenze anche meno evidenti, ma allo stesso tempo rischiare di dichiarare diverse strutture che in realtà non lo sono o si può scegliere di evidenziare soltanto gli *outliers* estremi, le eccellenze e i casi fortemente negativi, identificando però come uguali tutti gli ospedali che si trovano in una posizione intermedia. Sotto alcuni aspetti, quindi, si tratta di un elemento discrezionale del valutatore al confine tra un'opzione comunicativa e una scelta statistico-metodologica.

Riportiamo di seguito un esempio di quello che normalmente accade quando la valutazione vera e propria (la misurazione cioè), viene tradotta in un *report* e deve, quindi, essere sintetizzata in un messaggio. Un cittadino inglese interessato a consultare la performance dell'ospedale Saint Thomas per la procedura *hip fracture*, consultando i due siti *Nhs Choices* e *DrFoster*, si troverebbe di fronte a risultati apparentemente contraddittori. Visualizzando i risultati relativi al rischio di riammissione riportati nel sito del NHS inglese, l'utente troverà un giudizio fortemente sfavorevole della performance della struttura: il simbolo rosso con il punto esclamativo e la nota «*worse than expected*» sono indicativi di un livello qualitativo scadente, tale da indurre l'assistito a scartare questo ospedale nella scelta del luogo di cura. Accedendo, invece, al sito web di *DrFoster*, quella stessa struttura, per il medesimo indicatore, riporta valori differenti (più alti) e definisce la performance dell'ospedale non diversa dalla media nazionale.

Questa apparente contraddittorietà tra le due *disclosure* non implica che l'una o l'altra riportino errori di valutazione, ma rappresenta il normale risultato di due differenti misurazioni, ciascuna caratterizzata da diverse opzioni circa la metodologia seguita: dove la presentazione di valori numerici differenti riguarda essenzialmente una diversa definizione dell'indicatore e/o una differente selezione della coorte, l'indicazione dell'eterogeneità/omogeneità rispetto al termine di confronto dipende dal livello voluto di precisione delle stime.

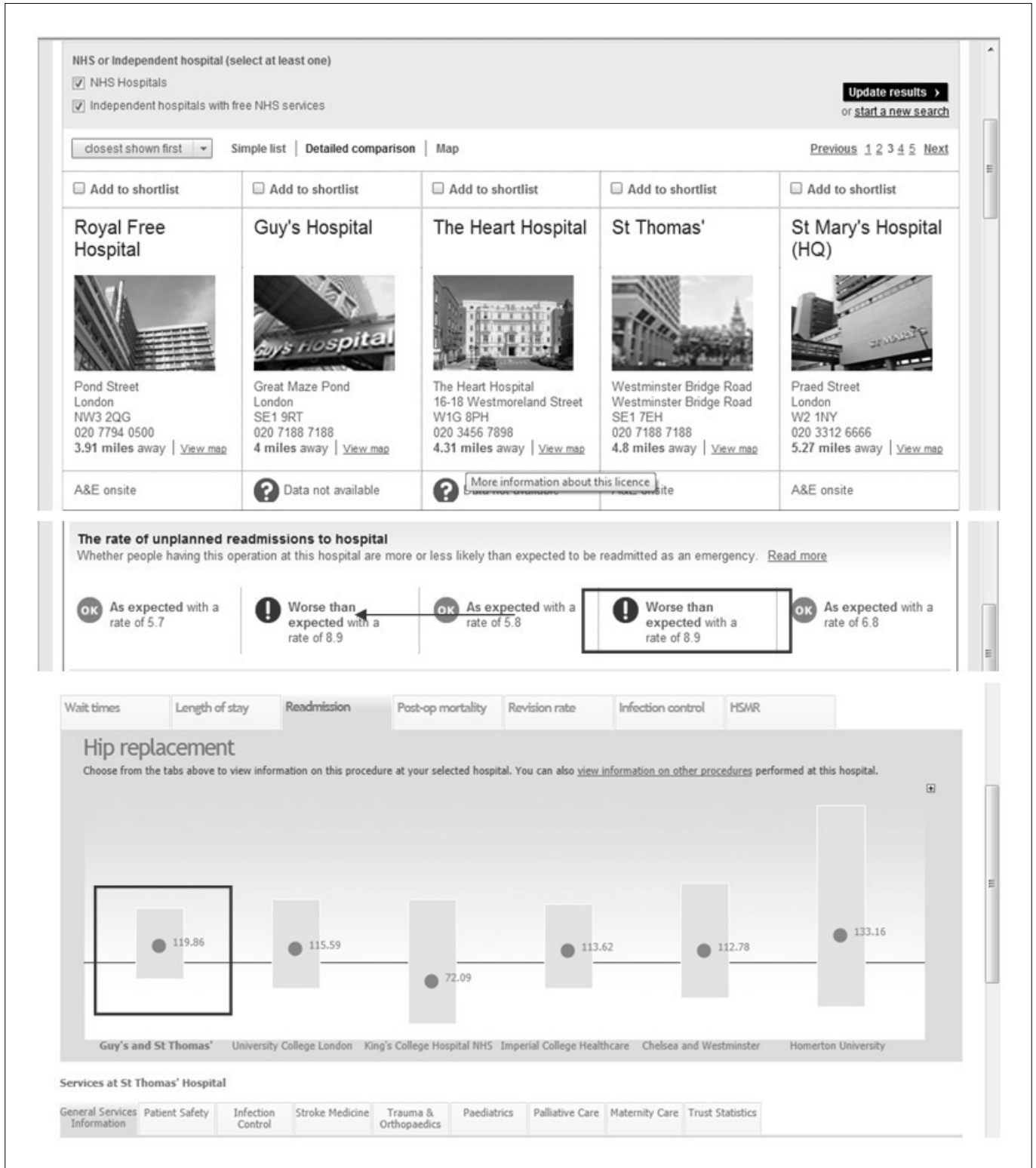
Ecco che l'esigenza di semplificazione dell'informazione, e quindi la riformulazione dei contenuti di un'analisi statistica in forme e linguaggi adatti ai cittadini, comporta inevitabilmente interventi discrezionali (dimensione della insicurezza), semplificazioni e forzature che, nell'obiettivo di informare l'utente, possono determinare l'effetto paradossale di generare confusione e disorientamento.

Lo stesso esempio è utile a illustrare una seconda ipotesi nella quale le opzioni di metodo possono indirettamente produrre, in assenza di un'adeguata operazione di traduzione, effetti paradossali. Dal momento che entrambe le valutazioni utilizzano il metodo indiretto di *risk adjustment*, le stime di ciascun ospedale non sono confrontabili tra di loro (**figura 19**), o meglio, i rapporti osservati/attesi sono confrontabili solamente tra quegli ospedali che hanno la stessa distribuzione di fattori di rischio. Ne consegue che una presentazione contestuale dei risultati di due o più ospedali («natura») sia suscettibile, quando standardizzati con metodo indiretto, di alterare l'entità dell'informazione fornita: nel primo *screenshot*, il tasso aggiustato di riammissioni del terzo ospedale risulta comparativamente più basso di quello del quinto ospedale, senza che sia, tuttavia, possibile affermare la performance dell'uno peggiore di quella dell'altro; è invece molto probabile che a una simile conclusione giunga l'utente. Sotto questo aspetto, potrebbe risultare interessante incrociare il dato relativo all'opzione di metodo di *risk adjustment* con la variabile della prima griglia che valuta la «natura» della valutazione.

6. Conclusioni

In relazione alla discussione sulle modalità di pubblicazione e comunicazione delle valutazioni di esito, devono essere considerate le caratteristiche generali dei sistemi sanitari, le caratteristiche specifiche dei Servizi sanitari nazionali e le condizioni attuali del Ssn italiano. Il rapporto fortemente asimmetrico tra l'offerta e la domanda di servizi sanitari assume connotazioni specifiche e molto complesse in contesti di Servizio sanitario nazionale (Ssn), come quello Italiano. I cittadini non scelgono un «assicuratore» della loro salute ma sono obbligatoriamente «iscritti»

Figura 19
Apparente contraddizione tra due diversi modelli di valutazione



MISURE					
TIPOLOGIA INDICATORI DI ESITO: mort / riadm / reinterv / complic / t di attesa per prestaz principale / degenza post operatoria / tratt in t appropriati / tratt principali appr / tratt secondari appr					
VALIDITA' STIME: aggiustamento / non aggiustamento					
CONFRONTO: metodo diretto / indiretto					
PRECISIONE STIME: p / IC / significativo - non significativo					
ASPETTI METODOLOGICI: razionale / definizione indicatore / selezione della popolazione allo studio / metodi statistici					
	TIPOLOGIA INDICATORI	VALIDITA' STIME	CONFRONTO	PRECISIONE STIME	ASPETTI METODOLOGICI
ucomp	A / B / G / H / I	A	n.a.	IC	NO
calhosp	A / B / D / G / H / I	A	n.a.	sign (superior/above average/below average/poor) / non sign (average)	NO
drfoster	A / B / C / D / G / I	A	B	IC + significativo (rosso / verde) per p < 0,002 o per p < 0,025; non significativo (blu)	B / C / D
hgrades	A / D	A	B	significativo (5 / 1 star) per p < 0,10 ; non significativo (3 star)	C / D
usnews	A / D	A	B	n.a.	SI
choices	A / B / H / I	A	B	significativo (rosso / verde) per p < 0,05 o per p < 0,025; non significativo (blu)	B / C / D
cihi.ca	A / B / D / G / H	A	B	IC + sign per p < 0,05 / non sign = simbolo media all'interno/esterno IC	A / B / C / D
linikfu	A / C / D / F / G / H / I	A	B	n.a.	NO
Hcomp	A / B / D / G / H / I	A	B	IC + significativo (rosso / verde) per p < 0,05; non significativo (giallo)	A / B / C / D
ahd	A / B / D / G / I / H	A	n.a.	IC	NO

al Ssn, che, almeno in teoria, dovrebbe finanziare le prestazioni attraverso la fiscalità generale. Il Ssn agisce, pertanto, almeno per gli ambiti di servizio inclusi nella sua copertura, come committente, «pagatore» unico delle prestazioni erogate da un insieme di produttori, molti dei quali di proprietà e gestione da parte dello stesso Ssn.

La cosiddetta libertà di scelta dei cittadini si dovrebbe esercitare, quindi, nell'ambito di un sistema di regole definito dal Ssn. Apparentemente, questa condizione favorirebbe la possibilità da parte del Ssn di garantire ai cittadini servizi efficaci in modo equo, nella misura in cui il Ssn avesse e perseguisse il dichiarato obiettivo dell'efficacia e dell'equità.

Nella attuale realtà italiana la situazione è resa molto complessa, anche con modalità implicite e non sempre trasparenti, da un insieme di fenomeni con forte potenzialità distorsiva. Ne citiamo, come esempi, solo alcuni, che interagiscono nella relazione tra domanda e offerta di servizi sanitari:

a) il Ssn non ha dato attuazione a norme legislative, pur esistenti, che consentirebbero una selezione delle prestazioni offerte sulla base di criteri costo-efficacia e l'accreditamento dei produttori condizionato anche da requisiti di efficacia;

b) a livello regionale e locale le funzioni di committenza esercitate dal Ssn sono estremamente deboli o, in molte realtà, inesistenti;

Griglia sintetica 3
Caratteristiche misure

c) fenomeni di razionamento non selettivo dell'offerta, anche di servizi efficaci e appropriati (i cosiddetti «tagli lineari»), determinano il ricorso da parte dei cittadini a servizi sanitari sul «libero mercato», anche a costi competitivi;

d) l'alternativa tra prestazioni (razionate) in regime Ssn, operate da ticket in molti casi eccedenti il loro valore di mercato, spesso con liste d'attesa intollerabili, talora in condizioni ambientali di bassa qualità e prestazioni in attività libero professionale nei servizi del Ssn, costringe i cittadini a esercitare scelte non certo basate su criteri di efficacia.

