

bea

La componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari è in una fase storico-culturale di rilevante espansione sia in termini di volumi di prestazioni, sia di importanza clinica. Questo fenomeno è reso possibile dai nuovi modelli di medicina, sempre più rivolti a contesti assistenziali ambulatoriali e diurni e a logiche preventive, e ha come obiettivo principale quello di dare risposta ai bisogni di assistenza sul territorio da parte di una quota crescente di pazienti anziani e affetti da patologie croniche. La complessità nell'organizzazione e nell'erogazione di tali servizi, nello specifico, richiede competenze manageriali e capacità organizzative da parte delle aziende e dei professionisti finalizzate al coordinamento delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali sul territorio. Nell'ambito di tale dibattito culturale, il presente volume propone un framework teorico e metodologico per la definizione e la rilevazione di alcune dimensioni rilevanti per un'efficace organizzazione dei servizi sul territorio: l'integrazione dei professionisti (siano essi medici di medicina generale, specialisti e altri attori) coinvolti nei percorsi di cura delle cronicità, il livello di continuità delle cure percepito dai pazienti e il livello di coordinamento e integrazione nell'utilizzo degli strumenti di programmazione e controllo dell'attività territoriale (in primis il budget) da parte delle aziende. Il volume presenta poi i risultati di due ricerche su tali tematiche condotte in partnership da CERGAS e FIASO nell'ambito del Laboratorio per il Governo del Territorio, in cui vengono illustrate le evidenze empiriche relative a un campione significativo di aziende sanitarie nazionali.

Francesco Longo è Professore associato di *management pubblico e sanitario*. Ricercatore e past director del CERGAS dell'Università Bocconi (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) e Senior Lecturer alla SDA-Bocconi School of Management.

Domenico Salvatore è ricercatore in organizzazione aziendale presso l'Università Parthenope di Napoli. Collabora, inoltre, con il CERGAS dell'Università Bocconi e con la Fondazione SDN.

Stefano Tasselli è PhD Fellow presso la Judge Business School della University of Cambridge, dove è membro del Cambridge Centre for Health Leadership & Enterprise e Lecturer per il corso di Social Network Analysis. È Research Fellow presso il CERGAS dell'Università Bocconi e docente SDA Bocconi.

Stefania Mele è Ricercatrice presso il CERGAS dell'Università Bocconi.

Giovanni Monchiero è stato Direttore generale della ASL 18 Alba-Bra, della AO S. Giovanni Battista di Torino, quindi dall'aprile 2006 della ASL Cuneo 2. È Professore a contratto presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Torino. Dal 2009 è Presidente della FIASO.

Nicola Pinelli è Direttore della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. In FIASO dal 2001, è stato responsabile scientifico dei progetti di ricerca della Federazione.

ISBN 978-88-238-4361-5



9 788823 843615

€ 40,00

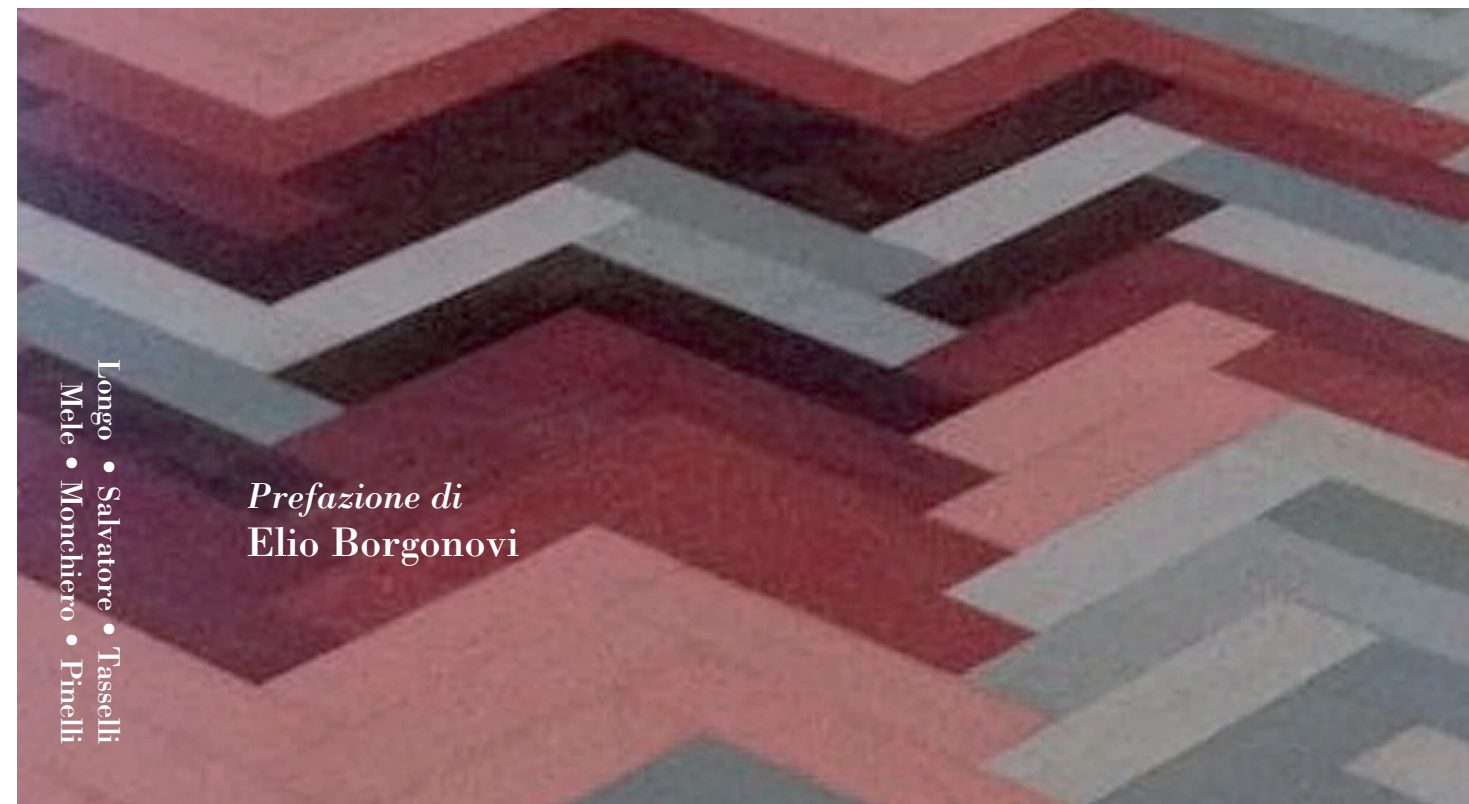
www.egeaonline.it

Il governo dei servizi territoriali:
budget e valutazione dell'integrazione

Francesco Longo
Domenico Salvatore
Stefano Tasselli
Stefania Mele
Giovanni Monchiero
Nicola Pinelli

Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione

Modelli teorici ed evidenze empiriche



Longo • Salvatore • Tasselli
Mele • Monchiero • Pinelli

Prefazione di
Elio Borgonovi



biblioteca dell'economia d'azienda



biblioteca dell'economia d'azienda





**Francesco Longo
Domenico Salvatore
Stefano Tasselli
Stefania Mele
Giovanni Monchiero
Nicola Pinelli**

Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione

Modelli teorici ed evidenze empiriche

La pubblicazione di questo libro è stata resa possibile
grazie al contributo di Novartis Farma S.p.A.

 **NOVARTIS**

 **Egea**

Copyright © 2012 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 - 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it - www.egeaonline.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaonline.it/fotocopie.htm

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: dicembre 2012

ISBN 978-88-238-4361-5

Stampa: GECA, Cesano Boscone (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

Indice

Ringraziamenti	9
Premessa	
<i>di Elio Borgonovi (Presidente CERGAS – Università Bocconi)</i>	<i>11</i>
Prefazione	
<i>di Francesco Ripa di Meana (Direttore Generale AUSL di Bologna)</i>	<i>15</i>
PARTE PRIMA	
BUDGET E VALUTAZIONE DELL’INTEGRAZIONE.	
DEFINIZIONE TEORICA E MISURAZIONE EMPIRICA	19
1 Gli strumenti a supporto dell’integrazione nei servizi sanitari territoriali.....	21
1.1 Le specificità del governo dei servizi territoriali e la rilevanza dell’integrazione professionale e delle cure (di Francesco Longo).....	23
1.2 Le diverse accezioni e dimensioni dell’integrazione (di Stefania Mele)	37
1.3 Il processo di budget come strumento di integrazione organizzativa e professionale (di Stefano Tasselli)	47

2 Misure e driver dell'integrazione professionale nei servizi sanitari territoriali.....	63
2.1 L'integrazione professionale e la continuità delle cure: definizioni concettuali e metodologie di rilevazione (di Francesco Longo, Stefania Mele, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli).....	65
2.2 Un disegno metodologico per la misurazione dell'integrazione professionale e della continuità delle cure per i servizi sanitari territoriali (di Domenico Salvatore).....	79
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 Stefano Tasselli).....	91
2.4 Driver interpretativi della continuità e implicazioni manageriali (di Francesco Longo).....	133
3 Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali.....	149
3.1 Il budget come strumento di programmazione e motivazione all'interno delle aziende (di Stefano Tasselli).....	151
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 Domenico Salvatore).....	161
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 Stefano Tasselli).....	167
3.4 Quali gap nei sistemi di programmazione e controllo in essere (di Francesco Longo).....	195
4 Come stimolare e governare l'integrazione tra i professionisti? Riflessioni strategiche e possibile portafoglio di strumenti attuativi (di Francesco Longo).....	209

PARTE SECONDA

**ESPERIENZE AZIENDALI INNOVATIVE (AZIENDE
LABORATORIO) NEL CAMPO DELL'INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA E DELLA PROGRAMMAZIONE**

DELL'ATTIVITÀ TERRITORIALE 221

**Introduzione. Governo dei servizi territoriali nelle Aziende
sanitarie: evidenze dalle esperienze aziendali innovative
(di Nicola Pinelli)..... 223**

5 Trieste: un sistema di salute (di Marco Braidà)..... 231

**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 UsI di
Ferrara (di Antonio Alfano, Paola Bardasi, Mauro Marabini,
Paolo Saltari) 241**

**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 Belli, Francesca Bellini, Antonio
Guarracino, Luigi Marroni, Giuseppina Perillo, Amelia Pizzi,
Cristina Rossi, Pierluigi Tosi)..... 253**

**8 Appropriatelyzza e omogeneità degli interventi riabilitativi
domiciliari a Bologna (di Massimo Annicchiarico, Iliaria
Castaldini, Gabriele Cavazza, Anna Poli, Adalgisa Protonotari) 267**

**9 Riqualificazione dell'assistenza territoriale riabilitativa e
ruolo di committenza del servizio pubblico nella ASL Roma
E (di Silvia Bracci, Giuseppe Parrella, Francesca Provenzano,
Maria Rosaria Romagnuolo, Maria Sabia, Maria Teresa
Sacerdote)..... 279**

**10 Letti di prossimità per patologie complesse ad Alba-Bra
(di Elio Laudani, Luca Monchiero)..... 293**

**11 Savona: Gestione integrata tra Diabetologia e Medicine
di Gruppo (di Claudia Agosti, Luca Garra, Luca Lione,
Barbara Monte, Maria Gabriella Vullo)..... 301**

12 Sviluppo della rete delle Cure palliative <i>(di Francesca Busa, Cristina Velludo, Stefano Zizzetti)</i>	309
13 Rete di Centri Mobili per la prevenzione e la diagnosi precoce di alcune patologie ad alto impatto sociale nel territorio <i>(di Lucio Visconti)</i>	315
Glossario	321
Considerazioni conclusive <i>di Giovanni Monchiero (Presidente FIASO)</i>	323

Ringraziamenti

Si ringraziano i componenti del gruppo di lavoro delle tre fasi del “Laboratorio FIASO sul Governo del Territorio“ e le Direzioni delle aziende partecipanti: ULSS 3 Bassano (Cristina Beltramello, Michela Piccinini, Cristina Velludo), AUSL Bologna (Ilaria Castaldini, Gabriele Cavazza, Adalgisa Protonotari, Fausta Tamburini), ASS 1 Triestina (Marco Braidà, Paolo Da Col, Maila Mislej, Mario Reali, Marco Spano, Chiara Strutti, Rosolino Trabona), AUSL Ferrara (Fosco Foglietta, Stefano Carlini, Marcello Cellini, Sandro Guerra), ASL CN 2 Alba-Bra (Michele Parodi, Cristina Peirano, Andrea Saglietti), AS 10 Firenze (Carla Buonamici, Mariella Grimaldi, Laura Peracca, Stefano Tedici), ASL Lanciano – Vasto (Paolo Mascitti, Vincenzo Orsatti, Salvatore Vallone), AUSL Piacenza (Ermanno Bongiorno, Filippo Celaschi, Maria Gasparini, Enzo Pisati, Enrico Sverzellati, Giovanni Tamarri), ASL Roma E (Camillo Giulio De Gregorio, Tino Gori, Mauro Goletti, Maria Rosaria Romagnuolo), ASL 2 Savonese (Claudia Agosti, Luca Garra, Maurizio Modenesi, Flavio Neirotti), ULSS 4 Thiene - Alto Vicentino (Oliveria Cordiano, Liliana Rappanella, Anna Maria Scalzeri, Giulia Ullucci).