In condizioni di crescente razionamento iniquo, le funzioni di committenza del Ssn sono estremamente deboli di fronte al crescente potere dell'offerta ed esse stesse scarsamente coerenti e informate rispetto ai requisiti di efficacia e equità.

La conoscenza, da parte dei diversi attori con funzioni di committenza nel Ssn e dei cittadini, delle caratteristiche e soprattutto dei risultati dei servizi sanitari, in particolare di esiti in salute, è, quindi, potenzialmente una grande opportunità per promuovere efficacia ed equità nel sistema.

L'analisi, secondo un griglia di valutazione esplicita e predefinita dei siti web internazionali che pubblicano valutazioni di esito, conferma, però, ed estende agli aspetti non considerati nel 2010, quanto già evidenziato nel lavoro di Damman *et al.* La forte eterogeneità nelle modalità, negli strumenti e nei formati delle pubblicazioni online sembra denotare la mancanza di un razionale condiviso, se non addirittura la totale assenza di una strategia comunicativa, tanto dal punto di vista della rappresentazione dei contenuti (seconda dimensione), quanto nell'ipotetico tentativo dello sponsor di accreditarsi presso l'utenza (prima dimensione). Inoltre, se l'obiettivo è l'accrescimento del potere decisionale del consumatore di servizi sanitari, attraverso la disponibilità di informazioni attendibili, è fondamentale sia usare criteri di presentazione *evidence based* compatibili con il contesto di riferimento e con i modelli teorici, cognitivi e decisionali degli utenti, sia garantire una corrispondenza coerente tra le caratteristiche della misurazione (terza dimensione) e la presentazione dei relativi ri-

sultati: il gap risulta, invece, profondamente marcato.

La profonda diversità rilevata tra i profili dei siti web considerati dà ulteriore risalto alla necessità di verificare lo stato dell'arte delle evidenze in letteratura sulle modalità e tecniche di presentazione efficaci, il grado di rispondenza dei format oggi in uso ai criteri evidenziati dalla letteratura scientifica (probabilmente alla base del mancato utilizzo dei *report* da parte dei consumatori di servizi sanitari) e, sperimentalmente, l'impatto di ogni nuovo disegno di comunicazione ai cittadini in materia di qualità delle prestazioni offerte: la mera messa a disposizione di dati rilevanti, ignorando questi requisiti di metodo, rischia di non produrre i benefici voluti e di generare effetti inintenzionali e distorsivi. Il tema della comunicazione ai cittadini sull'efficacia dei servizi sanitari è troppo rilevante per la salute delle persone e per il buon governo del Ssn per essere lasciato a tentativi dilettanteschi di apprendisti stregoni della comunicazione.

7. Note alla lettura

Nell'antologia proposta sono stati considerati per ciascun sito web:

- *U compare*: l'intero spazio «Find a hospital»;
- *Cal hospital Compare*: l'intero spazio «See ratings for a specific hospital»;
- *DrFoster*: lo spazio «Find a Hospital» a eccezione della parte «Services at...», quasi tutte appartenenti alla nostra categoria «facility info»;
- *HealthGrades*: lo spazio «Find Hospital»;
- *HealthUsNews*: lo spazio «National rankings by specialty» (non è stata inclusa «Children's hospitals ranking by specialty»);
- *Nhs Choices*: l'intero spazio «Health services near you-hospitals»;
- *Cihi.ca*: l'intero «Canadian hospital reporting project (CHRP)». L'analisi non è stata estesa ai dati di HSMR visualizzabili in una parte distinta del sito web;
- *Ahd*: la parte «Free hospital profile» e la application a pagamento «TPS Analyzer» che contiene «hospital quality measurements»;
- *Klinikführer*: l'intero spazio «Qualität im Krankenhaus».

8. Griglia sintetica finale

SERVIZIO				OPZIONE COMUNICATIVA						MISURE													
SPONSORING	ACCESSO	ORIGINE	STIME	UPDATE	PARTICIPAZIONE	SERVIZIO	NATURA	INFORMAZIONE	STRUMENTO	INFO	INTEGRAZIONE	AUTOFORMA	AUTOCONTENUTI	GUIDA	TRUOGA	INDICATORI	VALIDITA'	COMPONTO	PRECISIONE	STIME	ASPETTI	METODOLOGICI	
ucomp	NO	A	n.a.	SI	(2009)/NO	n.a.	SI	B	B/C	3	1 su 3	A/C/D/E	A/B/C/D	A	A/B/G/H/I	A	A	n.a.	IC	NO	NO		
calhosp	SI	A	A1	SI	(2008)	B	SI	B	A/B/D	5	5 su 5	B/E/GI	A/B/C/D	/	A/B/D/G/H/I	A	A	n.a.	n.a.	n.a.	NO		
dfroster	SI	A	B	SI	(2011)	A	SI	A	B/C/D	6	1 su 6 fino a 4 su 6	A/B/D	A/B	A	A/B/C/D/G/I	A	A	B	B	IC = significativo basso / verde per $p < 0,003$ o per $p < 0,035$; non significativo (blu)	B/C/D		
hgrades	NO	A	B	SI	(2010)	n.a.	SI	C	B/D/E	5	2 su 5	B/D/F	A/B/D	A	A/D	A	A	B	B	Significativo (1 star) per $p < 0,10$; non significativo (3 star)	C/D		
ustnews	NO	A	A1	SI	(2010)	A	SI	C	A/B/D/E	4#	4 su 4 4 su 4 (H)	E/GI	A/D	/	A/D	A	A	B	B	n.a.	SI		
cholces	SI	A	B	SI	(2011)	A	SI	B	A/B/D	6	6 su 6	F/G1/G2	A/B/D	A	A/B/H/I	A	A	B	B	significativo basso / verde per $p < 0,05$ per $p < 0,02$; non significativo (blu)	B/C/D		
clhca	SI	A	B	SI	(2011)	B	SI	A	B/C/D	3	0 su 3 3 su 3	C/G2	A/C/D	A/C	A/B/D/G/H	A	A	B	B	IC = sign per $p < 0,05$ / non sign = simbol media all'interno stesso IC	A/B/C/D		
elinkfu	NO	A	A/B	SI	(2010/2011)	B	SI	C	B/C/D/E	5	fino a 2 su 5	D/G1	B/C/D	A	A/C/D/F/G/H/I	A	A	B	B	n.a.	NO		
Hcomp	NO	A	B	SI	(2011)	B	SI	B	A/B/C	6	2 su 6	A/D/E/GI	A/B/C/D	B	A/B/D/G/H/I	A	A	B	B	IC = significativo basso / verde per $p < 0,05$; non significativo (blu)	A/B/C/D		
ahd	NO	B	A1	SI	(2011)	B	SI	B	B	6#	3 su 6 2 su 6 (H)	B	B/C	A/D	A/B/D/G/I/H	A	A	n.a.	n.a.	NO			

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

- BASIGLINI A., MOIRANO F., PERUCCI C.A. (2011), «Valutazioni comparative di esito in Italia: ipotesi di utilizzazione e di impatto», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 78, pp. 9-36.
- DAMMAN O.C., VAN DEN HENGEL Y.K., VAN LOON A.J.M., RADEMAKERS J. (2010), «An international comparison of web-based reporting about health care quality: content analysis», *Journal of Medical Internet Research*, 12 (2), e 8.
- DRANOVE D., KESSLER D., MCCLELLAN M., SATTERTHWAITE M. (2003), «Is more information better? the effects of "report cards" on health care providers», *Journal of Political Economy*, 111 (3), pp. 555-588.
- GIGERENZER G., GAISSMAIER W., KURZ-MILCKE E., SCHWARTZ L.M., WOLOSHIN S. (2007), «Helping doctors and patients make sense of health statistics», *Psychological Science in the Public Interest*, 8 (2), pp. 53-96.
- JEWETT J.J., HIBBARD J.H. (1996), «Comprehension of quality of care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured», *Health Care Financing Review*, 18 (1), pp. 75-94.
- MARSHALL M.N., SHEKELLE P.G., LEATHERMAN S., BROOK R.H. (2000a), «The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence», *JAMA*, 283 (14), pp. 1866-1874.
- SHEKELLE P.G., LIM Y.-W., MATTKE S., DAMBERG C. (2008), «Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review», The Health Foundation, London.
- TALKINGQUALITY - AHRQ (2007), «Health care report card compendium» in <http://archive.ahrq.gov/about/annualmtg07/0927slides/rybowski/Rybowski-1.html>
- TALKINGQUALITY, «How report cards differ» // talkingquality.ahrq.gov/about.htm
- WERNER R.M., ASCH D.A. (2005), «The unintended consequences of publicly reporting quality information», *JAMA*, 293 (10), pp. 1239-1244.

I comportamenti safer sex tra i giovani adulti eterosessuali: una survey in tre città italiane

EMILIO TANZI

Through a survey conducted in three Italian cities (Milan, Bologna and Bari) the pre-sent study shows the sexual behaviour of heterosexual young adults (not condom use and lack of access to HIV testing) and provide useful information to develop appropriate condom social marketing strategies for this specific target.

Keywords: mts & hiv, safer sex behaviours, condom social marketing

Parole chiave: mts & hiv, comportamenti safer sex, condom social marketing

Note sull'autore

Emilio Tanzi è ricercatore CERGAS, Università Bocconi e docente SDA Bocconi, Area Public Management and Policy, emilio.tanzi@unibocconi.it

Ringraziamenti

L'autore ringrazia Luca Corradino, Marialuisa Mancaniello e Onofrio (detto Norino) Stornello per l'aiuto fornito nelle fasi di somministrazione e raccolta dei questionari

1. Premesse e domande di ricerca

Il lavoro di ricerca descritto in questo articolo è stato realizzato analizzando due fenomeni connessi tra loro: i comportamenti *safer sex* adottati dai giovani adulti eterosessuali e l'atteggiamento che gli stessi hanno riguardo all'uso del preservativo, in quanto strumento di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST).

L'idea di una simile indagine è nata considerando i crescenti segnali d'allarme che evidenziano un rapido aumento dell'incidenza delle MST (Ministero della Salute, 2009), tra le quali rientra non solo l'Hiv/Aids, ma anche alcune infezioni di origine batterica che si ritenevano già debellate. Infatti, nel periodo 2000-2006, in Italia si è registrata una significativa variazione delle notifiche di sifilide (+ 146% nella classe d'età 15-24 anni; + 199% nella classe 25-64 anni) e di gonorrea (+ 101% nella classe 15-24 anni; + 26% nella classe di età 25-64 anni). Anche i dati forniti dal Centro operativo Aids (ISS, 2011) evidenziano il consolidarsi delle modalità sessuali di trasmissione dell'Hiv. Infatti, dei 2.588 nuovi casi segnalati dai territori coinvolti nella rilevazione,¹ solo il 5,4% è riconducibile all'uso iniettivo di droghe, mentre il contagio per contatto sessuale ha interessato il 79,0% dei casi. Questo trend delle infezioni è attribuibile soprattutto all'incremento dei rapporti sessuali «a rischio», ossia legati a un minor uso del profilattico e al contemporaneo aumento dei rapporti di breve durata, instabili e occasionali.