Si ringrazia Novartis per il prezioso sostegno alla pubblicazione del libro. Si ringrazia il Prof. Elio Borgonovi per il costante e paterno ruolo di supporto scientifico e metodologico. Si ringraziano Maria Silvia Cirelli e Diana de Maffutiis per il contributo fornito nell’editing e nel restyling del volume.

Premessa

di Elio Borgonovi

La vita ha una continuità fisica, dalla nascita alla morte e, per i credenti di ogni religione, una continuità metafisica che dura anche dopo la morte in forma diversa. La continuità fisica si riflette sulla continuità dello stato di salute che, ogni giorno, è diverso da ogni altro. Tuttavia si possono individuare due diverse situazioni:

- La prima è quella rappresentata da condizioni di benessere fisico e psichico che, pur essendo diverso ogni giorno (nel linguaggio corrente si dice “oggi mi sento particolarmente allegro, euforico, pieno di voglia di fare” oppure “oggi mi sento un po’ meno brillante del solito”) viene percepito, considerato e valutato dalle persone come normalità.
- La seconda, nella quale si manifestano sintomi che inducono a richiedere indagini diagnostiche, stati di malessere persistente o che si ripete con frequenza senza precisi sintomi, cure e interventi di vario tipo che consentono di recuperare uno stato di salute compromesso (ad esempio una frattura, un ictus ecc.) e trattamenti specifici e a volte continui (ad esempio assunzione di farmaci per controllare l’ipertensione o antidepressivi o l’assunzione di insulina ecc.) finalizzati a prevenire il manifestarsi di malattie o a promuovere un migliore benessere fisico-psichico o rivolti a far recuperare condizioni di benessere compromesso.

La continuità dello stato di salute delle persone e di gruppi di persone, come nel caso della “medicina di comunità o dell’igiene pubblica”, non può e non ha mai trovato continuità nell’offerta di servizi di tutela della salute. La percezione di un bisogno di salute (in presenza di una sintomatologia evidente e conclamata o di fronte a situazioni asintomatiche di malessere duraturo) e la richiesta di atti idonei a ricercare le cause di tali situazioni, diagnosi, cura, riabilitazione sono eventi discontinui.

L'offerta di atti, prestazioni, servizi si configura come atti medici o in genere assistenziali, sempre più spesso collegati all'uso di strumenti (per diagnosi, interventi chirurgici, trattamenti di altro tipo o la somministrazione di farmaci o altre sostanze adiuvanti), spesso nell'ambito di strutture fisiche (ospedali, centri diagnostici o di riabilitazione, ambulatori di medici di medicina generale o cure primarie, singoli o associati, strutture di riabilitazione per postdegenza o lungodegenza, strutture "protette" e altro). Ciò è stata anche la conseguenza del processo di progressiva e accentuata specializzazione di tipo scientifico e organizzativo che ha caratterizzato la società moderna.

Il tema del rapporto tra "specializzazione" e "considerazione unitaria e complessiva" della persona che ha esigenze di salute è aperto sul piano scientifico della ricerca di procedure o metodiche assistenziali, forme di consultazione, organizzazione interdisciplinare dell'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa.

Il dibattito è altresì aperto sul piano organizzativo in una realtà nella quale si sono sviluppate competenze professionali, istituzionali (si veda il problema del rapporto tra Comuni o Aziende sanitarie nel campo dei servizi socio-sanitari, delle strutture di accoglienza stabile per anziani, portatori di disabilità, persone non autosufficienti con presenza di figure mediche o sanitarie e di figure socio-assistenziali), del passaggio delle persone in diverse strutture al manifestarsi di differenti eventi. Conoscenze, competenze, esperienze, capacità di medici, infermieri, altri professionisti, funzioni e responsabilità giuridiche, ruoli e mansioni organizzative, strutture fisiche si sono specializzati con l'obiettivo di massimizzare l'efficacia, la qualità di specifici trattamenti, della condizione di salute dei pazienti e al fine di aumentare l'efficienza e la produttività nell'uso delle risorse. Tra le tante classificazioni sembra opportuno richiamare in questa sede quella delle fasi pre-acute, della diagnosi (precoce di fronte a sintomi conclamati ed evidenti), del trattamento delle fasi acute delle malattie, della fase post acuta e dell'assistenza di lungo periodo o continua.

I sistemi di offerta di singoli "professionisti" della salute, di strutture giuridiche e fisiche, le scelte e gli sviluppi strategici, le modalità di finanziamento, i sistemi di programmazione degli obiettivi e quelli di monitoraggio, controllo e valutazione dei risultati si sono orientati, negli ultimi decenni, sull'introduzione di logiche, strumenti, metodi, tecniche per migliorare l'appropriatezza, la qualità delle prestazioni, la soddisfazione reale o percepita dei pazienti, la produttività, l'efficienza, la riduzione dei costi a parità di efficacia assistenziale e di qualità con riferimento ai singoli eventi, fasi, strutture di ricovero. Si è così sviluppato un sistema di offerta nel quale, anche nei casi di eccellenza e di elevata funzionalità e razionalità, si perseguono "ottimi parziali" che, tuttavia, non garantiscono "l'ottimo complessivo" per il paziente sul piano assistenziale e per il sistema, sul piano economico. Coerentemente con il postulato matematico secondo cui nei sistemi

complessi la somma o la combinazione degli ottimi parziali non garantisce l'ottimo generale e coerentemente con l'evidenza dell'attuale crisi, che dimostra come il perseguimento degli "ottimi parziali" delle singole banche e imprese non hanno garantito una sostenibilità del sistema economico globale, anche nel campo della tutela della salute si è posta una riflessione sull'esigenza di affrontare l'organizzazione della struttura di offerta recuperando in termini concettuali ma, soprattutto, concreti e operativi, l'impostazione della continuità assistenziale. Si tratta di una condizione indispensabile per garantire in futuro la sostenibilità operativa ed economica dei sistemi di tutela della salute. Questo principio va preso in considerazione su diversi fronti affrontati nel presente lavoro anche sulla base dell'analisi di esperienze positive: quello del rapporto tra medici di medicina generale o di cure primarie sul territorio e assistenza ospedaliera; quello del rapporto tra chi si assume la responsabilità primaria di un paziente e medici specialistici nell'ambito delle strutture di cura e riabilitazione che possono dare il loro contributo di conoscenze sui vari aspetti della condizione del paziente; quello della continuità del rapporto tra assistenza delle fasi acute nelle strutture e assistenza post acute, comprese le forme della home care, dell'ADI (assistenza domiciliare integrata) o di altre soluzioni.

Il presente volume, quindi, affronta una problematica "trivalente" (usando il termine che si usa per i vaccini): sul piano scientifico e di cultura unitaria della salute; sul piano dell'appropriatezza e della più elevata soddisfazione dei pazienti; sul piano della spesa complessiva (non del costo di specifici trattamenti e fasi) e della sostenibilità economica di lungo periodo in un'economia nella quale le risorse sono sempre più limitate di fronte alle enormi opportunità offerte dal progresso scientifico in tutti i campi, compreso quello della tutela della salute.

Prefazione

di Francesco Ripa di Meana

La componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari è composta dall'insieme dei servizi e delle prestazioni che si svolgono in servizi preventivi o educativi di comunità, in regime ambulatoriale o diurno e con l'integrazione di un network di diversi professionisti (MMG, specialisti ambulatoriali, infermiere, assistenti sociali), o a domicilio del paziente, focalizzandosi su una logica di intervento preventiva e di presa in carico stabile del paziente (specialmente se cronico). Essa è in una fase storico-culturale di rilevante espansione sia in termini di volumi di prestazioni, sia di importanza clinica, grazie ai nuovi modelli di medicina, sempre più rivolti a contesti assistenziali ambulatoriali e diurni e a logiche preventive, anche in risposta all'evoluzione socio-epidemiologica caratterizzata da un significativo aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche (Anessi Pessina e Cantù, 2000-2010). 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 distintivo del management sanitario e richiede risposte sempre più complesse ed appropriate, sia in termini di mappe cognitive di policy makers, managers e professionisti, sia di evoluzione del contesto organizzativo ed ambientale, con un focus rivolto allo sviluppo di logiche e strumenti manageriali contestualizzati ai problemi emergenti.

Nonostante i forti investimenti sul territorio degli ultimi anni, rimane comunque la percezione che le aziende governino in minor misura l'assistenza territoriale rispetto ad altri livelli di assistenza, in primis quelli ospedalieri. Tale percezione risiede prevalentemente nello sviluppo di identità e culture specifiche per ciascuna tipologia di servizio e nel minore grado di sviluppo dei sistemi manageriali di misurazione e di controllo. Nello specifico, molti strumenti aziendali nei servizi territoriali (strutture organizzative, budget, PDTA, ecc.) sono conosciuti culturalmente, deliberati formalmente, ma non adottati nella pratica con la

necessaria incisività e non garantendo i risultati attesi. Da un lato tale ritardo nella maturità di governo del territorio è frutto della complessità implicita nella stessa natura dei servizi territoriali: l'assistenza sul territorio è infatti una realtà ricca ed articolata, in cui da un lato l'esigenza di integrazione tra diverse categorie di professionisti genera la necessità di sviluppare linguaggi e mappe cognitive condivise non sempre di facile attuazione in contesti ad alta frammentazione professionale; dall'altro lato, il focus eminentemente preventivo dell'assistenza territoriale rende estremamente complessa la valutazione delle performance, dal momento che i tradizionali indicatori di efficienza e efficacia dell'assistenza (basati su misure di input e di output) si rivelano disallineati rispetto alle peculiarità dei servizi sul territorio.

Notevoli sforzi sono stati compiuti per generare nuovi modelli organizzativi ed assistenziali, che rimangono al centro di un ampio dibattito a livello regionale e nazionale. Se indubbiamente il processo di ricerca di nuovi modelli organizzativi ha rappresentato una rilevante occasione per riflettere criticamente sulla necessità di ripensare le logiche gestionali dell'assistenza sul territorio, tale innovazione organizzativa è stata però troppo spesso confinata ad un livello di riflessione "sovra-strutturale", focalizzata più sugli aspetti macro-organizzativi che sulla ridefinizione dei processi assistenziali, con il rischio di agire solo in ottica residuale sulla concreta capacità delle aziende di guidare i professionisti che operano sul territorio.

E' all'interno di tale dibattito culturale e per queste motivazioni che FIASO ha deciso di agire come agente di cambiamento, promuovendo una riflessione critica sullo stato dell'arte dell'organizzazione dell'assistenza territoriale all'interno del panorama nazionale e proponendo alcuni vettori di cambiamento. Nello specifico è stato proposto ad un gruppo di 13 Aziende Sanitarie Associate, rappresentative del sistema, di approfondire e valutare quale contributo fosse stato offerto dai modelli organizzativi ed assistenziali adottati ed applicati nell'assistenza territoriale. Tali aziende sono state coinvolte in un Laboratorio di ricerca della durata di tre anni, strutturato in tre fasi tra loro interrelate:

- nella prima fase, oggetto del precedente volume edito con Il Mulino, si è approfondito il tema delle risorse assegnate al territorio, nella prospettiva di analizzare come poter contenere inappropriati consumi sanitari ed ospedalieri specialistici e promuovere migliore appropriatezza delle cure
- nella seconda fase, oggetto del presente volume, si sono investigati quali sono i driver dell'integrazione professionale e della continuità delle cure percepita dai pazienti, per valutare come poter strutturare percorsi di cura efficaci incrementando il livello di soddisfazione dei pazienti cronici arruolati nel sistema. Attraverso l'analisi delle diverse propensioni all'integrazione mostrate da MMG e da varie categorie di specialisti impegnati nei processi di cura delle cronicità, inoltre, ci si è interrogati su

come livelli di integrazione spesso altamente differenziati possano dipendere dal disallineamento tra diverse culture professionali. Più nello specifico, i diversi livelli di integrazione mostrati da MMG e specialisti offrono lo spunto per significative considerazioni e costituiscono lo stimolo per ulteriore ricerca finalizzata ad investigare come il differente livello di strutturazione dei professionisti all'interno delle aziende possa determinare la propensione a sviluppare integrazione con l'azienda medesima e con altri professionisti.

- nella terza fase, anch'essa oggetto del presente volume, si è approfondito il ruolo manageriale e culturale del principale strumento di programmazione e controllo presente all'interno delle aziende sanitarie, il budget, nella prospettiva di scalfire “totem e tabù” connessi al processo di programmazione ma di analizzarne in maniera critica le principali peculiarità.

Offrendo una sintetica anticipazione dei risultati maturati dalla ricerca, i dati raccolti relativi all'integrazione professionale (oggetto della seconda fase del Laboratorio) evidenziano alcune riflessioni strategiche di estrema rilevanza per manager e professionisti delle aziende sanitarie:

- 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. All'aumentare della criticità delle condizioni cliniche (nello specifico la patologia tumore in fase avanzata), aumenta anche il livello di frequenza dello scambio informativo tra professionisti.
- La continuità delle cure è debolmente correlata con l'integrazione dei professionisti nel percorso di cura: i pazienti evidenziano in maniera netta l'esigenza di percepire unità diagnostico-terapeutica nella figura fisica di un care giver accessibile durante il percorso di cura, mentre tendono a percepire debolmente gli sforzi di integrazione compiuti dalle aziende per rendere più coesivo e strutturato il percorso.

Parallelamente, le evidenze raccolte nella terza fase della ricerca, focalizzata sull'analisi dell'impatto dei processi di budget sul comportamento dei dirigenti e dei professionisti territoriali, spingono a maturare le seguenti riflessioni:

- 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: nello specifico, la presenza di momenti di discussione (più o meno formalizzati) all'interno dei centri di responsabilità, il livello di chiarezza nella definizione degli obiettivi stessi e la presenza di momenti

informali di confronto generano maggiore concordanza tra manager e professionisti su quali sono gli obiettivi da perseguire.

- Sebbene il budget sia uno strumento ampiamente consolidato nella cultura aziendale delle AUSL italiane coinvolte nella ricerca, la sua spinta propulsiva sembra in fase decrescente: l'impatto della programmazione effettuata attraverso il budget sulla motivazione dei professionisti è spesso carente, e le evidenze qualitative raccolte suggeriscono come molti dei manager e dei professionisti considerino tale processo come una "routine" che facilita la programmazione delle attività quotidiane ma impatta in maniera poco significativa sul cambiamento delle mappe cognitive.
- Di conseguenza, il processo di budget per il territorio necessita di innovazione organizzativa e strategica per poter diventare pienamente lo strumento chiave di un processo consapevole di programmazione e controllo. Modalità tradizionali di budgeting per struttura organizzativa rischiano di rivelarsi inadeguate in un contesto, come quello delle cure territoriali, in cui la natura trasversale delle attività e dei processi richiede la definizione di nuovi strumenti di programmazione. Come indicato dalle recenti esperienze di innovazioni organizzative realizzate da alcune aziende italiane, la definizione di processi di budget sul territorio orientati alla realizzazione di percorsi, anziché alla definizione di volumi e di output, consente la realizzazione di nuove modalità di integrazione sul territorio, stimolando processi di programmazione e controllo che tengano in considerazione e valorizzino la natura intrinsecamente trasversale delle attività su territorio.

Sviluppando e approfondendo tali anticipazioni con la presentazione delle evidenze empiriche, nelle pagine che seguono vengono presentati i risultati di questo importante lavoro di ricerca nella sua seconda e terza fase – integrazione tra professionisti territoriali e sistemi di programmazione e controllo sul territorio - che offrono un quadro stimolante in cui ricerca e attività dei professionisti si fondono in un profondo sforzo culturale di comprensione delle attuali criticità nella gestione dei servizi sanitari e di rinnovamento.

Parte I

**Budget e valutazione
dell'integrazione. Definizione
teorica e misurazione empirica**

Capitolo 1

Gli strumenti a supporto dell'integrazione professionale nei servizi sanitari territoriali

di Francesco Longo, Stefania Mele e Stefano Tasselli

1.1 Le specificità dei servizi territoriali e la rilevanza dell'integrazione professionale e delle cure (di Francesco Longo)

1.2 Le diverse accezioni e dimensioni dell'integrazione (di Stefania Mele)

1.3 Il processo di budget come strumento di integrazione organizzativa e professionale (di Stefano Tasselli)

1.1 Le specificità dei servizi territoriali e la rilevanza dell'integrazione professionale e delle cure

di Francesco Longo

1. Premessa

La componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari è costituita dall'insieme dei servizi e delle prestazioni che si svolgono a domicilio del paziente, in regime ambulatoriale o diurno, o attraverso servizi educativi o preventivi di comunità, focalizzandosi su una logica di intervento preventiva, precoce e di presa in carico stabile del cittadino-paziente. Essa è in grande e significativa crescita sia dimensionale, sia di rilevanza clinica, grazie ai nuovi modelli di medicina, più orientata a *setting* assistenziali ambulatoriali e diurni e a logiche predittive e preventive anche in risposta al quadro epidemiologico emergente nelle società industriali avanzate, caratterizzato da un significativo aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e stabilizzate (Anessi Pessina e Cantù, 2000-2010). La trasformazione della geografia dei servizi, da ospedalieri a territoriali, e dell'epidemiologia dei pazienti, da prevalentemente acuti a prevalentemente cronici, modifica il quadro distintivo del management sanitario, richiedendo la costruzione di nuove mappe cognitive di interpretazione del contesto organizzativo e ambientale e lo sviluppo di logiche e strumenti manageriali a essi contestualizzati (Longo, Del Vecchio, Lega, 2010). L'obiettivo di questo primo capitolo introduttivo è quello di presentare e discutere le specificità organizzative dei servizi territoriali e, in particolare, di analizzare la rilevanza dell'integrazione tra le diverse componenti professionali. Per svolgere queste riflessioni presentiamo, dapprima, la fotografia quantitativa del settore, quindi ne analizziamo le specificità organizzative distintive, per passare all'analisi dei contenuti di integrazione professionali necessari nel comparto. Questo ci permette di concludere con l'analisi

degli specifici fabbisogni di governo, che il resto del libro cerca di affrontare, proponendo allo scopo specifici strumenti organizzativi e gestionali.

2. La composizione dei servizi territoriali nel SSN

Per analizzare le specificità dei servizi territoriali ed enucleare i loro principali fabbisogni di governo, è importante conoscere preliminarmente una fotografia della loro composizione. Essa è mutuata da una ricerca compiuta su un campione nazionale di 13 AUSL (Longo, Salvatore, Tasselli, 2010), di cui possiamo vedere la sintesi in Tabella 1.1.

Tabella 1 **Costi medi per residente scomposti per ambito assistenziale**

Codice	Ambito	Mediana costo per res	Media costo per res	% media su costi totali	% cumulata
U1	Ricoveri ospedalieri	€ 658	€ 653	39%	39%
C1	Farmaceutica	€ 248	€ 255	15%	54%
b1	Specialistica	€ 231	€ 209	12%	66%
efg101	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	€ 93	€ 96	6%	72%
m1	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	€ 69	€ 72	4%	76%
s1	Salute mentale	€ 59	€ 56	4%	80%
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	€ 63	€ 59	3%	83%
q1	Pronto Soccorso	€ 48	€ 47	3%	86%
p1	Riabilitazione e lungodegenza	€ 19	€ 25	1%	87%
n1	Disabili	€ 24	€ 32	2%	89%
d1	Protesica e Integrativa	€ 26	€ 25	2%	91%
h26	Domiciliari	€ 21	€ 22	1%	92%
l1	Materno Infantile	€ 18	€ 17	1%	93%
f1	Dipendenze	€ 14	€ 15	1%	94%
o1	Hospice	€ 2	€ 3	0%	94%
a106	Funzioni amministrative centrali e altri costi non attribuiti		€ 96	6%	100%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	€ 1.700	€ 1.682	100%	

Fonte: ricerca CER GAS – FIASO 2008.

La Tab.1 mostra una scomposizione delle risorse per residente per singolo ambito assistenziale, come calcolato in un campione nazionale di riferimento di 13 Aziende USL, rappresentative di oltre 5 milioni di persone (9 per cento della popolazione italiana).

Si può osservare come i consumi per ricoveri ospedalieri e il pronto soccorso rappresentino il 42 per cento del budget del SSN, mentre tutti i rimanenti servizi ambulatoriali e territoriali rappresentino il 52 per cento (6 per cento i costi

amministrativi). L'ago della bilancia è costituito dalle prestazioni ambulatoriali che assorbono il 12 per cento delle risorse, essendo esse organizzate in diverse modalità, che afferiscono, in alcuni casi, maggiormente al contesto ospedaliero, in altri a quello territoriali ed in altri ancora a un ambito intermedio. Sicuramente, i servizi territoriali rappresentano oggi una parte consistente del SSN, consumando almeno metà delle risorse complessive e, in molti contesti, anche di più.

In Tab.1 si osserva anche come il comparto territoriale sia molto frammentato tra molti ed eterogenei diversi ambiti di cura, dalla sanità pubblica alle cure domiciliari, dalle residenze per anziani al materno infantile. A parte la specialistica, che assorbe il 12 per cento del SSN, e gli MMG che assorbono il 6 per cento, tutti gli altri ambiti territoriali assorbono tra il 4 e l'1 per cento delle risorse.

La Tab.2, invece, mostra il tasso di incremento annuo della spesa per singolo ambito assistenziale nel periodo 2003-2006, evidenziando, a fronte di un aumento complessivo dei costi del 3 per cento, un aumento pressoché nullo per l'ambito ospedaliero (1 per cento) e un aumento, invece, molto significativo della spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali (6 per cento).

Tabella 2 Tassi di incremento annuo della spesa per ambito assistenziale (periodo 2003-2006)

Codice	Ambito	Media variazione annua
u1	Ricoveri ospedalieri	1%
c1	Farmaceutica	2%
b1	Specialistica	6%
efg101	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	3%
m1	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	4%
s1	Salute mentale	2%
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	3%
q1	Pronto Soccorso	5%
p1	Riabilitazione e lungodegenza	5%
n1	Disabili	9%
d1	Protesica e Integrativa	4%
h26	Domiciliari	7%
l1	Materno Infantile	3%
t1	Dipendenze	18%
o1	Hospice	4%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	3%

Fonte: Ricerca CER GAS – FIASO 2008.

Adottando una logica più interpretativa, l'insieme articolato e frammentato dei servizi territoriali rappresentato può essere aggregato in tre comparti fondamentali: i servizi di sanità pubblica, le cure primarie e le cure intermedie che afferiscono a *setting* assistenziali tra di loro distinti. La sanità pubblica opera prevalentemente con programmi di comunità, di regolazione degli attori che influenzano le determinanti di salute, di tipo educativo agli stili di vita sani, di prevenzione e di controllo e ispezione del rispetto delle regole e degli standard di comportamento

disciplinati per gli attori sociali. Le cure primarie operano soprattutto in regime ambulatoriale (ambulatorio del MMG, PLS, medico di continuità assistenziale o medico specialista territoriale) o domiciliare del paziente, cercando di rimanere in contatto con lui/lei anche in remoto (telefonicamente o per lettera). Le strutture intermedie, invece, si basano sul ricovero del paziente in strutture protette, in regime di ricovero permanente o provvisorio o diurno (pensiamo ad un centro diurno per malati di Alzheimer o di recupero per tossicodipendenti), anche se la loro impronta di servizio è di tipo assistenziale o socio-sanitaria e non clinico-medica. La necessità di sviluppare la presa in carico strutturata e permanente del cittadino-paziente impone di riflettere e lavorare sul raccordo tra questi comparti delle cure territoriali. Questo richiama l'adozione di logiche di *transitional care*, ovvero la capacità di promuovere e gestire la fluidità di spostamento dei pazienti a seconda delle patologie, delle loro stadiazioni e delle fasi del processo di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza in essere. I servizi territoriali sono, quindi, classificabili in tre grandi comparti, tra loro messi in rete con logiche di *transitional care*. Discutiamo ora le specificità organizzative di questi servizi.

3. Le specificità organizzative dei servizi territoriali

Per indagare e discutere i fabbisogni di governo dei servizi territoriali è necessario analizzare le caratteristiche peculiari di questo settore, affinché gli strumenti manageriali utilizzati risultino coerenti con le sue specificità (Borgonovi, 2002). Proponiamo una lettura delle specificità dei servizi territoriali speculare e opposta alle caratteristiche dei ricoveri ospedalieri per acuzie, attraverso le seguenti considerazioni.

- I servizi territoriali hanno spesso natura preventiva o di diagnosi/intervento precoce, il cui *end point* vuole essere il mantenimento dello stato di salute, che talvolta può essere misurata proprio attraverso l'assenza di consumo di prestazioni medico-specialistiche. Paradossalmente, nei servizi territoriali, l'assenza o il numero modesto di prestazioni sanitarie erogate può essere sintomo di buone performance (o, in maniera ambivalente, sintomo di assenza di servizi socio-sanitari).
- Parallelamente, i servizi territoriali cercano di promuovere ambiti di cura il meno specialistici possibile rispetto ai bisogni del paziente, favorendo i centri diurni al posto degli istituti di ricovero, il domicilio al posto dei centri diurni ecc. In altri termini, si persegue come obiettivo la riduzione del coefficiente di complessità assistenziale dell'ambito di cura e la riconduzione al domicilio e alla comunità degli utenti (Tedeschi e Tozzi, 2004).
- I servizi territoriali, per specifica missione, affrontano il tema della cronicità, della prevenzione, dell'intervento precoce in una logica di continuità della presa in carico. Essi rappresentano, spesso, dei servizi continui, in cui la persistenza della presa in carico e la capacità di

esercitare funzioni di *case management* permanente sono obiettivi istituzionali fondamentali.

- I servizi territoriali hanno spesso una componente socio-sanitaria integrata (si pensi ai servizi per l'handicap, per la salute mentale, per le dipendenze, per gli anziani), in cui non sempre è possibile enucleare chiaramente la prestazione sanitaria (a cui è correlato un esito clinico) da quella sociale: in alcuni casi, anche l'intervento sanitario contribuisce esclusivamente alla riduzione del danno sociale; in altri, la componente sociale è ausiliare a quella sanitaria, senza poter distinguere chiaramente le diverse componenti.
- Gli interventi dei servizi territoriali sono spesso di natura multidisciplinare, in almeno tre direzioni diverse: essi possono coinvolgere differenti specialità mediche (es. MMG, oncologo, ginecologo, ecc.), diverse professioni sanitarie (infermieri o riabilitatori) e anche operatori di natura socio-assistenziale (es. assistenti sociali e psicologi).
- I servizi territoriali si trovano spesso di fronte a un maggiore razionamento delle risorse, disponendo di fattori produttivi largamente inferiori al quadro epidemiologico che fronteggiano (si pensi alla salute mentale o alla non autosufficienza degli anziani). Questo impone l'adozione di logiche più esplicite e proceduralizzate di selezione dei pazienti (si pensi alle unità di valutazione multidimensionale). Ovviamente, anche in ospedale, davanti alle patologie acute, si è costretti ad operare in un quadro di risorse limitate a fronte di bisogni superiori, ma la distanza tra bisogno e offerta è più contenuta. A questo proposito, si pensi alle differenze di liste di attese tra un reparto di cardiocirurgia o oncologia e le liste di attesa per le strutture per anziani non autosufficienti o per l'accesso in comunità riabilitative per la psichiatria o le dipendenze. Questa differenza è spiegata dalla missione specifica dei servizi territoriali che affrontano problemi di comunità o largamente diffusi nella popolazione con tassi di prevalenza largamente superiore a quelli dei servizi ospedalieri specialistici per acuti.
- I servizi territoriali, per la loro natura di servizi diffusi a bassa o media intensità, attigui al settore socio-sanitario e socio-assistenziale, sono molto più limitrofi alla spesa *out of pocket* dei pazienti e delle loro famiglie. Spesso si acquista privatamente un farmaco di uso comune per una patologia cronica ad alta prevalenza, così come si paga direttamente un *care giver* personale per l'assistenza domiciliare. Questo impone una maggiore necessità di monitorare o governare in modo integrato risorse pubbliche e private per evitare ridondanze, carenze o iniquità nel sistema delle cure.