La scelta di concentrare il *focus* della ricerca sul target dei giovani adulti (persone rientranti nella classe 18-30 anni), nasce da due considerazioni:

SOMMARIO

1. Premesse e domande di ricerca
2. Metodo d'indagine e descrizione del campione studiato
3. Risultati emersi dalla survey
4. Implicazioni in termini di promozione della salute

– i giovani adulti tendono a intrattenere rapporti sessuali con un maggior numero di partner rispetto alle altre classi d'età. Secondo il Censis (Vaccaro, 2003) il 49% dei giovani adulti ha già avuto – dall'inizio della propria vita sessuale – dai 2 ai 5 partner e il 15% dai 6 ai 20 partner;

– i giovani adulti tendono ad avere una minore percezione del rischio e – conseguentemente – ad assumere comportamenti imprudenti (Trotti, Bellani, 1997). A conferma di questo i dati del Centro operativo Aids (ISS, 2010) ci dicono che il 5,7% dei giovani con Aids ha contratto l'infezione da un partner la cui condizione Hiv+ era nota e che il 61,5% dei giovani arriva tardi alla diagnosi del contagio.

Poste queste premesse e facendo proprie le logiche del *social marketing*² si sono formulate le seguenti domande di ricerca, le cui risposte potranno essere utili all'elaborazione di adeguate strategie *condom social marketing*.

Domanda 1 - Esistono delle differenze tra i comportamenti safer sex (uso del preservativo) tra uomini e donne?

L'uso della variabile di genere per differenziare gli interventi di promozione del profilattico può essere giustificata da due considerazioni:

– le donne sono morfologicamente più suscettibili a contrarre infezioni sessuali rispetto agli uomini;

– le donne devono «negoziare» sempre l'utilizzo del preservativo, in quanto il condom deve essere comunque indossato dall'uomo.

Per questi motivi è importante verificare se e come le strategie di *condom social marketing* debbano utilizzare la variabile di genere tra i criteri di segmentazione del target «giovani adulti».

Domanda 2 - Esistono delle differenze tra i comportamenti safer sex (uso del preservativo) e tipo di relazione (rapporto di coppia versus rapporto occasionale)? Tali comportamenti variano al variare del rap-

porto sessuale (rapporto vaginale versus rapporto anale)?

La scelta di analizzare l'uso del condom all'interno del «tipo di relazione» nasce dalla consapevolezza del ruolo che la componente fiduciaria assume nel rapporto di coppia e che l'uso del preservativo può entrare in contrasto con questa variabile relazionale. Del resto, il già citato rapporto Censis (Vaccaro, 2003) ci dice che quasi il 20% degli italiani ha avuto rapporti sessuali con persone differenti dal proprio partner (marito/moglie e compagno/a) e che – quindi – il rischio di trasmissione delle MST all'interno della coppia – senza l'adozione di adeguati strumenti di prevenzione – non è qualcosa di così aleatorio. Oltre a ciò, l'analisi della variabile «tipo di rapporto sessuale» serve per verificare se l'utilizzo del preservativo sia strettamente funzionale al controllo delle gravidanze indesiderate o se – al contrario – vi è un suo consapevole utilizzo quale strumento di prevenzione delle MST.

Domanda 3 - Che atteggiamento hanno i giovani adulti nei confronti del preservativo? Esiste una relazione tra questo atteggiamento e i comportamenti safer sex realmente adottati?

L'atteggiamento – ossia l'attitudine che un individuo ha nell'adottare o non adottare uno specifico comportamento – è una delle variabili più comunemente utilizzate nei modelli predittivi l'agire individuale, tra cui la *Theory of Reasoned Action* (Ajzen, Fishbein, 1980) e la *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1985; Ajzen, 1991). Si è quindi deciso di osservare questa variabile, misurandone eventuali relazioni con i reali comportamenti *safer sex* adottati dai giovani adulti. La scelta di considerare in modo separato queste variabili – e quindi di non presupporre una relazione immediata tra «atteggiamento» e «comportamento» – è stata fatta in quanto i comportamenti degli individui non sono mai il risultato di un processo decisionale razionale, ma vi possono essere dei fattori emozionali e/o di relazione con gli altri in grado d'influenzare il passaggio da una variabile all'altra (Petrillo, 1996; Pietrantonio, 2001; Noar *et al.*, 2002; Dutta-Bergman, 2005). E i comportamenti sessuali sono forse – per

loro stessa natura – l'espressione più alta dell'agire emozionale e dell'interrelazione tra individui.

Domanda 4 - In che misura la variabile «prezzo» può rappresentare un fattore disincentivante l'acquisto e l'uso del preservativo da parte dei giovani adulti?

Infine si è deciso di verificare se e in che misura vi sia una relazione tra la variabile «prezzo» – che ricordiamo essere una delle «4P» del *marketing mix*³ – e i comportamenti *safer sex* adottati dai soggetti intervistati.

2. Metodo d'indagine e descrizione del campione studiato

L'attività di ricerca è stata condotta, elaborando un questionario a risposte multiple composto idealmente di tre parti (**allegato**).

Nella *prima parte* si sono misurati i comportamenti *safer sex* adottati da parte di soggetti rispondenti. Gli aspetti osservati hanno riguardato le seguenti variabili:

- il numero di partner con cui si sono avuti rapporti sessuali nell'arco degli ultimi tre mesi,⁴ prevedendo anche come possibili risposte l'astinenza (nessun partner sessuale) o la relazione monogama (lo stesso e unico partner);

- se praticati rapporti sessuali, la frequenza d'uso del preservativo, distinguendo tra tipo di rapporto sessuale (rapporti vaginali e rapporti anali). La scala di riferimento utilizzata per misurare la frequenza d'uso del condom andava dal «Mai» al «Sempre» e prevedeva due risposte intermedie («Qualche volta - Meno della metà delle volte» e «Spesso - Più della metà delle volte»). Tra le possibili risposte sono state inserite anche le ipotesi «Non ho praticato rapporti vaginali» e «Non ho praticato rapporti anali»;

- se – nell'arco dei tre mesi considerati – il rispondente si è sottoposto al test dell'Hiv.

Nella *seconda parte* del questionario è stato misurato l'atteggiamento assunto verso il preservativo. Questa variabile è stata analizzata attraverso la «Sexual Risks Scale - Attitudes Toward Condom Use (SRSA)» elaborata da DeHart e Birkimer (1997). Questo strumento di rilevazione è composto di tredici

ci affermazioni (tra cui alcuni *item* reverse) riguardanti l'atteggiamento verso l'uso del preservativo, rispetto alle quali il soggetto rispondente poteva trovarsi fortemente in disaccordo (punteggio 1) o fortemente d'accordo (punteggio 5). Nel caso della presente ricerca, maggiore è la media delle risposte date e maggiore è l'atteggiamento negativo verso il preservativo. Agli *item* previsti dalla SRSA è stata aggiunta un'affermazione riguardante la variabile «prezzo» non considerata nel modello originario («Non acquisto preservativi perché hanno un prezzo troppo elevato»), la cui analisi è stata condotta separatamente dagli altri *item*.

Infine, nella *terza parte* si sono raccolte altre informazioni successivamente utilizzate nell'analisi dei dati: età, sesso e orientamento sessuale (eterosessuale, bisessuale, omosessuale).

Prima di utilizzare il questionario, lo stesso è stato testato su un campione di venti persone per verificarne la chiarezza e la comprensibilità. Una volta effettuato questo pre-test, sono stati somministrati 600 questionari in tre differenti città (Milano, Bologna e Bari),⁵ intercettando il target dei giovani universitari. Infatti, la rilevazione è avvenuta nei pressi delle strutture universitarie (dipartimenti, aule, mense, biblioteche ecc.). Tale scelta è stata fatta per garantire un'uniformità rispetto la variabile «istruzione». La raccolta dei questionari è avvenuta garantendo ai rispondenti il totale anonimato (auto compilazione e consegna del questionario in busta chiusa).

Dei 600 questionari somministrati, 498 (pari all'83,0%) sono stati considerati validi⁶: i restanti sono stati esclusi in quanto compilati solo parzialmente. Di questi 498, sono stati processati 358 questionari, in quanto la restante parte rientrava in almeno una delle seguenti categorie:

- il soggetto intervistato non ha avuto rapporti sessuali durante i tre mesi presi a riferimento dall'indagine (32,1% del totale questionari validi);

- il soggetto intervistato si definisce bisessuale/omosessuali (7,8% del totale questionari validi).⁷

A loro volta i questionari processati presentano le seguenti caratteristiche:

- ripartizione geografica: 30% raccolti a Milano; 31% raccolti a Bologna; 39% raccolti a Bari;
- genere: 53,9 % dei rispondenti maschi; 46,1% dei rispondenti femmine;
- tipo di relazione: 67,6% in coppia e 32,4% single, questi ultimi con un numero medio di differenti partner sessuali incontrati pari a 2,8.⁸

3. Risultati emersi dalla survey

Prima di rispondere alle domande di ricerca, è stato necessario fare un'analisi generale dei comportamenti *safer sex* assunti, al fine di poterli successivamente correlare alle altre variabili indagate.

Ricordando che la scala di misurazione utilizzata nel questionario andava da «1 - Mai usato il preservativo» a «4 - Sempre usato il preservativo», si è registrata una media dei comportamenti *safer sex* pari a 2,21, con una varianza di 1,36 e una deviazione standard di 1,17. Dal punto di vista metodologico questi valori sono stati calcolati analizzando separatamente e per ciascun rispondente sia i rapporti vaginali, che i rapporti anali, se ovviamente praticati. La distribuzione di frequenza di questi comportamenti è rappresentata nel **grafico 1**.

Se si analizzano questi dati considerando congiuntamente i comportamenti *safer sex* per singolo rispondente,⁹ la situazione che emerge risulta – ai fini del quadro della pre-

venzione delle MST – preoccupante. Infatti, solo il 15,41% dei soggetti intervistati ha sempre utilizzato il preservativo. Ciò significa che l'84,59% dei giovani adulti intervistati ha avuto – nel corso dei tre mesi considerati – rapporti sessuali a rischio contagio e che il 30,25% degli intervistati non ha mai utilizzato il preservativo.

Sempre con l'obiettivo di quantificare i comportamenti *safer sex* adottati, si è anche osservato il ricorso al test Hiv, necessario per conoscere il proprio stato sierologico. Nonostante i soggetti intervistati abbiano avuto comportamenti sessuali particolarmente rischiosi, il ricorso al test non è diffuso come dovrebbe essere: infatti, solo il 9,24% dei rispondenti si è sottoposto al test nel periodo di tempo considerato dall'indagine.¹⁰

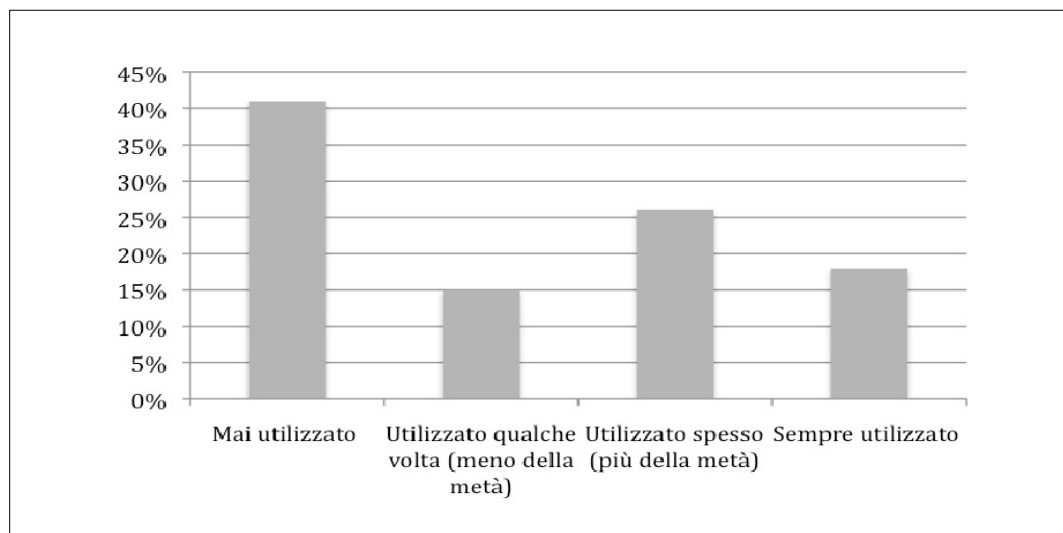
Una volta misurati i comportamenti *safer sex*, i dati raccolti sono stati analizzati con l'obiettivo di fornire delle risposte alle domande di ricerca precedentemente illustrate e di seguito richiamate.

Domanda 1 - Esistono delle differenze tra i comportamenti safer sex (uso del preservativo) tra uomini e donne?

I dati presentati nella **tabella 1** evidenziano come i comportamenti *safer sex* siano mediamente non differenti tra uomini e donne, con valori che risultano essere in linea con il comportamento medio generale. Peraltro, questa uniformità di comportamento è con-

Grafico 1

Distribuzione di frequenza dei comportamenti *safer sex* adottati (utilizzo del preservativo) dai i giovani adulti eterosessuali



fermata anche dal *t* test: $P(T \leq t)$ a due code = 0,9.

In altre parole – in base alle informazioni raccolte – l'appartenenza di genere non rappresenta una buona variabile per la segmentazione del target «giovani adulti» nelle campagne di promozione del condom, in quanto non si riscontrano significative differenze di comportamento tra uomini e donne nell'uso del preservativo.

Domanda 2 - Esistono delle differenze tra i comportamenti safer sex (uso del preservativo) e tipo di relazione (rapporto di coppia versus rapporto occasionale)? Tali comportamenti variano al variare del rapporto sessuale (rapporto vaginale versus rapporto anale)?

Essere single o avere un rapporto stabile rappresentano due condizioni fortemente impattanti sulle scelte *safer sex* dell'individuo. Come mostrano i dati riportati nella **tabella 2**, i single usano con maggiore frequenza il preservativo rispetto ai soggetti accoppiati e la differenza tra le due medie risulta essere statisticamente significativa: $P(T \leq t)$ a due code: 0,05. In aggiunta a questo, vi è anche una maggiore uniformità di comportamento tra i single rispetto alla variabilità dei comportamenti adottati dalle coppie.

Questo risultato ci dice come – nonostante la giovane età e la comprovata aleatorietà dei loro rapporti – i giovani adulti credano nella fedeltà del partner e/o sottovalutino la possibilità che lo stesso possa essere portatore di qualche MST contratta in precedenti relazioni/rapporti sessuali.

Del resto questo tipo di atteggiamento – piuttosto fiducioso nei confronti del partner (occasionale o stabile che sia) e scarsamente consapevole del rischio cui ci si espone avendo rapporti sessuali non protetti – lo possiamo ritrovare anche nei dati riguardanti l'utilizzo del preservativo rispetto alle differenti pratiche sessuali (**tabella 3**).¹¹

I dati evidenziano come il tipo di rapporto sessuale praticato determini differenti comportamenti *safer sex*: l'uso del preservativo da parte dei giovani adulti è mediamente superiore nel momento in cui praticano sesso vaginale rispetto a quando praticano sesso anale. E tale differenza è statisticamente significativa: $P(T \leq t)$ a due code: 0,00. È

interessante osservare come vi sia una correlazione positiva tra le scelte *safer sex* rispetto alle due differenti pratiche sessuali:¹² chi utilizza il preservativo in un certo tipo di rapporto, presumibilmente lo utilizzerà anche nell'altro; al contrario, chi non lo usa per l'uno, tendenzialmente non lo utilizzerà neppure nell'altro.

Domanda 3 / Che atteggiamento hanno i giovani adulti nei confronti del preservativo? Esiste una relazione tra questo atteggiamento e i comportamenti safer sex realmente adottati?

Attraverso gli *item* della SRSA si è misurato l'atteggiamento negativo che i rispondenti hanno verso l'uso del preservativo. Il *range* di valutazione andava da un valore minimo di 1 (fortemente in disaccordo con l'affermazione riportata) a un valore massimo di 5 (fortemente d'accordo con l'affermazione riportata): maggiore è il punteggio

Tabella 1

Comportamenti *safer sex* per genere (scala utilizzata: 1 - Mai; 4 - Sempre)

	Media	Varianza	Dev.St.
Media sesso protetto - maschi	2,21	1,32	1,15
Media sesso protetto - femmine	2,22	1,41	1,19

Tabella 2

Comportamenti *safer sex* per relazione (scala utilizzata: 1 - Mai; 4 - Sempre)

	Media	Varianza	Dev.St.
Rapporti <i>safer sex</i> praticanti da soggetti single	2,34	1,18	1,09
Rapporti <i>safer sex</i> praticati da soggetti accoppiati	2,14	1,44	1,20

Tabella 3

Comportamenti *safer sex* per tipo di rapporto sessuale (scala utilizzata: 1 - Mai; 4 - Sempre)

	Media	Varianza	Dev.St.
Rapporti <i>safer sex</i> praticanti nei rapporti vaginali	2,43	1,29	1,18
Rapporti <i>safer sex</i> praticanti nei rapporti anali	1,73	1,16	1,06

mediamente assegnato agli *item*, maggiore è l'atteggiamento negativo che il singolo rispondente ha verso l'uso del condom. L'atteggiamento medio registrato è stato pari a 2,80, collocandosi molto vicino al valore mediano della scala di gradimento utilizzata (varianza = 0,61; deviazione standard = 0,78).¹³ Ma nonostante questo, è necessario evidenziare come circa il 41% degli intervistati abbia comunque manifestato una scarsa attitudine verso lo strumento di prevenzione, con valori di gradimento tra il valore 3 e il valore 5. I dati raccolti evidenziano – inoltre – l'esistenza di una relazione statisticamente significativa tra atteggiamento e comportamento: maggiore è l'atteggiamento negativo verso il condom, minore sarà l'adozione di comportamenti *safer sex*.¹⁴

Domanda 4 - In che misura la variabile «prezzo» può rappresentare un fattore disincentivante l'acquisto e l'uso del preservativo da parte dei giovani adulti?

Infine, si è deciso di verificare se la variabile «prezzo» sia vissuta dai giovani adulti come un fattore disincentivante l'acquisto del condom e se sia possibile individuare una correlazione statisticamente significativa tra questa variabile e i comportamenti *safer sex*. Utilizzando la stessa scala di misurazione adottata per la SRSA (1-5 di *range*) si è registrato un atteggiamento medio negativo verso la variabile «prezzo» pari a 2,40 – quindi inferiore rispetto all'atteggiamento medio precedentemente illustrato – ma con dei valori di dispersione più ampi (varianza = 1,97; deviazione standard = 1,40). Inoltre, si è potuta verificare l'esistenza di una correlazione negativa e statisticamente significativa tra la variabile prezzo del preservativo e i comportamenti *safer sex* adottati.¹⁵ Ciò significa che per i soggetti intervistati, il prezzo del preservativo rappresenta un fattore dissuasivo circa l'acquisto e l'utilizzo del condom, con la conseguente assunzione di comportamenti *no safer sex*.

4. Implicazioni in termini di promozione della salute

Dai risultati presentati emergono in modo abbastanza chiaro alcune indicazioni utili a

chiunque operi nell'ambito della salute pubblica.

La ricerca evidenzia – qualora ce ne fosse ancora bisogno – l'esigenza di agire in modo incisivo a sostegno dei comportamenti *safer sex* tra i giovani adulti, in quanto i dati raccolti sono allarmanti:

- nonostante non vi sia un atteggiamento chiaramente negativo verso il condom, lo stesso non è sufficiente a garantire un suo completo uso nei rapporti sessuali. Infatti, circa il 54% degli intervistati utilizza il preservativo in modo incostante, senza considerare il 30% circa che non lo impiega affatto. Il profilattico viene vissuto dai giovani adulti come un elemento di disturbo all'interno del rapporto sessuale, in grado di comprometterne la qualità e/o la spontaneità;

- il preservativo viene utilizzato prevalentemente come metodo contraccettivo e non come strumento a tutela della propria salute. È possibile affermare questo considerando i dati riguardanti il mancato uso del profilattico nei rapporti anali, che risulta esattamente il doppio rispetto ai rapporti vaginali: 62,7% nei primi contro il 31,2% nei secondi;

- far parte di una coppia rappresenta per i giovani adulti una garanzia sufficiente per adottare comportamenti sessuali rischiosi. Infatti, nonostante i giovani adulti abbiano una vita sessuale «più dinamica» rispetto alle altre classi d'età, per il 35% dei rispondenti sembra prevalere l'elemento romantico, che li spinge a non utilizzare nel modo corretto il preservativo;

- per un buon 25% dei giovani adulti il prezzo del condom rappresenta un fattore disincentivante il suo acquisto e utilizzo.

Ben consapevoli della complessità del fenomeno indagato e della necessità di approfondire lo studio mediante indagini di tipo qualitativo, finalizzate a capire le motivazioni sottostanti questi comportamenti (scarsa conoscenza delle MST e delle loro modalità di diffusione; stereotipi verso certe categorie ritenute maggiormente soggette al contagio; sottovalutazione del rischio; incapacità di negoziare l'uso del profilattico con il partner; ecc.) risulta più che mai evidente la necessità d'intervenire in modo incisivo per la gestione del fenomeno attraverso adeguati interventi *condom social marketing* opportu-

namente correlati ai macro-temi precedentemente illustrati:

– per i giovani adulti il condom è un elemento di disturbo nel rapporto sessuale → azioni di *social advertising* finalizzate a promuovere il preservativo come strumento di piacere e non solo come presidio sanitario. Al riguardo, alcuni spunti interessanti possono essere mutuati dalle campagne adottate da alcune aziende produttrici di profilattici dove l'uso del condom – solo o associato ad altri prodotti (lubrificanti, stimolatori, ecc.) – diviene uno strumento con cui relazionarsi in modo ludico e/o trasgressivo ai propri partner sessuali;

– per i giovani adulti il condom è prevalentemente uno strumento di prevenzione delle gravidanze indesiderate → interventi d'educazione sessuale (in gruppo, *one-to-one*, opuscoli informativi, comunicazione di massa) riguardanti le MST, le loro modalità di trasmissione (spiegate senza alcun tipo di tabù o reticenza nell'illustrare tutti i possibili canali di diffusione del virus e/o delle infezioni: non solo rapporti vaginali, ma anche rapporti anali, rapporti orali, pratiche SM, ecc.), i sintomi che presentano e le conseguenze che possono avere sulla qualità della propria vita;

– per i giovani adulti il condom non è necessario nel rapporto di coppia → interventi d'educazione affettiva e relazionale (in gruppo, *one-to-one*) finalizzati a sfatare il mito che la scelta di avere rapporti sessuali non protetti sia un gesto speciale e romantico. «[...] condom were seen to interfere with the romantic ideal of natural and spontaneous sex and called into question issues of trust and love. [...] condoms stopped the stream of passion, creating a sense of strangeness and that using condoms symbolized accusation.» (Rosenthal et al., 1998);¹⁷

– per i giovani adulti il condom costa troppo → politiche di riduzione del prezzo e/o distribuzione gratuita dei preservativi da parte dei servizi pubblici o *non profit*.