Se confrontiamo i servizi territoriali con il regime di ricovero ospedaliero troviamo delle caratteristiche simmetriche opposte, soprattutto se adottiamo la lente interpretativa che ci offrono i DRG per rappresentare l'ospedale. I ricoveri vengono, infatti, rappresentati come un insieme di prestazioni erogate in un arco di

tempo limitato e finito, correlate a un episodio acuto in qualche modo risolvibile o stabilizzabile. In prima approssimazione, i DRG incentivano e promuovono l'intensificazione specialistica degli ambiti di cura e la crescita del numero degli episodi trattati, favoriscono un tempo di presa in carico il più rapido possibile e invitano alla chiara identificazione della patologia e delle prestazioni sanitarie correlate (Jommi, 2004). Al contrario, nei servizi territoriali, ridotti consumi e diminuita intensità di intervento possono costituire un indice di buone performance, così come spesso prevale la presa in carico permanente invece della risoluzione di episodi acuti in un preciso lasso di tempo. L'interdipendenza effettiva della dimensione sociale con quella socio-sanitaria rende difficile, e probabilmente non conveniente, enucleare chiaramente la prestazione puramente sanitaria.

Queste caratteristiche dei servizi territoriali, opposte a quelle dei ricoveri ospedalieri, rendono necessario riflettere sulle specifiche e distinte fabbisogno di governo. Per approfondire questi specifici bisogni, indaghiamo alcune delle dimensioni caratteristiche dei servizi territoriali: la prevenzione, la presa in carico permanente dei pazienti e l'integrazione inter-professionale.

4. La prevenzione, la presa in carico e l'integrazione

I servizi territoriali, per loro natura, hanno una *mission* correlata ad un preciso bacino di utenza, costituito dai cittadini che risiedono nel perimetro dei loro confini istituzionali. Il loro fine è migliorare il benessere psico-fisico della popolazione di un determinato territorio. Il loro fine istituzionale ha, quindi, un *end point*, ossia il miglioramento del quadro epidemiologico di riferimento, che strutturalmente invita all'azione proattiva, laddove le conoscenze scientifiche ci segnalano l'esistenza di un costo opportunità positivo della prevenzione e degli interventi precoci. A questo proposito, la medicina contemporanea e lo sviluppo dei sistemi operativi aziendali rende possibili quattro logiche di azione estremamente rilevanti. (1) Da un lato vi è una sistematica conoscenza dei costi e dei benefici attesi di molti possibili programmi di prevenzione primaria e secondaria. Sappiamo di quanto si possano modificare gli stili di vita di target a rischio di malattie sessualmente trasmissibili, per esempio con programmi di intervento nelle scuole, o conosciamo i tassi di *compliance* dei pazienti e il relativo costo-efficacia di molti percorsi di prevenzione secondaria. Vi è, quindi, la possibilità di calcolare e programmare con molta precisione le risorse che si intende investire in prevenzione primaria e secondaria conoscendone costi, efficacia sanitaria e benefici sociali. (2) Gli strumenti e le tecnologie disponibili per gli *screening* di popolazione o target di popolazione sono sempre più ingegnerizzate, efficaci e meno costose. I database di popolazione e i relativi sistemi informativi rendono relativamente agevole identificare le persone target e i relativi indirizzi. I possibili strumenti di comunicazione e reclutamento (telefono, SMS, internet, posta elettronica, social networks, ecc.) sono sempre più efficaci, automatizzabili e meno costosi. Essi, sicuramente, generano problemi di

equità, essendo l'accesso ai moderni sistemi di comunicazione non omogeneamente distribuito tra la popolazione, così come la cultura medica e la concezione del corpo diverge le capacità di reagire positivamente agli stimoli dei servizi territoriali. D'altro canto, gli stessi strumenti informativi disponibili permettono anche facilmente di verificare i tassi di risposta e di *compliance* dei diversi target di persone, potendo, quindi, rafforzare e duplicare il messaggio ai segmenti sociali più deboli, in maniera mirata, recuperando potenzialmente, quindi, il coefficiente di equità. L'esecuzione di molti test diagnostici legati a screening di massa o a percorsi di diagnosi precoce sono sempre più automatizzati e meno costosi, rendendone più costo-efficace l'esecuzione. Questo è garantito soprattutto dai massicci processi di automatizzazione in corso nei servizi diagnostici. (3) La terza grande novità è la disponibilità di informazioni sempre più ricche, automatizzate e facilmente operazionalizzabili sui profili di rischio individuale, mutate dai dati amministrativi presenti nei database dei servizi territoriali. Del cittadino si ricostruisce la diagnosi principale e secondaria interpolando i suoi consumi sanitari del recente passato, potendo comprendere se è opportunamente inserito in un programma di *follow up* coerente alla sua patologia o se sta consumando impropriamente risorse, scarsamente correlate ai suoi bisogni. Questo rende possibile attivare sistematici approcci di medicina di iniziativa con un impatto rapidamente verificabile sul piano del rapporto costo-beneficio. (4) La medicina predittiva, che è ancora agli esordi per quanto riguarda la diffusione nella pratica quotidiana, è a sua volta in grado di fornirci informazioni sui rischi individuali dei singoli soggetti e determina un inevitabile passaggio a logiche proattive, alternative alla tradizionale medicina d'attesa.

La combinazione dei quattro fattori citati spiegano il crescente orientamento dei servizi territorialità verso logiche di medicina di iniziativa, consapevoli del rapporto costo-beneficio atteso, e supportata da idonei sistemi operativi. Non si tratta più, quindi, di un approccio prevalentemente mutuato da logiche valoriali o ideali, ma sempre più incarnato nelle competenze delle conoscenze cliniche, nella potenza diagnostica disponibile e nei sistemi operativi aziendali in essere.

La crescente capacità della medicina di stabilizzare le patologie o di accompagnare le patologie croniche lungo decorsi più lenti e assistiti, correlata con l'invecchiamento della popolazione, propone ai servizi territoriali una nuova sfida legato a strutturati programmi di *follow up* di massa, distinti per singole patologie. I servizi territoriali, oggi, possono conoscere nominativamente tutti i pazienti cronici perché (1) hanno avuto un episodio acuto risolto in toto o in parte o (2) perché sono stati reclutati da un programma di *screening* o dalle cure primarie o (3) perché, rileggendo i dati di consumo e amministrativi dei pazienti sono stati identificati (si pensi alle esenzioni dal ticket, al registro protesi e ausili, al database dei consumi farmaceutici). La conoscenza nominativa dei malati cronici o stabilizzati permette di costruire meccanismi sistematici di *follow up* e di verificare la *compliance* dei pazienti, potendo anche calcolare il costo aggiuntivo per l'azienda sanitaria del mancato reclutamento o *compliance* del paziente. Questo propone ai servizi

territoriale nuove sfide, in termini di valutazione dell'ottimale allocazione delle risorse tra i diversi possibili programmi di *follow up*, di definizione dei profili professionali (es. medici o infermieri?) che devono svolgere le diverse fasi dei programmi e di sistematizzazione dei sistemi operativi di monitoraggio e reclutamento dei pazienti.

Il basso e medio livello di intensità clinico-assistenziale dei servizi territoriali interroga sul tipo di profilo professionale che deve svolgere le singole funzioni. Rispetto ad un paziente stabilizzato o cronico possiamo individuare le seguenti funzioni organizzative: il medico *consultant*, che definisce la diagnosi e determina la terapia, il *case manager* che verifica la *compliance* alla terapia di tutte le componenti dell'organizzazione e del paziente stesso, e il *care giver*, che effettivamente eroga le cure. Questi tre ruoli possono corrispondere anche a professionisti diversi, proprio per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili. Il *consultant* può essere un medico specialista o un MMG, il *case manager* può essere un MMG o un' infermiera professionale laureata, il *care giver* un' infermiera o un operatore socio-sanitario o un *informal care giver* personale. La scelta del profilo professionale idoneo deve essere fatta incrociando la dimensione della sostenibilità economica e dell'efficacia del servizio. È noto, per esempio, che, per contenuti di presa in carico, gli specialisti tendono ad essere poco efficaci, all'opposto delle infermiere. Il mix dei professionisti coinvolti può variare al cambiamento dello stadio della patologia o delle condizioni socio-economiche del paziente e allo scorrere della fasi del processo assistenziale. Considerando che per ogni patologia può essere definita una combinazione diversa di professionisti coinvolti, questo pone significativamente la questione su come integrare tra di loro i professionisti coinvolti. Occorre definire i processi culturali, organizzativi ed informativi affinché i diversi professionisti si integrino tra di loro. L'obiettivo di fondo è quello di condividere PDTA per patologia e stadio di patologia, in modo da seguire tutti gli stessi percorsi e di scambiarsi informazioni sulle prestazioni erogate e sulle reazioni e condizioni del paziente. *Consultant*, *case manager* e *care giver* non sono in grado di svolgere efficacemente il proprio lavoro in assenza di strumenti di integrazione.

Le logiche di prevenzione e medicina di iniziativa, la presa in carico dei pazienti e l'integrazione professionale sono dimensioni significativamente interdipendenti tra di loro: l'una facilita l'altra, così come l'assenza dell'una rende più difficile l'azione delle altre.

Alla luce di queste caratteristiche dei servizi territoriali, discutiamo ora le principali sfide organizzative e manageriali che esse pongono alle aziende sanitarie.

5. Le sfide manageriali per il governo dei servizi territoriali

Alla luce delle caratteristiche emergenti enucleate per i servizi territoriali, discutiamo le principali sfide manageriali che esse pongono.

L'allocazione delle risorse

Soprattutto nell'ambito dei servizi territoriali, vi è una distanza strutturalmente ampia e difficilmente colmabile tra bisogni, domanda esplicita e risorse disponibili. Non tutti i bisogni rilevanti si trasformano in domanda esplicita di servizi al SSN; quote di domanda esplicita non dovrebbero rientrare tra le priorità del sistema; le risorse non riescono a coprire tutti i bisogni (Rebora, Meneguzzo, 1990) - si pensi a bassi tassi di copertura dei servizi per il sostegno alla non autosufficienza degli anziani e dei disabili, alla psichiatria, all'odontoiatria, alla riabilitazione ecc. In questo quadro, le singole aziende USL dovrebbero esplicitare le strategie, intese come priorità socio-sanitarie di intervento, definendo, di conseguenza, gli ambiti di bisogno non coperti, perché ritenuti non prioritari. Il posizionamento strategico è spesso "emergente", frutto di implicite traiettorie storiche, non necessariamente consapevole e coerente a un quadro di priorità istituzionali (Mintzberg H., Waters J. A., 1985).

Rappresentare il posizionamento strategico in essere, assumendo, quindi, consapevolezza al riguardo, è un passaggio critico, ma rilevante, nel governo dei sistemi. L'acquisizione di consapevolezza sul proprio posizionamento in essere costituisce la premessa indispensabile per ogni programmazione futura di priorità. A questo proposito non è, però, utile essere troppo severi, essendo, specialmente nei contesti pubblici, sempre difficile e istituzionalmente sconveniente la piena esplicitazione delle prioritizzazioni. Sarebbe già molto utile se la consapevolezza del posizionamento storico emergente riuscisse ad operare come traccia o canovaccio in grado di aiutare a governare le molte scelte implicite che assumono le aziende.

Ciò richiede tre passaggi logici fondamentali:

- rilevare quantitativamente i bisogni;
- monitorare i consumi in essere;
- valutare le priorità implicitamente costruite nel tempo, analizzando gli scostamenti tra bisogni e consumi.

A questo proposito, la novità rilevante è la disponibilità di buone stime sui bisogni nei sistemi informativi delle aziende del SSN, che si affiancano ai tradizionali dati sui consumi. Questi dati sono, oggi, ancora dispersi e poco utilizzati, ma i sistemi informativi delle aziende USL mostrano la loro relativa economicità di reperimento e di analisi e la loro fertilità interpretativa.

La definizione dei nuovi modelli di servizio

Negli ultimi anni si sono diffuse le prime esperienze di medicina di iniziativa per singola patologia o segmenti di utenti, così come sono oramai diffuse esperienze di analisi e riprogettazione dei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali) effettivamente erogati nei servizi, per singola patologia (Lega, 2001). I due approcci si legano perché entrambi orientati a reclutare pazienti, di cui si conosce il bisogno o la patologia e proattivamente inserirli in programmi di *follow up*, cura, mantenimento o assistenza (Tedeschi, Tozzi, 2004). L'analisi e la progettazione dei PDTA richiede la capacità di identificare chiaramente *cluster* di patologie omogenee per le quali sia possibile codificare processi di cura standardizzati e la conoscenza di strumenti di rappresentazione dei processi, ovvero delle sequenze di operazioni coordinate tra di loro. Nelle aziende si sono stratificate tre distinte metodologie di lavoro, utili per raccogliere le informazioni sui PDTA effettivi, che, in parte, possono essere anche complementari tra di loro.

(1) I sistemi informativi di alcune aziende hanno investito molto per raccogliere informazioni tra di loro coordinate sulle diagnosi dei pazienti, oltre che sui loro consumi. La difficoltà maggiore consiste nel definire modalità uniformi di classificazione delle diagnosi per poter identificare uniformemente le patologie e correlare in maniera ordinata i consumi sanitari. Le AUSL che hanno investito in questa direzione sono in grado di monitorare per singolo paziente il totale dei consumi (per ricoveri, farmaci, specialistica, ADI ecc.) correlati alla diagnosi, magari opportunamente stadiati. In questo modo si conoscono i consumi effettivi (PDTA) per patologia, potendo analizzare gli scostamenti tra pazienti o ambiti di cura/prescrizione.

(2) In altri contesti si è, invece, deciso di svolgere analisi prospettiche, arruolando tutti i pazienti delle patologie studiate, per un congruo periodo di tempo (es. 3-6 mesi di osservazione), e raccogliendo informazioni sui loro consumi sanitari. Anche in questo modo si riesce a ricostruire i PDTA effettivi dei pazienti per patologie omogenee, disponendo poi delle necessarie informazioni sugli scostamenti per paziente o prescrittore.

(3) Esiste una terza metodologia più economica e sintetica, che si basa su interviste e *focus group* ai clinici per ricostruire i PDTA effettivi dei pazienti. Con questa metodologia sono i clinici che raccontano, in *setting* organizzati e protetti, i percorsi effettivi dei pazienti. In questo caso, il processo di analisi è molto più veloce e concentrato, senza lunghi arruolamenti di pazienti e senza l'analisi di grandi banche dati, avendo anche il vantaggio di correlare all'analisi una funzione di training e *coaching* nei confronti dei professionisti stessi: l'analisi e la terapia organizzativa, almeno in parte, avvengono in un movimento solo (Osborne, Brown, 2005). La debolezza di questo approccio risiede nel fatto che esso si basa sul percepito dei clinici, seppur confrontato e analizzato in un ambiente strutturato di lavoro, ma non su dati effettivi.

Organizzare e misurare la presa in carico dei pazienti cronici o nei PDTA

Organizzare la presa in carico significa soprattutto definire quale professionista o unità organizzativa debba reclutare i pazienti e verificare la loro *compliance* lungo i percorsi assistenziali. Si tratta, quindi, di identificare chi proattivamente “chiama” i cittadini di cui conosciamo i rischi sanitari e chi ne sollecita la fedeltà ai percorsi programmati. La soluzione adottata, probabilmente, deve essere diversa in funzione delle diverse patologie, degli stadi di patologia, delle fasi del processo di cura, delle competenze del paziente. La polifonia delle soluzioni adottate e la loro verifica rappresentano un significativo coefficiente di complessità di questo problema organizzativo, che probabilmente limita la modulazione alle sole patologie con grande prevalenza, mentre impone soluzioni standard o contingenti per patologie o tipologie di pazienti più rari. Le soluzioni organizzative adottate debbono, poi, essere valutate nella loro efficacia relativa, eventualmente per rimodularle del tutto o in parte.

È sempre difficile misurare l'efficacia dei servizi sanitari, soprattutto in un'ottica gestionale o di governo clinico, ovvero di ricadute di governo immediate per il management aziendale (Focarile, 1998). Questo è particolarmente complesso, ma rilevante, rispetto alla dimensione della presa in carico dei pazienti, sia per patologie croniche sia per processi assistenziali lunghi organizzati attraverso percorsi ingegnerizzati. Il monitoraggio dei PDTA effettivi e la valutazione della loro distanza dal percorso progettato rappresenta un meccanismo di valutazione della congruità dei processi di cura, anche se non immediatamente un meccanismo per valutare la presa in carico raggiunto. Più immediato e vicino al processo di presa in carico è la verifica diretta delle quote di pazienti reclutati rispetto alle liste disponibili, nella loro dinamicità e la verifica della *compliance* alle prestazioni programmate o prenotate. Evidentemente, non si controlla in questo modo l'effettivo accesso ai PDTA, ma l'efficacia della pro attività del servizio.

L'integrazione professionale e delle cure

L'integrazione professionale riguarda le diverse tipologie di professionisti coinvolti nei servizi territoriali (medici, sanitari, operatori sociali) e riguarda la concertazione dei profili di cura generali, la programmazione condivisa del piano di intervento sul singolo paziente, lo scambio di informazioni sul singolo caso e l'eventuale riprogrammazione, la crescita e lo scambio professionale. Trattandosi di centinaia di professionisti per distretto e di migliaia per AUSL questo richiede la progettazione di precisi processi di coordinamento. Essi devono necessariamente avere geografie specifiche, per numero di professionisti coinvolti e meccanismi di concertazione, a seconda che si tratti di processi di progettazione di percorsi per patologia, di aggiornamento e confronto professionale o di lavoro sul singolo paziente. Essi non possono essere lasciati ad attitudini spontanee e comportamenti informali dei professionisti, ma devono necessariamente essere progettati, gestiti e

valutati nel loro grado di implementazione e di efficacia. In particolare la loro efficacia relativa va distinta tra quella che riguarda l'integrazione cognitiva e comportamentale dei *care giver* e quella che risulta la facilità e comodità di fruizione degli utenti. Nello svolgimento del libro, in particolare, modo si affronta la questione sulla possibilità di misurare e valutare quantitativamente, ma in modo economico, il livello di integrazione raggiunto, in modo che possa diventare un esplicito terreno di lavoro manageriale.

La programmazione e valutazione dei servizi territoriali

La conoscenza dei principali bisogni del territorio di riferimento, per *cluster* nominativi di utenti, potendo valutare la loro *compliance* a percorsi programmati, pone sotto una nuova luce i processi di programmazione e valutazione delle performance, di allocazione delle risorse e di progettazione dei servizi e dei percorsi. Infatti, poter disporre dei database dei malati cronici di alcune patologie, degli anziani non autosufficienti, dei disabili presenti sul territorio, potendoli incrociare con i dati di presa in carico e di consumo di servizi, permette un potenziale salto logico negli approcci alla programmazione sanitaria. Significa sapere quali sono i principali bisogni non reclutati, o quelli a scarsa *compliance*, ma anche conoscere i bisogni che inducono storicamente consumi inappropriati. Questo mette immediatamente sotto tensione i meccanismi di reclutamento e di sollecitazione nei *follow up* o di riprogettazione di tali procedure. Probabilmente permette anche di verificare l'efficacia clinica dei modelli di servizio o dei PDTA progettati. Inevitabilmente, la potenzialità di queste conoscenze non può che accelerare i processi di consapevolezza gestionale e clinica, inducendo un maggior dinamismo nelle architetture organizzative e nelle caratterizzazioni dei servizi (Del Vecchio, 2001). Sicuramente permette di superare la contrapposizione tra clinici e management, in quanto si tratta di informazioni dall'intrinseco valore sia clinico sia aziendale.

6. Conclusioni

I servizi territoriali hanno delle specificità rilevanti che devono essere indagate per sviluppare logiche e strumenti di governo per esse efficaci. In particolare, i servizi territoriali sono focalizzati su interventi preventivi ed efficaci, promuovono ambiti di cura il più vicino possibile all'habitat di vita del paziente, ricercando inevitabilmente ambiti di cura meno specialistici possibile. Essi sono caratterizzati, spesso, da servizi basati su prese in carico permanente dei pazienti, in modalità integrate con altri settori del welfare socio-sanitario, potenzialmente agiti in maniera proattiva. In questo servizio risultano critici alcune dimensioni gestionali: l'allocazione delle risorse tra servizi e utenti alternativi, i modelli di servizio adottati, i percorsi attivati, i modelli di presa in carico e di integrazione professionale, gli strumenti di programmazione e valutazione delle performance.

Il presente libro, alla luce delle specificità analizzate, discute soprattutto delle possibili logiche di integrazione professionale e di programmazione delle performance organizzative, presentando delle possibili misure di queste dimensioni e delle loro concrete applicazioni a dei gruppi di AUSL, per imparare dalle soluzioni organizzative adottate come crescere nelle competenze e negli strumenti di governo dei servizi territoriali.

Bibliografia

Anessi Pessina E, Cantù E. (a cura di) (2000-2010), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Milano, Egea.

Borgonovi E., (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.

Focarile F., (1998) *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Torino, Centro scientifico editore.

Jommi C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.

Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, Egea.

Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Milano, McGrawhill.

Longo F., Del Vecchio M., Lega F. (2010), *La sanità futura*, Milano, Egea.

Longo F., Salvatore D., tasselli S., (a cura di) (2010), *Organizzare la salute nel territorio*, Bologna, Il Mulino.

Mintzberg H., Waters J. A., (1985); *Of strategies, deliberate and emergent*, in Strategic Management Journal n. 6, pp 257-272.

Osborne S., Brown K., (2005) *Managing Change and Innovation in Public Service Organisations*, London, Routledge.

Rebora G., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, Utet.

Tedeschi P. e Tozzi V. (2004) (a cura di), *Il governo della domanda*, Milano, McGrawHill.

1.2 Le diverse accezioni e dimensioni dell'integrazione

di Stefania Mele

1. Premessa

L'integrazione è una parte fondamentale della teoria dei sistemi, che pone come condizione necessaria, per l'esistenza del sistema stesso, l'interazione tra le varie componenti che vi appartengono.

Il termine *integrazione* deriva dall'aggettivo latino *integer* che significa "intatto". L'aggettivo *integrato* indica, quindi, "una parte organica di un tutto" ed è utilizzato principalmente per esprimere l'unione di elementi che prima erano separati (Kodner et al., 2002).

Nel settore sanitario, il concetto di integrazione si riferisce specificamente al coordinamento di attività e funzioni tra le varie unità operative, con l'obiettivo di massimizzare la qualità dei servizi offerti ai pazienti (Gillies et al., 1993) e l'efficienza dell'intero sistema (Gittell et al., 2000).

L'integrazione ha dimostrato di promuovere qualità ed efficienza in settori differenti da quello sanitario (Gittell et al., 2000). In ambito sanitario, l'integrazione ha, inoltre, dimostrato di promuovere la performance in aree particolari quali l'emergenza e le cure intensive (Gittell et al., 2000).

2. Il concetto di "organized delivery systems"

Negli ultimi anni, l'aumento delle patologie croniche ha spinto sempre di più verso la ricerca di forme di integrazione tra tutti gli attori che, a vario titolo, sono coinvolti nei percorsi di cura dei pazienti. Si tratta, infatti, di patologie che richiedono una risposta multi-settoriale tra i diversi ambiti (sanitario, assistenziale e sociale) e le differenti professionalità che devono necessariamente coordinare le loro attività al fine di erogare le prestazioni in modo simultaneo e consequenziale (Hardy et al., 1999). Questa integrazione del sistema è nota in letteratura come "*integrated service networks*" o

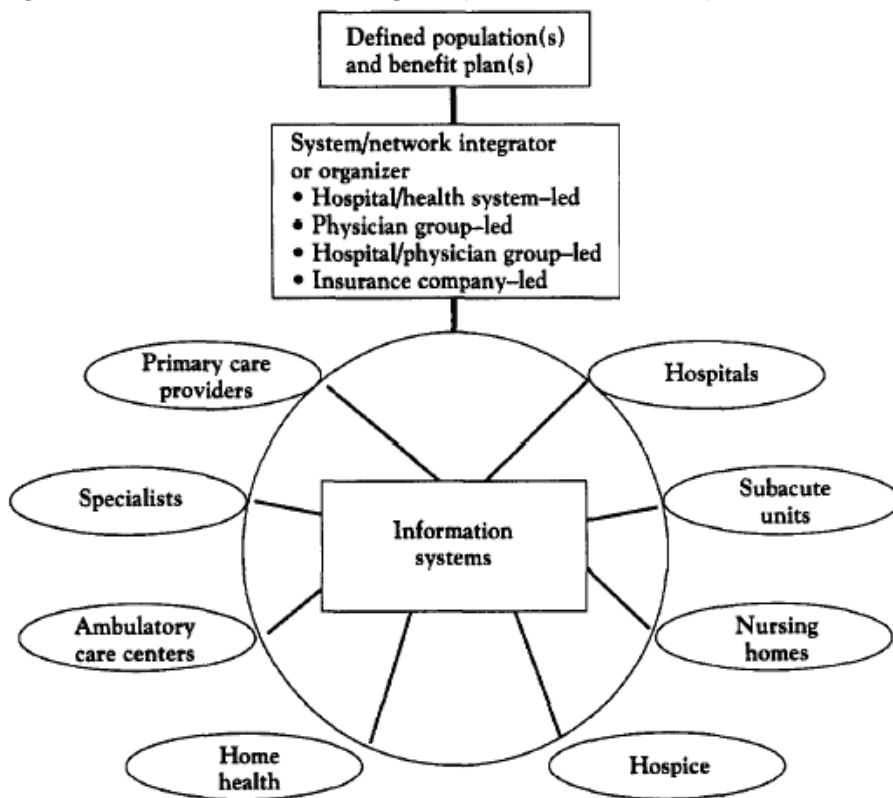
“organized delivery systems” (Shortell et al., 1994), e consiste in una rete di organizzazioni che fornisce un insieme coordinato di servizi alla popolazione di riferimento (Fig. 1, pag.2).