Note

1. Si ricorda che il sistema di sorveglianza dell'Hiv non è strutturato a livello nazionale, ma coinvolge solo alcune Regioni o Province.

2. Con l'espressione *social marketing* si è soliti fare riferimento a una «tecnologia di gestione del cambiamento sociale che comprende la progettazione, la realizzazione e il controllo dei programmi finalizzati ad aumentare l'accettabilità di una causa o di un'idea sociale presso uno o più gruppi obiettivo. Il marketing sociale utilizza i concetti della segmentazione, della ricerca di mercato, degli incentivi e della teoria dello scambio per massimizzare la risposta del gruppo obiettivo [...]. Promuovere cambiamenti sociali che migliorino la qualità della vita è la sfida e il fine del marketing sociale.» (Kotler, Roberto, 1991). Nell'ambito sanitario gli interventi di marketing sociale riguardano: a) la promozione e la tutela della salute (per esempio, la diffusione di abitudini alimentari equilibrate; la promozione dell'attività fisica tra gli over sessantacinque anni; ecc.); b) la prevenzione e la riduzione dei comportamenti a rischio (per esempio, contrastare l'uso di droghe o l'assunzione di alcool tra i giovani; ridurre i comportamenti scorretti di guida; ecc.); c) la promozione di comportamenti sociali (per esempio, incrementare le donazioni di sangue e plasma; ecc.).
3. Le 4P del *marketing mix* sono gli strumenti attraverso cui tradurre gli obiettivi strategici del marketing in specifici programmi d'azione. Di seguito si declinano queste quattro variabili riportando alcuni esempi legati allo specifico ambito d'indagine della ricerca:
 - prodotto: bene (preservativo) e servizio (test Hiv) offerti per favorire e sostenere il comportamento *safer sex* e vantaggi connessi alla sua adozione;
 - promozione: stimoli comunicativi di differente natura (e-mail e depliant del *direct marketing*; pubblicità *out-door* e sui mass-media; organizzazione di eventi o manifestazioni; ecc.) il cui obiettivo è quello di far conoscere, provare e apprezzare il comportamento *safer sex*;
 - distribuzione (in inglese «place»): luoghi fisici presso cui il singolo individuo può recuperare i servizi e/o i beni a supporto della propria scelta *safer sex*;
 - prezzo: costi associati all'adozione del comportamento *safer sex*. Si distinguono in costi economici (costo sostenuto per l'acquisto del preservativo, variabile misurata nell'indagine) e non economici (imbarazzo nel proporre l'uso del preservativo; fastidio o ansia nel metterlo; paura di essere giudicati dal proprio partner; ecc.). Nel presente lavoro di ricerca il concetto di «prezzo» fa riferimento alla sola dimensione economica.
4. Il riferimento a questo arco temporale è suggerito dalla stessa letteratura, in quanto ritenuto un periodo adeguato per misurare i *sexual behaviour* assunti dagli individui (Noar et al., 2006).
5. La scelta di queste città è stata motivata da ragioni d'opportunità (la presenza *in loco* di intervistatori) e dalla volontà di focalizzarsi su tre contesti metropolitani sedi d'importanti università, localizzate rispettivamente al Nord, Centro e Sud Italia.
6. La popolazione universitaria nelle tre città esaminate risulta pari a circa 281.400 unità (dati MIUR). Il campione utilizzato nella ricerca presenta quindi un errore < 4,4% con un livello di concidenza del 95%.
7. Si è deciso di analizzare i soli rapporti eterosessuali in quanto sono gli unici che ci permettono di verifi-

- care se l'uso del preservativo sia più o meno connesso al controllo delle gravidanze e non alla prevenzione delle MST.
8. Il dato si riferisce al numero medio di partner avuti durante il periodo considerato e non al numero medio di rapporti sessuali avuti con questi, che potrà essere superiore alle 2,8 volte.
 9. In questo caso i dati sono stati analizzati considerando congiuntamente i comportamenti assunti da ogni singolo rispondente, esaminando contemporaneamente i rapporti vaginali e i rapporti anali praticati. Si è pertanto definito un comportamento *safer sex* quello che ha visto l'utilizzo del preservativo in ogni occasione, ossia una duplice risposta «1 - Sempre».
 10. Rispetto a quest'ultimo punto, è opportuno evidenziare come nello svolgimento della ricerca non sia stato possibile accertare l'esistenza o meno di una correlazione diretta tra il non uso del profilattico e l'accesso al test Hiv. Infatti, nonostante le ultime generazioni di test abbiano ridotto il tempo di attesa per effettuare i primi controlli, le linee-guida ministeriali indicano a tre mesi la durata del c.d. «periodo finestra», trascorso il quale l'esito del test può considerarsi attendibile. Quindi, non è possibile dire se e quanti dei test effettuati nei tre mesi da noi considerati siano connessi ai comportamenti *no safer sex* assunti nello stesso periodo.
 11. A scopo puramente informativo, si consideri che tra i soggetti intervistati la pratica del «rapporto anale» non è così diffusa come quella del «rapporto vaginale». Infatti, se quest'ultimo è praticato da quasi la totalità dei rispondenti (99,72%), meno della metà degli stessi ha dichiarato di aver avuto rapporti anali (45,35%) nei tre mesi considerati dall'indagine.
 12. La correlazione tra «Rapporti vaginali *safer sex*» e «Rapporti anali *safer sex*» presenta una *Pearson Correlation* pari a 0,443, significativa al livello 0,01 (2-code).
 13. Si è deciso di verificare se vi fosse una relazione tra «atteggiamento» e «appartenenza di genere» o «tipo di relazione», ma sia in un caso, che nell'altro i risultati ottenuti non hanno evidenziato valori differenti e statisticamente significativi rispetto a quelli registrati a livello generale:
 - appartenenza di genere: atteggiamento medio uomini = 2,8; atteggiamento medio donne = 2,8; $P(T \leq t)$ a due code pari a 0,4;
 - tipo di relazione: atteggiamento medio single = 2,8; atteggiamento medio accoppiati = 2,8; $P(T \leq t)$ a due code pari a 1,0.
 14. La *Pearson Correlation* tra «Atteggiamento negativo verso il condom» e «Rapporti vaginali *safer sex*» risulta pari a - 0,279 e significativa al livello 0,01 (2-code). La *Pearson Correlation* tra «Atteggiamento negativo verso il condom» e «Rapporti anali *safer sex*» risulta pari a - 0,199 e significativa al livello 0,05 (2-code).
 15. In questo caso la correlazione risulta significativa al livello 0,01 (2-code) e la *Pearson Correlation* pari a - 0,197 tra le variabili «Prezzo» e «Rapporti vaginali *safer sex*» e pari a - 0,242 tra le variabili «Prezzo» e «Rapporti anali *safer sex*».
 16. Al riguardo, si ricorda che la ricerca sottostima la pericolosità del fenomeno in quanto – oltre all'Hiv – vi sono anche altre MST ampiamente contagiose, per le quali la conoscenza del proprio stato di salute è premessa indispensabile per evitare la diffusione della malattia ad altri soggetti.
 17. In aggiunta a questo, gli stessi autori rilevano come la scelta di avere rapporti sessuali non protetti rappresenti per alcune giovani donne una vera e propria strategia, attraverso la quale aumentare la probabilità che un incontro casuale possa trasformarsi in una relazione duratura.

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

- AJZEN I. (1985), «From intention to action: a theory of planned behavior», in J. Kuhl, J. Beckman (a cura di), *Action Control: from cognition to behavior*, Springer Verlag, New York.
- AJZEN I. (1991), «The theory of planned behavior», *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, pp. 179-211.
- AJZEN I., FISHBEIN M. (1980), *Understanding attitudes and predicting social behaviour*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, NJ.
- DEHART, DANA D., BIRKIMER JOHN C. (1997), «Trying to practice safer sex: development of the sexual risks scale», *The Journal of Sex Research*, vol. 34 (1), pp. 11-25.
- DUTTA-BERGMAN MOHAN J. (2005), «Theory and practice in health communication campaigns: critical interrogation», *Health communication*, vol. 18 (2), pp. 103-122.
- ISS (2010), «L'epidemia da HIV/AIDS tra i giovani e le donne in Italia», *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 23, n. 12.
- ISS (2011), «Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2009 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2010», *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 24, n. 5.
- KOTLER P., ROBERTO E. (1991), *Marketing sociale. Strategie per modificare i comportamenti collettivi*, Edizioni di Comunità, Milano.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2009), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese. 2009-2010*, www.salute.gov.it.
- NOAR S.M., MOROKOFF P.J., REDDING C.A. (2002), «Sexual assertiveness in hetero-sexually active men: a test of three samples», *AIDS Education and Prevention*, vol. 14 (4), pp. 330-342.
- NOAR S.M., COLE C.B.A., CARLYLE K.M.A. (2006), «Condom use measurement in 56 studies of sexual risk behavior: review and recommendations», *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35 (3), pp. 327-345.
- PETRILLO G. (a cura di) (1996), *Psicologia Sociale della Salute. Salute e malattia come costruzioni sociali*, Liguori Editore, Napoli.
- PIETRANTONI L. (2001), *La psicologia della salute*, Carocci Editore, Roma.
- ROSENTHAL D., GIFFONRD S., MOORE S. (1998), «Safe sex or safe love: competing discourses?», *AIDS Care*, vol. 10 (1), pp. 34 e ss.
- TROTTI E., BELLANI M.L. (1997), «Il counselling nell'infezione da HIV», in G.G. Bellotti, M.L. Bellani (a cura di), *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, McGraw-Hill Italia, Milano, pp. 31-59.
- VACCARO C.M. (a cura di) (2003), *I comportamenti sessuali degli italiani. Falsi miti e nuove normalità*, Franco Angeli, Milano.

Allegato

Caro/a studente

prima di tutto ti ringraziamo per il prezioso aiuto che ci stai dando per la buona riuscita di questa nostra ricerca. Di seguito troverai un questionario che dovrai compilare rispondendo a tutte le domande e seguendo scrupolosamente l'ordine proposto. Esprimi la tua opinione con la massima libertà e sincerità apponendo una X sulla risposta più in linea con il tuo modo di essere e/o di pensare. Ti ricordiamo che il questionario è anonimo e le modalità di raccolta sono state pensate proprio per garantire tale anonimato.

Grazie per la collaborazione.

1. Nel corso degli ultimi tre mesi hai cambiato partner, intendendo con tale termine la persona con cui ha avuto rapporti sessuali?
- a) Sì, ho avuto più partner (indicare quanti partner: _____)
- b) No, ho avuto sempre e solo lo stesso partner
- c) Non ho avuto alcun partner

Nel caso non abbia avuto alcun partner (risposta c), passare alla parte seconda del questionario. In tutti gli altri casi (risposta a o b) proseguire con la domanda 2.

2. Nel corso degli ultimi tre mesi con quale frequenza hai usato il preservativo nei rapporti vaginali?

- Mai
- Qualche volta (meno della metà delle volte)
- Spesso (più della metà delle volte)
- Sempre
- Non ho praticato rapporti vaginali

3. Nel corso degli ultimi tre mesi con quale frequenza hai usato il preservativo nei rapporti anali?

- Mai
- Qualche volta (meno della metà delle volte)
- Spesso (più della metà delle volte)
- Sempre
- Non ho praticato rapporti anali

4. Leggi attentamente le seguenti affermazioni e indica in che misura concordi con le stesse, utilizzando una scala di valori da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo).

- Usare il preservativo è una seccatura
- Le persone provano lo stesso piacere praticando sesso «sicuro» rispetto al sesso non protetto (R)
- Usare il preservativo interrompe l'intimità sessuale
- Il corretto uso del preservativo può migliorare il piacere sessuale (R)

- I preservativi sono fastidiosi
- Io penso che il sesso «sicuro» potrebbe diventare rapidamente monotono
- Il sesso «sicuro» riduce il piacere mentale del sesso
- L'idea di utilizzare il preservativo non mi attrae
- I preservativi rovinano il naturale atto sessuale
- In generale, sono favorevole all'uso dei preservativi (R)
- I preservativi interferiscono con il romanticismo
- Gli aspetti esterni (odore, consistenza, forma, etc.) del preservativo lo rendono sgradevoli
- Se usi il preservativo non puoi «abbandonarti» totalmente al partner
- Non acquisto preservativi perché hanno un prezzo troppo elevato

Fortem. in disaccordo 1 2 3 4 5 Fortem. d'accordo

5. Nel corso degli ultimi 3 ti sei sottoposto/a al test dell'HIV?

- Sì
- No

Dati anagrafici

Sesso:

- Maschio
- Femmina

Età: _____

Orientamento sessuale:

- Eterosessuale (hai rapporti sessuali solo con persone di sesso diverso dal tuo)
- Bisessuale (hai rapporti sessuali sia con persone del tuo sesso che con persone di sesso diverso)
- Omosessuale (hai solo rapporti sessuali con persone del tuo stesso sesso)

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

R. balduzzi, G. carpani (a cura di)

MANUALE DI DIRITTO SANITARIO

IL MULINO, BOLOGNA, 2013, PP. 496, € 50,00 - IBAN 978-88-15-23470-4

Dagli abbozzi di legislazione sanitaria contenuti nei regolamenti napoleonici alla prima legislazione unitaria italiana, che diede un'organica disciplina alla materia, passando attraverso l'istituzione del Ssn e al suo decentramento in capo agli enti locali, fino al recentissimo D.L.vo n. 158/2012, il manuale offre un panorama esaustivo del diritto sanitario italiano: competenze, organizzazione, attività di prestazione.

INDICE PARTE PRIMA: PROFILI COSTITUZIONALI - I. LA GARANZIA COSTITUZIONALE DEL DIRITTO ALLA SALUTE E LA SUA ATTUAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI R. BALDUZZI E D. SERVETTI - II. LE COMPETENZE LEGISLATIVE IN MATERIA DI «TUTELA DELLA SALUTE», DI G. CARPANI E D. MORANA - PARTE SECONDA: LE COMPETENZE LEGISLATIVE E AMMINISTRATIVE - III. LE FUNZIONI AMMINISTRATIVE, DI M. DI FOLCO - IV. LE AMMINISTRAZIONI STATALI, NAZIONALI ED EUROPEE, DI V. ANTONELLI - V. L'ORGANIZZAZIONE ISTITUZIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO REGIONALE, DI E. GRIGLIO - PARTE TERZA: L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - VI. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE: LE AZIENDE UNITÀ SANITARIE LOCALI, LE AZIENDE OSPEDALIERE E LE AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE, DI E. MENICHELLI - VII. GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO, DI E. GRIGLIO - VIII. LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI, DI E. MENICHELLI - IX. LA DISCIPLINA DELLA DIRIGENZA SANITARIA, DI P. FALETTA - X. L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA, DI N. VICECONTE - PARTE QUARTA: L'ATTIVITÀ DI PRESTAZIONE - XI. LA PROGRAMMAZIONE, DI G. CARPANI - XII. LE PRESTAZIONI SANITARIE, DI M. COSULICH E G. GRASSO - XIII. LA MOBILITÀ SANITARIA, DI A. PITINO - XIV. IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI N. VICECONTE - XV. LA LOGICA DEI PIANI DI RIENTRO E IL DIFFICILE EQUILIBRIO TRA AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ, DI M. BELLENTANI E L. BUGLIARI ARMENIO - XVI. I FONDI SANITARI INTEGRATIVI, DI M. PANERI - XVII. LE 3A: AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO, ACCORDI CONTRATTUALI, DI F. TARONI - XVIII. IL SISTEMA DELLE FARMACIE, DI C. DE GIULI - SIGLE - ATTI NORMATIVI CITATI - BIBLIOGRAFIA

Margherita Giannoni, Paola Casucci, Zahara Ismail

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE ED EQUITÀ NEL RICORSO AI SERVIZI SANITARI DA PARTE DEI CITTADINI STRANIERI NELLE REGIONI ITALIANE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2012, PP. 224, € 27,00 - CODICE ISBN: 9788856846904

Il volume riporta i risultati di una ricerca svolta dal PEHRG (Università di Perugia) per l'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute dei migranti e le malattie della povertà) di Roma, che mira a quantificare le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari sperimentate dagli stranieri nelle regioni italiane. L'analisi viene svolta, nel più ampio contesto delle politiche europee per la promozione della salute dei migranti, sia attraverso una valutazione delle politiche delle regioni italiane che hanno partecipato all'indagine, sia misurando, sulla base dei dati di ricovero disponibili per il periodo 2006-2008, la performance dei servizi ospedalieri regionali tramite un set di indicatori calcolati sulla base del confronto tra la popolazione straniera e quella italiana. I risultati mostrano che sussistono gravi disuguaglianze di uso dei servizi sanitari tra i cittadini, con gli stranieri che ricorrono più degli italiani a parità di genere ed età al ricovero in generale, che si aggravano nel caso di specifiche condizioni legate allo svantaggio socio-economico sperimentato dai migranti.

Da ciò deriva l'urgenza di intervenire da parte delle regioni e del governo centrale per evitare che tali disuguaglianze si propaghino ulteriormente, rendendo ancor più grave il divario tra i cittadini e anche tra le regioni stesse.

INDICE INTRODUZIONE, DI M. GIANNONI - 1. LE POLITICHE SANITARIE SULL'IMMIGRAZIONE IN EUROPA, DI PHILIPA MLADOVSKY - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. ANALISI DELLE POLITICHE SANITARIE PER I MIGRANTI - 1.3. GRUPPI DI POPOLAZIONE DESTINATARI - 1.4. POLITICHE INDIRIZZATE AI MIGRANTI IN GENERALE - 1.5. POLITICHE INDIRIZZATE A GRUPPI SPECIFICI DI EMIGRANTI - 1.6. I RICHIEDENTI ASILO; MIGRANTI PRIVI DI DOCUMENTI - 1.7. QUESTIONI SANITARIE AFFRONTATE; CONCENTRARSÌ SUI PAZIENTI O SU CHI EROGA I SERVIZI; ATTUAZIONE - 1.8. CONSIDERAZIONI - 1.9. CONCLUSIONI - 2. IL PARADOSSO EPIDEMIOLOGICO ISPANICO, DI LUISA FRANZINI, CECILIA GANDUGLIA - 2.1. LA POPOLAZIONE ISPANICA NEGLI STATI UNITI - 2.2. PROBLEMI RELATIVI AI DATI - 2.3. GLI EFFETTI DOVUTI AL FENOMENO DELLE MIGRAZIONI - 2.4. ACCULTURAZIONE E FATTORI CULTURALI - 2.5. L'ACCESSO AL SISTEMA SANITARIO E L'UTILIZZO DEL SISTEMA SANITARIO - 3. L'EFFETTO DELLE POLITICHE SULL'IMMIGRAZIONE SULLE DISUGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE NELLA SALUTE DEGLI INDIVIDUI: UN'ANALISI PER ALCUNI PAESI EUROPEI, DI M. GIANNONI, L. FRANZINI, GIULIANO MASIERO, Z. ISMAIL - 3.1. METODOLOGIA - 3.2. INTRODUZIONE - 3.3. I DATI - 3.4. RISULTATI DELLE STIME - 3.5. CONCLUSIONI - 4. MIGRAZIONE E SALUTE: SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO OLISTICO DI CURA. L'ESPERIENZA DELL'INMP, DI CONCETTA MIRISOLA, GIANFRANCO COSTANZO, RAFFAELE DI PALMA - 4.1. LA SALUTE DELLE PERSONE STRANIERE PRESENTI SUL TERRITORIO ITALIANO - 4.2. LA SALUTE DELLE PERSONE MIGRANTI AL MOMENTO DELLO SBARCO A LAMPEDUSA - 5. EVOLUZIONE DELLE POLITICHE NAZIONALI RELATIVE ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA, DI Z. ISMAIL, P. CASUCCI, EDVIGE MANCINELLI - 5.1. CENNI STORICI - 5.2. EVOLUZIONE DELLE POLITICHE SOCIO-SANITARIE PER GLI IMMIGRATI - 6. RISULTATI PRINCIPALI DELL'INDAGINE CONDOTTA DAL PEHRG E DALL'INMP SULLE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI ADOTTATE DALLE REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME ITALIANE RELATIVAMENTE ALLA TUTELA DELLA POPOLAZIONE FRAGILE E IMMIGRATA DI Z. ISMAIL, PAOLA FEDERICI, LAMBERTO BRIZIARELLI, ALESSIA BIRIBANTI, GIANCARLO POCETTA - 6.1. REGIONE PIEMONTE - 6.2. REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA - 6.3. REGIONE UMBRIA - 6.4. REGIONE MOLISE - 6.5. REGIONE SICILIA - 6.6. REGIONE MARCHE - 6.7. REGIONE LIGURIA - 6.8. PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - 7. STIMA DI INDICATORI DI PERFORMANCE DEI SERVIZI SANITARI DELLE REGIONI ITALIANE IN TERMINI DI DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E USO DEI SERVIZI OSPEDALIERI TRA LA POPOLAZIONE ITALIANA E QUELLA STRANIERA (2006-2008), DI M. GIANNONI, VERONICA FAVILLI, VALENTINA FANINI - 7.1. METODOLOGIA UTILIZZATA NELL'ELABORAZIONE DEL SET DI INDICATORI - 7.2. TASSO STANDARDIZZATO DI OSPEDALIZZAZIONE - 7.3. RICOVERO PER TSO (TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO) - 7.4. TASSO DI DIMISSIONE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE - 7.5. TASSO STANDARDIZZATO DI RICOVERO PER DIABETE - 7.6. TASSO STANDARDIZZATO DI RICOVERO PER POLMONITE - 7.7. TASSO STANDARDIZZATO DI RICOVERO PER HIV - 7.8. TASSO STANDARDIZZATO DI RICOVERO PER TBC - 7.9. TASSO STANDARDIZZATO DI RICOVERO PER MALATTIE CARDIOVASCOLARI - 7.10. TASSO STANDARDIZZATO DI RICOVERO PER INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG) - 7.11. CONSIDERAZIONI DI SINTESI - 8. MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DELLA ASSISTENZA SANITARIA EROGATA AI PAZIENTI STRANIERI NELLE REGIONI ITALIANE, DI V. FANINI, CARLA BRUSCO, M. GIANNONI, MASSIMILIANO RAPONI - 9. L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESÙ DI ROMA: ANALISI DEI FLUSSI DI RICOVERO DEI PAZIENTI STRANIERI E STRATEGIE DI ACCOGLIENZA, DI M. RAPONI, CARLA BRUSCO, P. CASUCCI - 10. CONCLUSIONI - POSTFAZIONE, DI LAMBERTO BRIZIARELLI.