Le caratteristiche-chiave di un “organized delivery systems”, ovvero quei fattori che ne determinano la configurazione e la dimensione, sono le seguenti (Shortell et al., 1993):

- L'ampiezza delle funzioni e dei servizi erogati dal sistema;
- L'intensità del sistema, ovvero l'insieme delle unità operative che forniscono un determinato servizio;
- La concentrazione geografica delle unità operative che operano nel sistema.

La combinazione di tali caratteristiche permette di identificare la principale tipologia di integrazione presente nel sistema: maggiori livelli di ampiezza promuovono un'integrazione verticale, maggiori livello di intensità promuovono un'integrazione orizzontale.

Figura 1 La rete dei servizi integrati (Shortell et al., 1994)



Il livello di integrazione di un sistema è, inoltre, influenzato dalle seguenti condizioni (Shortell et al., 1994):

- I membri si identificano con la mission e i valori dell'organizzazione;
- I processi di pianificazione strategica coinvolgono l'intero sistema;
- I sistemi informativi garantiscono lo scambio informativo all'interno del sistema;
- Le politiche di budget promuovono il coordinamento tra le diverse aree dei servizi.

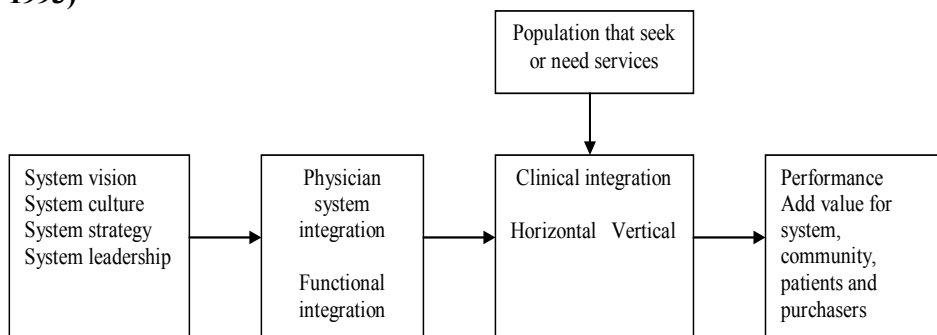
3. Le tipologie di integrazione

In letteratura è possibile identificare tre principali tipologie di integrazione (Gillies et. Al, 1993; Devers et. Al, 1994):

- l'integrazione delle cure, definita come il coordinamento, tra le differenti attività e funzioni, di tutti i servizi sanitari necessari per la cura del paziente; questa tipologia di integrazione può avvenire sia in maniera orizzontale, quando le varie unità operative intervengono nella stessa fase all'interno del processo di cura del paziente, sia in maniera verticale, quando cioè il coordinamento riguarda differenti fasi del processo;
- l'integrazione dei professionisti sanitari con il sistema, definita come la partecipazione attiva di tali professionisti all'attività di pianificazione, gestione e *□overnante* del sistema;
- l'integrazione funzionale, definita come il coordinamento, tra le varie unità operative, di tutte le principali funzioni e attività di supporto, quali ad esempio la gestione informativa, le risorse umane, la pianificazione strategica.

La Figura 2 evidenzia la relazione tra le varie tipologie di integrazione.

Figura 2 **Quadro d'insieme delle componenti dell'integrazione (Gillies et al., 1993)**



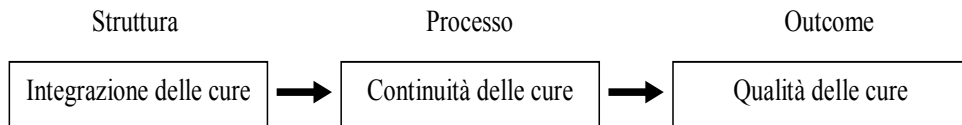
Ogni tipologia di integrazione richiede specifiche strategie che possono essere utilizzate per migliorare non solo la qualità delle cure, ma anche l'efficienza aziendale (Kodner et. Al, 2002):

- dal punto di vista amministrativo: il consolidamento delle responsabilità e delle funzioni e la pianificazione inter-settoriale;
- dal punto di vista organizzativo: la creazione di network;
- dal punto di vista funzionale: la formazione congiunta, la centralizzazione delle informazioni e l'utilizzo di sistemi informativi integrati, la creazione di team di lavoro multi e inter disciplinari;
- dal punto di vista clinico: cartelle cliniche condivise, strumenti a supporto di decisioni comuni, condivisione di protocolli.

L'ipotesi che sta alla base di numerosi studi in letteratura è che l'integrazione dei medici con il sistema e l'integrazione funzionale favoriscano l'integrazione clinica, che, a sua volta, comporta il consolidamento dei programmi e dei servizi, lo sviluppo di protocolli di trattamento comune e l'avvio di programmi di case management. L'integrazione clinica dovrebbe, inoltre, permettere al sistema di evitare inutili duplicazioni di programmi, servizi e tecnologie, e favorire un più facile accesso alle cure e una riduzione delle pratiche amministrative.

L'integrazione clinica e, di conseguenza, la continuità delle cure non sono obiettivi in sé, ma sono strumenti per migliorare la qualità delle cure in termini di efficienza, accesso, efficacia e soddisfazione dei pazienti (Gillies et. Al, 1993; Grone e Garcia-Barbero, 2002) (Figura 3).

Figura 3 Il processo logico dell'integrazione delle cure (Grone e Garcia-Barbero, 2002)



4. L'integrazione professionale e la continuità delle cure

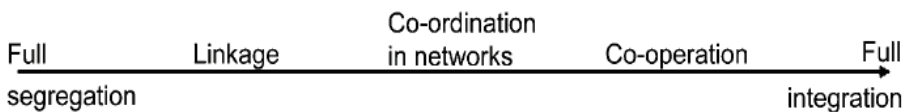
Relativamente al tema dell'integrazione professionale e della continuità delle cure, la letteratura internazionale ha fornito numerosi contributi sui due principali aspetti: i livelli di integrazione e le tipologie di integrazione.

A seconda dell'intensità della relazione, esistono differenti livelli di integrazione delle cure (Neis, 2004; Ahgren e Axelsson, 2005) (Figura 4):

- *Full segregation*, ovvero l'assenza di qualsiasi forma di integrazione tra i servizi o unità;
- *Linkage*, che consiste in una buona comunicazione tra i professionisti che operano nelle differenti unità organizzative e che condividono linee guida cliniche comuni;

- *Co-ordination in networks*, ossia un tipo più strutturato di integrazione, che vede le unità organizzate in rete con l'obiettivo di condividere le informazioni cliniche e gestire i pazienti tra le diverse unità;
- *Co-operation*, una forma di coordinamento in cui esistono responsabili di rete per migliorare i contatti tra le unità organizzative coinvolte, che rimangono però indipendenti;
- *Full integration*, che implica una condivisione delle risorse tra le unità organizzative con il fine di creare una vera e propria organizzazione all'interno della quale collaborano i differenti gruppi professionali.

Figura 4 **I livelli di integrazione delle cure (Ahgren e Axelsson, 2005)**



Questa classificazione dei livelli di integrazione delle cure può essere utilizzata per analizzare l'integrazione sia all'interno delle organizzazioni (integrazione intra-organizzativa) sia tra differenti organizzazioni (integrazione inter-organizzativa). Le diverse forme di integrazione possono inoltre riguardare sia l'integrazione verticale sia l'integrazione orizzontale (Ahgren e Axelsson, 2005).

Le tipologie di continuità delle cure individuate in letteratura sono principalmente tre (Haggerty et al., 2001):

- “*Informational Continuity*”, definita come l'utilizzo di informazioni relative alla storia clinica di un paziente e a fatti a lui accaduti, per prendere nel presente le decisioni più appropriate sul suo percorso di cura;
- “*Management Continuity*”, definita come approccio responsabile alla gestione dei bisogni di salute di un paziente, potenzialmente in costante cambiamento;
- “*Relational Continuity*”, definita come la relazione personale iterativa tra un paziente e uno o più professionisti.

Le componenti alle quali guardare per garantire continuità assistenziale sono, quindi, essenzialmente tre: la disponibilità di informazioni sulla storia clinica del paziente, la coerenza dei consumi del paziente rispetto al percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) e l'intensità della relazione tra professionista e paziente.

In maniera trasversale, si possono identificare due fattispecie che contestualizzano tali tipologie di continuità:

- La cura ordinaria del singolo paziente, come avvenimento che genera l'esigenza e richiede la continuità delle cure come modalità di risposta appropriata alla sua problematica di salute;
- La correlata esigenza di trovare modalità di risposta a momenti di emergenza nella cura del paziente, non previsti nella normale routine organizzativa dell'attività medica (quali la necessità di interventi di assistenza in orari non prestabiliti o la necessità di integrazione tra distinte professionalità).

La continuità delle cure può essere, quindi, definita come la misura del grado di coordinamento tra una serie di eventi correlati alla condizione di un paziente da uno o più interlocutori sanitari (medici e non solo), con l'obiettivo di dare una risposta appropriata alla problematica di salute del medesimo paziente.

Partendo dall'assunto che la definizione proposta da Haggerty et al. (2001) non risulta esaustiva, si possono individuare ulteriori contributi all'interno della vasta letteratura presente in materia. Freeman et al. (2001), per esempio, hanno classificato le tipologie di continuità delle cure in sei categorie logiche, prediligendo un maggior livello di dettaglio:

- “*Experienced continuity*”, definita come un insieme di relazioni tra paziente e uno o più professionisti coordinate a partire dal problema di salute;
- “*Continuity of information*”, basata sulla necessità dello scambio informativo dei dati clinici del paziente;
- “*Longitudinal continuity*”, la definizione più tradizionale, individuata come la relazione interpersonale tra il paziente e uno o più professionisti che lo seguono nel tempo;
- “*Cross boundary and team continuity*”, focalizzata sulla comunicazione tra professionisti;
- “*Flexible continuity*”, definita come l'insieme degli sforzi dei professionisti per rendere il processo di cura flessibile a seconda delle emergenze;
- “*Interpersonal or relational continuity*”, definita come l'insieme delle relazioni interpersonali che intercorrono non solo tra il paziente e i professionisti sanitari, ma anche tra gli stessi professionisti che interagiscono nel processo di cura.

Gli ultimi tre punti di tale definizione multidimensionale (“*Cross boundary and team continuity*”, “*Flexible continuity*” e “*Interpersonal or relational continuity*”) pongono in evidenza un secondo livello concettuale della continuità assistenziale, che viene definito con il termine *integrazione professionale*. L'integrazione professionale si basa sullo sviluppo di relazioni tra i professionisti sanitari (medici e non medici) che partecipano al processo di cura di un determinato paziente e

determinato paziente e interagiscono tra loro per scambiarsi informazioni circa le condizioni di salute del paziente. Si tratta, quindi, di una componente che, pur rientrando all'interno del termine onnicomprensivo di *continuità delle cure*, necessita di una propria specificazione.

Alla luce delle evidenze emerse, quindi, l'integrazione delle cure sembra prendere una duplice configurazione: da un lato si fa riferimento alla continuità delle cure intesa come coordinamento fra tutti i servizi volti alla risoluzione del problema di salute del paziente, dall'altro si sottolinea l'aspetto di integrazione professionale che dovrebbe intervenire tra tutti gli attori che intervengono nel percorso di cura.

5. Il budget come strumento di integrazione

Shortell et al. (1993), basandosi su uno studio condotto su dodici *integrated delivery systems*, sostengono che uno dei principali ostacoli all'integrazione risieda nella mancanza di allineamento strategico.

I principali elementi di complessità nella formulazione e condivisione degli obiettivi aziendali possono essere riassunti nei seguenti fattori (Casati, 2000):

- La dimensione dell'azienda e l'articolazione organizzativa e delle responsabilità;
- L'eterogeneità e la numerosità di output prodotti;
- La presenza di numerosi attori che intervengono a vario titolo nelle attività aziendali.

Con l'aumentare della complessità aziendale, infatti, aumenta anche il fabbisogno di integrazione. Se da un lato è necessario decentrare le responsabilità della gestione, dall'altro risulta fondamentale l'unitarietà nella gestione, governando in modo coordinato i processi con l'obiettivo di salvaguardare l'integrazione tra le singole componenti del sistema.

Da questo punto di vista, il sistema di programmazione e controllo orienta le varie unità operative che operano nel sistema aziendale verso la condivisione degli obiettivi e il coordinamento delle attività (Casati, 2000).

L'impostazione tradizionale di un sistema di programmazione e controllo prevede tre tipologie di processi (Anthony, 1965): (1) la pianificazione strategica, che identifica le finalità e le linee strategiche dell'azienda; (2) il controllo direzionale, che verifica e assicura l'effettiva realizzazione delle strategie a livello aziendale; (3) il controllo operativo, che verifica e assicura l'effettiva realizzazione degli specifici compiti che vengono assegnati a livello di singola unità.

Attraverso le quattro fasi del processo di programmazione e controllo (programmazione, formulazione del budget, svolgimento e misurazione delle attività, reporting e valutazione) è possibile (Casati, 2000):

- Formulare i piani e i programmi aziendali sia pluriennali sia annuali;
- Operazionalizzare i piani e i programmi aziendali dal punto di vista quantitativo e monetario a livello di singolo Centro di responsabilità;
- Rilevare in itinere le attività svolte dai Centri di responsabilità;
- Misurare l'effettivo raggiungimento dei risultati.

Il budget rappresenta, quindi, uno strumento di integrazione aziendale in quanto consente sia di garantire la necessaria autonomia e responsabilizzazione dei Centri di Responsabilità, sia di governare la frammentazione delle attività garantendo la coerenza dei singoli obiettivi all'interno di un disegno comune.

6. Conclusioni

Le organizzazioni sanitarie sono costantemente sottoposte a due principali pressioni: l'aumento della qualità delle cure e degli *outcome* clinici, e l'utilizzo più efficiente delle risorse a loro assegnate (Gittell et al., 2000). L'integrazione è uno degli strumenti di cui le organizzazioni dispongono per raggiungere tali obiettivi. All'interno del più ampio concetto di integrazione, è possibile identificare alcune sotto-categorie che si focalizzano su differenti aree del sistema nel suo complesso: l'area rivolta alla continuità delle cure, che a sua volta comprende l'integrazione delle cure e l'integrazione professionale; l'area rivolta all'integrazione funzionale, che comprende tutte le attività di supporto che permettono il funzionamento dell'organizzazione. La prima si basa sullo scambio di informazioni sui pazienti e sullo sviluppo di metodologie di lavoro condivise tra i professionisti; la seconda si basa sull'utilizzo di strumenti, quali il budget, che permettano una pianificazione congiunta ed un allineamento delle strategie.

La numerosità dei servizi offerti e le specificità dei servizi territoriali comportano una frammentazione quasi fisiologica delle varie parti del sistema. La ricerca di differenti forme di integrazione rappresenta il momento di ricongiungimento dei singoli sforzi per rispondere alle esigenze di cura del paziente.

Bibliografia

Ahgren, B. and Axelsson, R., Evaluating integrated health care: a model for measurement, *International Journal of Integrated Care*, 2005, 5: 1–9.

Anthony R.N., *Planning and control systems*, Harvard Business School Press, Boston, 1965 (Edizione italiana: Sistemi di pianificazione e controllo, Etas Libri, Milano, 1967).

Casati G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill Libri, Milano, 2000.

Devers, K. J., S. M. Shortell, R. R. Gillies, D. A. Andersen, J. B. Mitchell, and K. L. Morgan-Ericson, *Implementing Organized Delivery Systems: An Integration Scorecard*, Health Care Management Review, 1994, 19 (3): 7-20.

Freeman G., Shepperd S., Robinson I., *Continuity of care: Report of a scoping exercise summer 2000 for the SDO Program of NHS R and D*, London, NCCSDO, 2001.

Haggerty J., Reid, R., Mc Grail K., *Defining and measuring Continuity of care*, Research Reports, University of British Columbia, Montreal, 2001.

Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G., *Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery*, Health Policy, 1999, 48:87–105.

Gilles R., S. Shortell, D. Anderson, J. Mitchell, and K. Morgan, *Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study*, Hospital and Health Services Administration, 1993, 38 (4): 467-89.

Gittell J.H., Fairfield K.M., Bierbaum B., Head W., Jackson R., Kelly M, Laskin R., Lipson S., Siliski J., Thornhill T., Zuckerman J., Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 2000, 38:807-19.

Groñe O., Garcia-Barbero M., *Trends in Integrated Care: Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization, 2002.

Kodner D., Spreeuwenberg C., Integrated care: Meaning, logic, applications and implications, *International Journal of Integrated Care*, 2002.

Nies H. *Integrated Care: Concepts and background*. In: Nies H, Berman P, editors. *Integrated services for older people. A resource book for managers*. Dublin, EHMA, 2004.

Shortell S, Gillies R, Anderson D, Erickson K, Mitchell J. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration* 1993;38(4):447-66.

Shortell S. M., Gillies R., Anderson D. A., The new world of managed care: creating organized delivery systems, *Health Affairs*, 1994, 13 5:46-64.

1.3 Il processo di budget come strumento di integrazione organizzativa e professionale.

Una *review* teorica

di *Stefano Tasselli*

1. Quali sono le ragioni organizzative per introdurre un processo di budget sul territorio?

I servizi territoriali, come evidenziato da un vasto corpo di letteratura (vedi esempi di *review* in Bindman, Grumbach e Osmond, 1995; Billings, Anderson e Newman, 2006), presentano specifiche peculiarità che li distinguono in maniera sostanziale dai servizi ospedalieri. Tali specificità possono essere sintetizzate in quattro punti principali (Longo e Tasselli, 2009):

- I servizi territoriali, diversamente da quelli ospedalieri, hanno una natura per lo più di carattere preventivo. Di conseguenza, sono rivolti più a finalità di diagnosi e intervento precoce che a finalità di cura (Starfield, 1994).
- Essi, tendenzialmente, non ricercano l'alta specialità come ambito di cura più appropriato, ma, al contrario, sono volti alla riduzione del livello di complessità assistenziale (Shi e Starfield, 2002). In tal modo, essi favoriscono "sussidiarietà" nel processo di assistenza, che implica lo spostamento dei luoghi di cura prevalenti dagli istituti di ricovero ai centri diurni, fino al domicilio del paziente. Si caratterizzano anche per la ricerca di un crescente livello di *empowerment* dell'individuo (autocura) e di coinvolgimento della comunità, come suggerito anche da alcune esperienze internazionali, tra cui il modello del "*Chronic Care Model*" (Wagner, 2001).
- L'assistenza ospedaliera si caratterizza per i concetti di superamento del momento acuto, accelerazione del processo di cura e riduzione dei tempi di permanenza negli istituti di ricovero. L'organizzazione dell'assistenza

territoriale, invece, si pone obiettivi sostanzialmente inversi rispetto a quelli ospedalieri: la cura della cronicità, che implica la presa in carico del paziente cronico, e la ricerca di livelli elevati di continuità longitudinale e relazionale delle cure (Freeman, Hjortdahl, 1997; Freeman, Shepperd et al. 2001); entrambe tali finalità necessitano di crescente integrazione tra professionisti medici e dirigenti amministrativi (Haggerty, Freeman et al, 2003).

- I destinatari dei percorsi di cura territoriali sono prevalentemente e sempre più pazienti cronici. Nel loro processo di cura, alla componente sanitaria si affianca in maniera rilevante la componente socio-assistenziale, indispensabile per garantire la continuità delle cure. L'integrazione tra ambito sanitario, assistenziale e sociale è spesso così intensa che diventa pressoché impossibile enucleare prestazioni sanitarie e prestazioni sociali (con riferimento per esempio alle dipendenze, agli anziani o alla salute mentale): esito clinico e finalità sociale della prestazione, infatti, diventano pressoché inscindibili, e costituiscono anzi quella componente "olistica" che identifica il percorso e garantisce la continuità assistenziale.

Tali caratteristiche influenzano in maniera determinante la scelta dei sistemi manageriali e dei meccanismi di *governance* da adottare sul territorio. L'assunto di base da cui partire è che gli schemi interpretativi comunemente adottati per orientare la gestione dei servizi ospedalieri non possono essere importati acriticamente sul territorio, poiché fanno riferimento a una realtà organizzativa con obiettivi e caratteristiche ampiamente differenti rispetto a quelle dei servizi territoriali. Dal momento che una delle principali finalità dei servizi territoriali è quella preventiva (che si traduce operativamente in minori consumi futuri di servizi sanitari grazie ad un'efficace opera di prevenzione), indicatori di *input* (risorse finanziarie e umane impiegate) e di *output* (volumi di attività e prestazioni erogate), ampiamente usati come indicatori per i servizi ospedalieri, non possono essere univocamente traslati nella realtà territoriale. Un esempio può chiarire il punto: minori *output* da un lato possono indicare un'elevata qualità dell'assistenza territoriale, ed essere l'effetto di efficaci strumenti di prevenzione; allo stesso tempo, possono significare bassi livelli di welfare. Anche gli indicatori di *outcome* clinico, rivolti alla valutazione del risultato dell'attività sul territorio in termini di stato di salute della popolazione, non appaiono del tutto adatti a valutare il livello dell'assistenza sul territorio. Tali *outcome*, infatti, possono dipendere da una molteplicità di fattori (fattori epidemiologici, ambientali, economici, sociali) non strettamente correlati alle attività delle aziende sanitarie.

Alla luce di tali premesse, l'attività di programmazione dei servizi territoriali si presenta come una missione estremamente complessa per le aziende sanitarie. Gestire i servizi territoriali, infatti, richiede la definizione di strumenti manageriali in grado di facilitare l'integrazione (professionale, amministrativa, informativa e propriamente gestionale) tra servizi che, per loro natura, come

precedentemente evidenziato, tendono alla de-integrazione e alla deframmentazione fisica e organizzativa. Ancor più che nei servizi ospedalieri, dove la presenza di metriche condivise di misurazione e valutazione rende relativamente agevole e omogeneo il ruolo dei sistemi manageriali, la scelta e l'adozione di strumenti gestionali si rivela fondamentale nei servizi territoriali. Essi, infatti, devono consentire a dirigenti e professionisti di integrare tipologie di attività e servizi spesso erogati in contesti fisici differenti (l'ospedale, l'ambulatorio, il domicilio del paziente), in momenti differenti, lungo un arco longitudinale di tempo, e con finalità differenti (servizi propriamente sanitari e servizi di carattere socio-assistenziale o sociale).

Uno dei principali strumenti manageriali, se non il principale, adottato per la programmazione dei servizi territoriali è il budget. Esso rappresenta il mezzo più tipico e storicamente più utilizzato nel processo di aziendalizzazione della sanità. L'introduzione del budget si accompagna a diversi principi che lo caratterizzano: autonomia e responsabilità del management, capacità di governo e identità aziendale, soddisfazione individuale all'interno dell'organizzazione, performance individuali, *mission* istituzionale e innovazione (Ansari, 1979). Il budget, di conseguenza, soprattutto con riferimento alla realtà spesso frammentata degli operatori sul territorio, diventa l'occasione per programmare gli obiettivi e condividere i ruoli, e lo strumento per assumere il controllo diretto delle attività, risorse e risultati, in termini di appropriatezza, dei consumi e soddisfazione dei pazienti cronici arruolati nei percorsi di cura. Più nello specifico, come sottolineato, tra gli altri, da Borgonovi (2000), l'introduzione del budget nelle aziende sanitarie è correlata con diversi obiettivi di carattere gestionale e può contribuire al raggiungimento di livelli più elevati di integrazione tra i professionisti e i dirigenti del territorio. Innanzi tutto, il budget si propone di responsabilizzare i dirigenti dei servizi sanitari, senza diminuirne l'autonomia. Definire specifici obiettivi gestionali, a livello di centro di responsabilità, singola unità organizzativa o obiettivi individuali, può consentire una migliore comprensione e condivisione delle priorità strategiche dell'organizzazione, e una più piena comprensione dei ruoli organizzativi. In secondo luogo, il budget introduce un processo di responsabilizzazione "bidirezionale", che vede reciprocamente impegnati la direzione aziendale e i singoli dirigenti: la direzione aziendale si impegna a garantire ai singoli servizi territoriali specifiche risorse, mentre i dirigenti si impegnano a conseguire gli obiettivi concordati. La condivisione delle medesime priorità strategiche all'interno dell'organizzazione e delle specifiche unità organizzative è l'elemento chiave che può dare piena efficacia a tale processo. In terzo luogo, il budget consente la traduzione degli obiettivi strategici di lungo periodo (che definiscono e qualificano la visione dell'organizzazione) in obiettivi annuali. I macro-obiettivi strategici, attraverso il processo di budget, vengono esplicitati in programmi di attività e previsioni finanziarie che consentono di programmare la gestione in una logica integrata. Sotto tale prospettiva, come evidenziato nel punto precedente, il budget non

soltanto esplicita la propria funzione nel definire gli obiettivi dei dirigenti responsabili per l'erogazione dei servizi; parimenti, esso deve riconoscere quante e quali risorse, in termini di persone, risorse materiali e finanziarie, strutturali e tecnologiche, devono essere messe a disposizione di tali dirigenti per consentire loro di strutturare un adeguato piano di attività in risposta agli obiettivi assegnati. In quarto luogo, il budget deve essere analizzato come strumento di motivazione, incentivazione e valutazione all'interno delle organizzazioni. L'assunto logico è che l'integrazione di attività, programmi e servizi richieda come presupposto necessario la realizzazione dell'integrazione tra le persone che assumono responsabilità per tali servizi. Un'ampia letteratura discute quali tipologie di obiettivi e a quali condizioni (per esempio, obiettivi sfidanti ed eventualmente incrementali, ma non irraggiungibili), consentano maggiori livelli di integrazione tra le persone e più elevati risultati per l'organizzazione (Brownell, 1983; Bartlett e Ghoshal, 1993). Senza addentrarsi in tale dibattito, l'elemento centrale che caratterizza un processo di budget ben strutturato è la capacità di non rimanere semplicemente un processo documentale o formale, ma di incidere su valori, credenze, motivazioni delle persone, attraverso un loro attivo coinvolgimento in un processo di esplicitazione delle reciproche aspettative, armonizzazione e integrazione delle diverse visioni e delle priorità strategiche, e condivisione di obiettivi e margini di responsabilità.