Francesco Longo, Stefania Mele, Giovanni Monchiero, Nicola Pinelli, Domenico Salvatore, Stefano Tasselli (a cura di)

IL GOVERNO DEI SERVIZI TERRITORIALI: BUDGET E VALUTAZIONE DELL'INTEGRAZIONE. MODELLI TEORICI ED EVIDENZE EMPIRICHE

EGEA, MILANO, 2012, PP. 336, € 40,00 - ISBN/EAN: 9788823843615

La componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari è in una fase storico-culturale di rilevante espansione sia per volumi di prestazioni che per importanza clinica. La trasformazione della geografia dei servizi, da ospedalieri a territoriali e della segmentazione nelle caratteristiche epidemiologiche dei pazienti, da prevalentemente acuti a prevalentemente cronici, modifica il quadro del management sanitario e richiede risposte sempre più complesse e appropriate. Nonostante i forti investimenti degli ultimi anni, rimane la percezione che le aziende governino in minor misura l'assistenza territoriale rispetto ad altri livelli di assistenza, in primis quelli ospedalieri. Da un lato, tale ritardo è frutto della complessità implicita nella stessa natura dei servizi territoriali; dall'altro lato, il focus eminentemente preventivo dell'assistenza territoriale rende molto complessa la valutazione delle performance. Sebbene notevoli siano stati gli sforzi per generare nuovi modelli organizzativi e assistenziali, tale innovazione è stata troppo spesso confinata a un livello di riflessione «so-

vra-strutturale», focalizzata più sugli aspetti macro-organizzativi che sulla ridefinizione dei processi assistenziali.

FIASO ha promosso una riflessione critica sullo stato dell'arte dell'organizzazione dell'assistenza territoriale all'interno del panorama nazionale e ha proposto alcuni vettori di cambiamento. Un gruppo di 13 Aziende sanitarie associate, rappresentative del sistema, è stato invitato ad approfondire e valutare quale contributo fosse stato offerto dai modelli organizzativi e assistenziali adottati e applicati nell'assistenza territoriale, in un Laboratorio di ricerca della durata di tre anni, strutturato in tre fasi: la prima, già pubblicata, sulla base delle risorse assegnate al territorio, ha affrontato l'appropriatezza dei consumi sanitari e ospedalieri specialistici e delle cure; la seconda, oggetto del presente volume, ha investigato quali siano i driver dell'integrazione professionale e della continuità delle cure percepita dai pazienti, per strutturare percorsi di cura efficaci incrementando il livello di soddisfazione dei pazienti cronici arruolati nel sistema; la terza, anch'essa oggetto del presente volume, fondata sulla definizione del ruolo manageriale e culturale del budget come principale strumento di programmazione e controllo presente all'interno delle aziende sanitarie. I risultati raggiunti evidenziano alcune riflessioni strategiche sul fatto che la gravità della patologia e delle condizioni cliniche del paziente sembra essere il principale driver esplicativo del livello di integrazione tra i professionisti impegnati nella cura delle cronicità, mentre i modelli organizzativi adottati hanno poco impatto sulla capacità dei professionisti di integrarsi e la continuità delle cure è debolmente correlata con l'integrazione dei professionisti nel percorso di cura. L'analisi dell'impatto dei processi di budget sul comportamento dei dirigenti e dei professionisti territoriali, ha mostrato che i processi informali di governo, in termini di confronto e coordinamento all'interno delle aziende, tendono a generare maggiore allineamento sulla condivisione delle priorità strategiche rispetto ai meccanismi formali di governo. Sembra inoltre che la spinta propulsiva del budget (sebbene ancora strumento ampiamente consolidato nella cultura aziendale) sia in fase decrescente e abbia bisogno di innovazione organizzativa e strategica per diventare pienamente lo strumento chiave di un processo consapevole di programmazione e controllo.

INDICE PREMessa, DI ELIO BORGONOVl - PREFAZIONE, DI FRANCESCO RIPA DI MEANA - PARTE PRIMA. BUDGET E VALUTAZIONE DELL'INTEGRAZIONE. DEFINIZIONE TEORICA E MISURAZIONE EMPIRICA - 1. GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELL'INTEGRAZIONE NEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI - 1.1. LE SPECIFICITÀ DEL GOVERNO DEI SERVIZI TERRITORIALI E LA RILEVANZA DELL'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E DELLE CURE, DI F. LONGO - 1.2. LE DIVERSE ACCEZIONI E DIMENSIONI DELL'INTEGRAZIONE, DI S. MELE - 1.3. IL PROCESSO DI BUDGET COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA E PROFESSIONALE, DI S. TASSELLI - 2. MISURE E DRIVER DELL'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE NEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI - 2.1. L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E LA CONTINUITÀ DELLE CURE: DEFINIZIONI CONCETTUALI E METODOLOGIE DI RILEVAZIONE, DI F. LONGO, S. MELE, D. SALVATORE E S. TASSELLI - 2.2. UN DISEGNO METODOLOGICO PER LA MISURAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE PER I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI, DI D. SALVATORE - 2.3. IL CALCOLO DEI LIVELLI DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E CONTINUITÀ DELLE CURE PER LE PATOLOGIE CRONICHE: I RISULTATI DI UNA RICERCA CONDOTTA IN 14 AZIENDE ITALIANE, DI S. TASSELLI - 2.4. DRIVER INTERPRETATIVI DELLA CONTINUITÀ E IMPLICAZIONI MANAGERIALI, DI F. LONGO - 3. IL PROCESSO DI BUDGET E IL SUO IMPATTO SUL COMPORTAMENTO DEI DIRIGENTI TERRITORIALI - 3.1. IL BUDGET COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E MOTIVAZIONE ALL'INTERNO DELLE AZIENDE, DI S. TASSELLI - 3.2. COME MISURARE L'IMPATTO DEL PROCESSO DI BUDGET SUI COMPORTAMENTI DEGLI INDIVIDUI E SULLE VARIABILI ORGANIZZATIVE? UN FRAMEWORK METODOLOGICO PER LA RILEVAZIONE, DI D. SALVATORE - 3.3. LIVELLO DI CONCORDANZA NEI PROCESSI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO E CORRELAZIONI TRA BUDGET E PERFORMANCE INDIVIDUALI: I RISULTATI DI UNA RICERCA CONDOTTA IN 14 AZIENDE ITALIANE, DI S. TASSELLI - 3.4. QUALI GAP NEI SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO IN ESSERE, DI F. LONGO - 4. COME STIMOLARE E GOVERNARE L'INTEGRAZIONE TRA I PROFESSIONISTI? RIFLESSIONI STRATEGICHE E POSSIBILE PORTAFOGLIO DI STRUMENTI ATTUATIVI, DI F. LONGO - PARTE SECONDA. ESPERIENZE AZIENDALI INNOVATIVE (AZIENDE LABORATORIO) NEL CAMPO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E DELLA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ TERRITORIALE - INTRODUZIONE. GOVERNO DEI SERVIZI TERRITORIALI NELLE AZIENDE SANITARIE: EVIDENZE DALLE ESPERIENZE AZIENDALI INNOVATIVE, DI N. PINELLI - 5. TRIESTE: UN SISTEMA DI SALUTE, DI MARCO BRAIDA - 6. LE STRATEGIE DEL CAMBIAMENTO: INTEGRAZIONE E VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI NELLA RISTRUTTURAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI SANITARI E AMMINISTRATIVI IN RAPPORTO AI NUOVI BISOGNI DI ASSISTENZA. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA USL DI FERRARA, DI ANTONIO ALFANO, PAOLA BARDASI, MAURO MARABINI, PAOLO SALTARI - 7. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE NELL'ORGANIZZAZIONE IN RETE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIMISSIONE COMPLESSA: IL PROGETTO «UN SOLO PAZIENTE», DI SIMONE BALDI, SHEILA BELLINI, FRANCESCA BELLINI, ANTONIO GUARRACINO, LUIGI MARRONI, GIUSEPPINA PERILLO, AMELIA

PIZZI, CRISTINA ROSSI, PIERLUIGI TOSI - 8. APPROPRIATEZZA E OMOGENEITÀ DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI DOMICILIARI A BOLOGNA, DI MASSIMO ANNICCHIARICO, ILARIA CASTALDINI, GABRIELE CAVAZZA, ANNA POLI, ADALGISA PROTONOTARI - 9. RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE RIABILITATIVA E RUOLO DI COMMITTEENZA DEL SERVIZIO PUBBLICO NELLA ASL ROMA E, DI SILVIA BRACCI, GIUSEPPE PARRELLA, FRANCESCA PROVENZANO, MARIA ROSARIA ROMAGNUOLO, MARIA SABIA, MARIA TERESA SACERDOTE - 10. LETTI DI PROSSIMITÀ PER PATOLOGIE COMPLESSE AD ALBA-BRA, DI ELIO LAUDANI, LUCA MONCHIERO - 11. SAVONA: GESTIONE INTEGRATA TRA DIABETOLOGIA E MEDICINE DI GRUPPO, DI CLAUDIA AGOSTI, LUCA GARRA, LUCA LIONE, BARBARA MONTE, MARIA GABRIELLA VULLO - 12. SVILUPPO DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE, DI FRANCESCA BUSA, CRISTINA VELLUDO, STEFANO ZIZZETTI - 13. RETE DI CENTRI MOBILI PER LA PREVENZIONE E LA DIAGNOSI PRECOCE DI ALCUNE PATOLOGIE AD ALTO IMPATTO SOCIALE NEL TERRITORIO, DI LUCIO VISCONTI - GLOSSARIO - CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE, DI GIOVANNI MONCHIERO

O.N.Da - Osservatorio nazionale sulla salute della donna

LA SALUTE DELLA DONNA: ANALISI E STRATEGIE DI INTERVENTO

FRANCO ANGELI, MILANO, 2012, PP. 128, € 17,00 - ISBN: 9788856849295

Una premessa per il ripensamento del Servizio sanitario nazionale in un'ottica di genere, per migliorare l'equità, l'accessibilità e la fruizione dei servizi. La cultura della medicina di genere è essenziale per garantire alle donne la tutela della propria salute. In quest'ottica O.N.Da, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, in collaborazione con l'Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha realizzato un volume sulle principali patologie in rosa, quali cardiovascolari, oncologiche, psichiatriche e relative alla salute materno-infantile. L'obiettivo è fotografare la situazione clinica-epidemiologica attuale ed evidenziare le esigenze dell'universo femminile in ambito sanitario-assistenziale. Il testo, corredato da proposte operative, vuole sensibilizzare gli esperti in materia e rappresentare una premessa per il ripensamento del Servizio sanitario nazionale in un'ottica di genere, per migliorare l'equità, l'accessibilità e la fruizione dei servizi. La consapevolezza che il genere sia un parametro fondamentale nell'attività clinica e nella programmazione sanitaria rappresenta il punto di partenza per la realizzazione di una salute a misura di donna e di una medicina personalizzata.

INDICE PREMESA, DI FRANCESCA MERZAGORA - INTERVENTI INTRODUTTIVI, DI EMANUELA BAILO, LAURA BIANCONI, MASSIMO SCACCABAROZZI - PREFAZIONE, DI WALTER RICCIARDI, TIZIANA SABETTA - PARTE I. POPOLAZIONE FEMMINILE. 1. ANALISI DI CONTESTO - 1.1. STRUTTURA DEMOGRAFICA - 1.2. OCCUPAZIONE E DISOCCUPAZIONE - 1.3. TEMPO LIBERO - 1.4. INDICE DI STATO FISICO - PARTE II. PROPOSTE E STRATEGIE D'INTERVENTO - 2. ONCOLOGIA - 2.1 PREVENZIONE - 2.2. SCREENING MAMMOGRAFICO - 2.3. PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA PER IL CARCINOMA DELLA CERVICIA UTERINA - 2.4. INCIDENZA PER ALCUNE SEDI ONCOLOGICHE - 2.5. PREVALENZA PER ALCUNE SEDI ONCOLOGICHE - 2.6. MORTALITÀ PER ALCUNE SEDI ONCOLOGICHE - 2.7. ORIENTAMENTO E CONOSCENZA DELLA POPOLAZIONE FEMMINILE - 2.8. PROPOSTE E STRATEGIE D'INTERVENTO - 2.9. COMMENTI E RIFLESSIONI - 3. MALATTIE CARDIOVASCOLARI - 3.1. OSPEDALIZZAZIONE PER PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI - 3.2. MORTALITÀ PER PATOLOGIE ISCHEMICHE DEL CUORE - 3.3. IPERCOLESTEROLEMIA ED IPERTENSIONE - 3.4. CARTE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE - 3.5. PROPOSTE E STRATEGIE D'INTERVENTO - 3.6. COMMENTI E RIFLESSIONI - 4. SALUTE MENTALE - 4.1. DISTURBI PSICHICI - 4.2. DEPRESSIONE PERINATALE - 4.3. INDICE DELLO STATO PSICOLOGICO - 4.4. ORIENTAMENTO E CONOSCENZA DELLA POPOLAZIONE FEMMINILE - 4.5. PROPOSTE E STRATEGIE D'INTERVENTO - 4.6. COMMENTI E RIFLESSIONI - 5. SALUTE MATERNO-INFANTILE - 5.1. INDAGINI DIAGNOSTICHE IN GRAVIDANZA - 5.2. PARTI EFFETTUATI NEI PUNTI NASCITA - 5.3. PARTI CON TAGLIO CESAREO - 5.4. ALLATTAMENTO AL SENO - 5.5. ORIENTAMENTO E CONOSCENZA DELLA POPOLAZIONE FEMMINILE - 5.6. PROPOSTE E STRATEGIE D'INTERVENTO - 5.7. COMMENTI E RIFLESSIONI - 6. DESCRIZIONE DEGLI INDICATORI E FONTE DEI DATI, DI W. RICCIARDI, ROBERTA SILIQUINI - 7. CONCLUSIONI

Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione svolta negli anni 2011 e 2012 i Referee che hanno valutato gli articoli e supportato gli autori nella stesura dei lavori proposti e pubblicati sulla rivista Mecosan:

Fabio Amatucci, Patrizio Armeni, Mara Bergamaschi, Guglielmo Bonaccorsi, Elio Borgonovi, Paola Boscolo, Luca Buccoliero, Sara Buffetti, Stefano Calciolari, Francesca Calò, Marianna Cavazza, Michela Canobbio, Elena Cantù, Clara Carbone, Pierluigi Catalfo, Matteo Cecchi, Oriana Ciani, Eleonora Corsalini, Corrado Cuccurullo, Mario Del Vecchio, Carlo De Pietro, Maria Pia Fantini, Giovanni Fattore, Giovanni Fosti, Andrea Francesconi, Davide Galli, Federica Gazzotti, Filippo Giordano, Isabella Giusepi, Claudio Jommi, Francesca Lecci, Federico Lega, Francesco Longo, Gavino Maciocco, Erika Mallarini, Roberta Montanelli, Niccolò Persiani, Anna Prenestini, Valeria Rappini, Laura Rasero, Elisabetta Reginato, Alberto Ricci, Irene Roma, Alberto Romolini, Andrea Rotolo, Salvatore Russo, Domenico Salvatore, Marco Sartirana, Emilio Tanzi, Fabrizio Tediosi, Valeria Tozzi, Elisabetta Trincherò, Emanuele Vendramini, Stefano Villa, Alessandro Viviani.

**Campagna promozionale riservata
a chi si abbona dal 1° aprile al 30 aprile 2013
a Mecosan cartaceo + cd-rom Mecosan click
al prezzo di € 360,00**

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

Rivista trimestrale di saggi e ricerche, documenti
e commenti per il governo manageriale della sanità

Rivista accreditata AIDEA

diretta da **Luigi D'Elia** ed **Elio Borgonovi**

OGGETTO: campagna promozionale Mecosan cartaceo + Mecosan click al prezzo di € 360,00 anziché di € 460,00.

Egregio Dottore,

la rivista **Mecosan** dal 2002 è disponibile anche in cd-rom: **Mecosan click**, copia esatta della rivista cartacea (*).

Ha la possibilità quindi con un semplice click di:

● visualizzare e consultare la rivista **Mecosan** in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, sfogliandola come nel formato cartaceo;

● navigare nella rivista **Mecosan**, andando direttamente alle rubriche (saggi, approfondimenti, ricerche, novità bibliografiche) o agli argomenti di maggior interesse (governance, organizzazione, approvvigionamenti, risorse umane, costi delle prestazioni, gestione delle tecnologie, etc.);

● consultare l'indice della rivista **Mecosan**, con tutti i link che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli;

● consultare la rivista **Mecosan** con ricerca per «frase o parola» contenute nei testi di tutto il fascicolo.

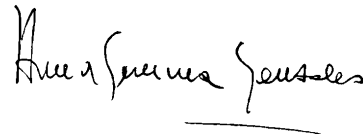
Ella ha diritto all'abbonamento a **Mecosan click** in cd-rom, copia esatta della rivista cartacea, oltre a **Mecosan** nella classica versione cartacea, qualora si abboni o rinnovi l'abbonamento a **Mecosan 2013** cartaceo sottoscrivendo e pagando euro 360,00 anziché euro 460,00 nel periodo 1° aprile-30 aprile 2013.

Si affretti a compilare l'acclusa cedola.

Distinti saluti.

Roma, marzo 2013

IL DIRETTORE GENERALE



MECOSAN CARTACEO

CEDOLA D'ORDINE

MECOSAN CLICK

Programma abbonamento 2013

Spediz. in abb. post., art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03, conv. in L. n. 46/04

SIPIS s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it - www.sipis.it

Sottoscrivo e pago l'abbonamento a **Mecosan 2013** sia in cd-rom che nel classico formato cartaceo entro il 30 aprile 2013. Vi prego pertanto di voler mettere in corso, alle condizioni che ne regolano l'uso, l'abbonamento a:

Mecosan 2013 cartaceo + Mecosan click 2013

al prezzo speciale di euro 360,00 anziché euro 460,00

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
- 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.
- Barrare la casella che interessa

..... lì

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

N.B. Per chi è già abbonato a Mecosan per il 2013, **solo la sottoscrizione ed il pagamento di un ulteriore abbonamento, nel periodo 1° aprile-30 aprile 2013**, dà diritto alla promozione in oggetto. L'ordine è valido solo se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 30 aprile 2013.

L'offerta della presente campagna non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

(*) **Mecosan click**: «La copia esatta della rivista cartacea»

Per la consultazione di **MECOSAN click**, è necessario che nel PC sia installato il programma Acrobat Reader, versione 4 o successive.

I files.pdf sono protetti; sarà necessario digitare l'apposita password di ingresso.

La SIPIS s.r.l. è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuti e sistematici di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.

La redazione sarà grata ai lettori che segnaleranno inesattezze, mancanze o meri errori materiali, possibili nella preparazione editoriale e informatica.

RAGIUSAN

Rivista mensile di dottrina, giurisprudenza e documentazione di interesse socio-sanitario
edita sotto gli auspici del Ministero della salute
WHO Collaborating Centre for Health legislation
diretta da **Luigi D'Elia**

**Campagna promozionale riservata
a chi si abbona dal 1° aprile al 30 aprile 2013
a Ragiusan cartaceo + cd-rom Ragiusan click
al prezzo di € 820,00**

OGGETTO: campagna promozionale Ragiusan cartaceo + Ragiusan click al prezzo di € 820,00 anziché di € 1.020,00.

Egregio Dottore,

la rivista **Ragiusan** dal 2002 è disponibile anche in cd-rom: **Ragiusan click**, copia esatta della rivista cartacea (*).
Ha la possibilità quindi con un semplice click di:

● visualizzare e consultare la rivista **Ragiusan** in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, sfogliandola come nel formato cartaceo;

● navigare nella rivista **Ragiusan**, andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse (organizzazione, contratti, risorse umane, attività assistenziale, diritto alla salute, etc.);

● consultare l'indice della rivista **Ragiusan**, con tutti i link che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli, delle sentenze, delle leggi nazionali e regionali, dei documenti, di argomenti attinenti, etc.;

● consultare la rivista **Ragiusan** con ricerca per «frase o parola» contenute nei testi di tutto il fascicolo.

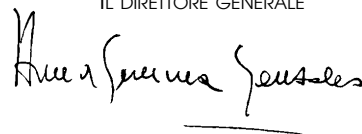
Ella ha diritto all'abbonamento a **Ragiusan click** in cd-rom, copia esatta della rivista cartacea, oltre a **Ragiusan** nella classica versione cartacea, qualora si abboni o rinnovi l'abbonamento a **Ragiusan 2013** cartaceo sottoscrivendo e pagando euro 820,00 anziché euro 1.020,00 nel periodo 1° aprile-30 aprile 2013.

Si affretti a compilare l'acclusa cedola.

Distinti saluti.

Roma, marzo 2013

IL DIRETTORE GENERALE



RAGIUSAN CARTACEO

CEDOLA D'ORDINE

RAGIUSAN CLICK

Programma abbonamento 2013

Spediz. in abb. post., art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03, conv. in L. n. 46/04

SIPIS s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it - www.sipis.it

Sottoscrivo e pago l'abbonamento a **Ragiusan 2013** sia in cd-rom che nel classico formato cartaceo entro il 30 aprile 2013. Vi prego pertanto di voler mettere in corso, alle condizioni che ne regolano l'uso, l'abbonamento a:

Ragiusan 2013 cartaceo + Ragiusan click 2013

al prezzo speciale di euro 820,00 anziché euro 1.020,00

● Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
- 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.
- Barrare la casella che interessa

..... lì

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

N.B. Per chi è già abbonato a Ragiusan per il 2013, **solo la sottoscrizione ed il pagamento di un ulteriore abbonamento, nel periodo 1° aprile-30 aprile 2013**, dà diritto alla promozione in oggetto. L'ordine è valido solo se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 30 aprile 2013.
L'offerta della presente campagna non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

(*) **Ragiusan click: «La copia esatta della rivista cartacea»**

Per la consultazione di **RAGIUSAN click**, è necessario che nel PC sia installato il programma Acrobat Reader, versione 4 o successive.

I files.pdf sono protetti; sarà necessario digitare l'apposita password di ingresso.

La SIPIS s.r.l. è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuti e sistematici di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.

La redazione sarà grata ai lettori che segnaleranno inesattezze, mancanze o meri errori materiali, possibili nella preparazione editoriale e informatica.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2013: € 360,00

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 effettuare 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 2013 è fissato in:

€ 360,00 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 2013 per l'estero è fissato come segue: € 360,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 460,00, 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)	€ 350,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 350,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 350,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 350,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 350,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 350,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 350,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 350,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 350,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 350,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 360,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 360,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 360,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 360,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 360,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 360,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 360,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 360,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600)	€ 360,00 *
Volume 20°, annata 2011 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 616)	€ 360,00 *
Volume 21°, annata 2012 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 588)	€ 360,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 6.341,00, anziché € 7.460,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.