Alla luce di tali premesse, possono essere individuati potenziali benefici e rischi indotti dal processo di budget nelle organizzazioni sanitarie. Tra i principali benefici, diversi studi evidenziano come l'introduzione del processo di budget possa contribuire a minori ambiguità connesse all'identificazione dei ruoli all'interno delle organizzazioni (Macintosh, 1995; Webb, 2004). Esso, infatti, consente di rendere più "razionale" la distribuzione dei compiti e delle responsabilità, orientando i comportamenti collettivi e individuali verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Come evidenziato da Chenhall (2003), proprio sotto tale aspetto si qualifica la funzione di integrazione tra le persone esercitata dal budget: la definizione di un processo strutturato, composto da momenti formali e informali ritualizzati nella vita delle organizzazioni, in cui le persone si scambiano le rispettive visioni e giungono alla definizione di una metrica comune di obiettivi individuali e organizzativi, è infatti il presupposto necessario per allineare le singole prospettive individuali in prospettive collettive e definire obiettivi condivisi. Il processo di budget, qualora non opportunamente gestito, può anche condurre a effetti potenzialmente negativi per le organizzazioni. La critica più frequente è quella formulata da Argyris (1960, 1977), che evidenzia come il budget, alla pari di altri strumenti di programmazione, possa rischiare di cristallizzarsi in processi (e documenti) con finalità più burocratico-formali che sostanziali, inibendo un processo reale di discussione e definizione delle priorità strategiche delle organizzazioni. Qualora il budget, da momento di elaborazione condivisa e traslazione della strategia di un'organizzazione in obiettivi di attività annuali, diventasse una "mimesi" di se stesso, ovvero una litanica e burocratica

ripetizione di un processo vuoto di ogni reale significato strategico, le conseguenze per le organizzazioni e gli individui che lavorano in esse possono essere negative (Hall, 2008). Se il budget si limita a una pura riproposizione incrementale e acritica di obiettivi stratificati nella storia dell'organizzazione, il *top management* abdica infatti alla propria prerogativa di definire le strategie aziendali, delegando al documento di budget, e alla sterile ripetizione del suo processo, la riproposizione di un incrementalismo strategico che impedisce una reale comprensione delle esigenze dell'organizzazione e delle sue finalità istituzionali.

2. Il budget come strumento di integrazione tra razionalità gestionale e professionale. Approcci teorici di riferimento

La breve sintesi dei principali obiettivi, benefici e rischi connessi all'introduzione del processo di budget consente di formulare alcune riflessioni sul budget come strumento di integrazione strategica e professionale. Diversi filoni teorici, nell'alveo della letteratura manageriale e delle scienze sociali, si sono interrogati sugli effetti infra-organizzativi degli strumenti gestionali. Un attributo comune a tutta questa ampia varietà di letteratura è l'assunto che gli strumenti manageriali non soltanto esercitano un impatto sulle scelte organizzative e sulle azioni degli individui all'interno delle organizzazioni, ma hanno anche un impatto di carattere meta-organizzativo. Essi, in altre parole, tendono a ingenerare un cambiamento del ruolo stesso dei professionisti e dei manager all'interno del contesto organizzativo, attraverso una riformulazione dei processi professionali, gestionali e amministrativi attraverso cui gli individui e le organizzazioni operano. Tale processo evolutivo è, spesso, implicitamente connaturato alla natura stessa degli strumenti manageriali, al punto da non essere esplicitato a livello strategico; allo stesso tempo, comunque, esso rappresenta, spesso, il risultato principale derivante dall'introduzione di tali strumenti e si sostanzia in un cambiamento nel modo in cui gli individui percepiscono il proprio ruolo organizzativo.

Il processo di budget, poiché si propone di influenzare e definire responsabilità, obiettivi e motivazioni degli individui all'interno delle organizzazioni, si presta in maniera sostanziale a una tale lettura interpretativa. La letteratura manageriale, nello specifico, ha discusso gli impatti organizzativi degli strumenti di programmazione in termini di cambiamento delle relazioni tra gli individui e le organizzazioni (Simon, 1947; Burns & Stalker, 1961; Argyris, 1965), tra le organizzazioni e il loro ambiente strategico (Aldrick, 1979) e tra le stesse diverse organizzazioni (Evan, 1965; Benson, 1975).

Gli approcci istituzionalisti e neo-istituzionalisti al cambiamento organizzativo riconoscono come ogni cambiamento, in termini di nuovi strumenti gestionali o innovazioni organizzative, conduca all'alterazione dei valori esistenti e dei significati attribuiti alle dinamiche aziendali (Gioia, 1986). Più in generale, l'introduzione di nuovi strumenti manageriali, tra cui il processo di budget, può essere vista come l'interazione evolutiva di tre sistemi interrelati: l'organizzazione,

gli individui e l'insieme di organizzazioni e attori (professionisti esterni, fornitori, concorrenti, clienti/pazienti) che costituiscono l'ambiente di riferimento (March, 1981). Molti dei problemi connessi all'introduzione del processo di budget derivano dalla maniera in cui i tre sistemi interagiscono, giacché essi sono distinti ma mutualmente interdipendenti. Da questa prospettiva il cambiamento consiste in una "ecologia di risposte individuali e organizzative a cambiamenti nell'ambiente circostante" (March, 1981). La teoria istituzionalista, nello specifico, individua due meccanismi causali che spiegano come le organizzazioni rispondano alle pressioni esterne al cambiamento e come scelgano di introdurre, e poi utilizzino, gli strumenti manageriali, tra cui il budget: (1) la ricerca di comportamenti che conducono a legittimazione interna ed esterna e (2) l'adeguatezza degli strumenti e delle scelte gestionali alle norme sociali che definiscono una condotta adeguata in un determinato ambiente (Oliver, 1991). Poiché l'approccio istituzionalista riguarda principalmente la relazione tra scelte organizzative e ambiente istituzionale in cui le organizzazioni operano, gli strumenti manageriali, tra cui il budget, devono essere coerenti con le aspettative sociali e le norme dell'ambiente, in modo da acquisire legittimazione sociale e assumere essi stessi una valenza normativa. Sotto una tale lente interpretativa, come sottolineato da Meyer e Rowan (1977), il budget tende ad assumere nelle organizzazioni un preciso significato "rituale": il processo attraverso cui gli individui interagiscono e si confrontano nella condivisione e definizione degli obiettivi di budget, più ancora che gli obiettivi stessi, è la chiave per comprendere la rilevanza del budget nelle organizzazioni. Esso è un processo attraverso cui gli individui sviluppano l'identificazione con l'organizzazione in cui lavorano e interiorizzano, sentendosene parte, le priorità strategiche su cui tale organizzazione basa la sua attività.

Nonostante tale prezioso spunto epistemologico, diversi autori hanno contestato le aporie della visione istituzionalista al cambiamento organizzativo (Martinez & Dacin, 1999). Scarsa attenzione, infatti, è rivolta al livello "micro" del cambiamento e, più nello specifico, alle relazioni tra singoli individui all'interno delle organizzazioni e alle loro reciproche aspettative (Zucker, 1983). In secondo luogo, la teoria istituzionalista è debole nello spiegare le dinamiche interne del cambiamento organizzativo; in particolare, tale teoria non esplicita come mai, pur in presenza delle medesime pressioni istituzionali, solo alcune aziende adottino determinati strumenti manageriali, e più ancora come mai determinati strumenti, a parità di condizioni di contesto, si rivelino efficaci soltanto in determinate organizzazioni (Scott, 1987). Inoltre, l'approccio istituzionalista tende a offrire spiegazioni al cambiamento organizzativo e all'adozione degli strumenti manageriali basate sull'adeguatezza a norme sociali, ignorando il ruolo di altri potenziali aspetti rilevanti, come potere, interessi, negoziazioni e azioni degli individui (Granovetter, 1985; Powell, 1993; Townley, 2002).

Guardando a livello micro-organizzativo, l'introduzione del processo di budget può alterare la percezione del ruolo degli individui all'interno

dell'organizzazione, in termini di posizione ricoperta e contributo agli obiettivi organizzativi (Scott, 1995). Sebbene tale "alterazione", come già evidenziato, potenzialmente rappresenti uno dei punti di forza connessi all'introduzione del budget (maggiore consapevolezza dei ruoli organizzativi e degli obiettivi correlati), tale processo deve essere gestito adeguatamente per modificare efficacemente i comportamenti di manager e professionisti.

L'approccio istituzionalista, in sintesi, con il suo *focus* su simboli e metafore organizzative come strumenti per mediare le interpretazioni individuali e garantire legittimazione agli strumenti manageriali e al cambiamento organizzativo (Meyer & Rowan, 1977; Milgrom & Roberts, 1992), può offrire utili, ma limitate spiegazioni di come le istituzioni convivano con momenti di indeterminazione strategica. Tali momenti possono coincidere con l'introduzione di nuovi strumenti, tra cui, per esempio, il momento del passaggio ad una programmazione dell'attività territoriale basata su un processo formale di budget. Sebbene gli elementi simbolici siano spesso ed efficacemente usati dalle organizzazioni per comunicare agli individui che un *framework* interpretativo esistente non è più appropriato (Frost & Morgan, 1983; Pfeffer, 1981), il cambiamento organizzativo richiede, dapprima, la definizione e, successivamente, la legittimazione di nuovi schemi interpretativi delle dinamiche organizzative (Ranson, Hinings & Greenwood, 1980). L'uso dei simboli suggerito dalla prospettiva istituzionale, perciò, può rivelarsi utile come *ice breaker* per il cambiamento e può contribuire ad attivare un periodo di transizione. Allo stesso tempo, però, all'elemento simbolico/retorico deve accompagnarsi una parallela capacità, da parte della direzione strategica, di adottare strumenti e pratiche manageriali coerenti con l'attività reale degli individui all'interno dell'organizzazione. Un esempio può chiarire il punto: lo *stream* culturale degli ultimi due decenni ha condotto ad una progressiva delegittimazione del modello burocratico di pubblica amministrazione. Tale delegittimazione è stata spesso accompagnata e rafforzata da metafore che hanno contribuito a invalidare tale modello, spesso definito e giudicato con gli attributi metaforici negativi di "lento", "pachidermico", "monolitico", ecc (ad esempio, la retorica dello "steering vs. rowing" sviluppata da Osborne e Gaebler, 1992). Progressivamente, un nuovo modello culturale di gestione amministrativa, basato essenzialmente sui principi del New Public Management, è stato introdotto e accompagnato dalla progressiva introduzione di appositi strumenti gestionali, tra cui, appunto, il budget. La pura introduzione dello strumento manageriale, comunque, non contribuisce di per sé alla transizione a un nuovo *framework* interpretativo della gestione organizzativa. Il modello burocratico, infatti, può perpetuarsi anche in presenza di strumenti manageriali, rendendoli semplici adempimenti formali e "burocratici" di decisioni assunte gerarchicamente. Per consentire la transizione a un nuovo schema interpretativo della realtà organizzativa, di conseguenza, gli strumenti manageriali, e, in primis, il budget, devono essere coerenti con l'attività reale delle persone all'interno delle organizzazioni e devono comportare un profondo cambiamento culturale e un ridisegno dei processi organizzativi all'interno delle aziende.

Il processo di negoziazione continua e iterativa tra gli individui e con le organizzazioni, perciò, è il *framework* adeguato per comprendere il reale potenziale di cambiamento organizzativo indotto dall'introduzione del budget (D'Aunno, Sutton, & Price, 1981). Il cambiamento strategico, infatti, come sottolineato da diversi autori (Greenwood & Hinings, 1996; Greenwood & Suddaby, 2006), si sostanzia fondamentalmente in un continuo processo di interazione in cui gli individui negoziano le proprie percezioni organizzative e ridefiniscono il proprio ruolo all'interno dell'organizzazione.

La natura e il grado di successo del cambiamento derivano dal tipo di contenuti, in termini di visioni, programmi e obiettivi, che la direzione strategica è in grado di negoziare con dirigenti e professionisti (Smircich & Morgan, 1982). In tale processo di negoziazione, gli individui e i gruppi tentano di proporre e "vendere" la loro visione interpretativa della realtà organizzativa (e del futuro) dell'organizzazione agli altri soggetti, sebbene questo stesso processo iterativo consenta loro di definire progressivamente e in maniera solitamente emergente la loro stessa visione organizzativa, il ruolo che si aspettano di ricoprire nell'organizzazione e il ruolo che vorrebbero gli altri ricoprissero (Walsh & Fahey, 1986). Tale percorso logico è la chiave concettuale per comprendere il processo di budget ed è stato ampiamente studiato dalla letteratura manageriale con il termine di processo di "sense making e sense giving" (Gioia & Chittipeddi, 1991; Luscher, Lewis & Ingram, 2006; Luscher & Lewis, 2008). Secondo tale prospettiva, attraverso il processo con cui gli individui all'interno delle organizzazioni creano specifici significati per se stessi (*sense-making*), essi condividono anche le loro visioni con gli altri individui (*sense-giving*). Partecipare attivamente a un processo iterativo di budget, con concrete e continue opportunità di confronto con gli altri dirigenti e professionisti, facilita il processo attraverso cui gli individui consolidano la percezione del proprio ruolo organizzativo, condividono obiettivi e visioni, influenzano reciprocamente le loro cognizioni sulla *mission* e sull'attività organizzativa.

A complemento di tale approccio, può essere adottata la teoria dei contratti relazionali sviluppata da Macneil (1961, 1982, 1991) e ripresa, poi, da Rousseau (1995). Tale teoria rappresenta un utile *framework* epistemologico nel descrivere il cambiamento organizzativo come un "processo di costruzione sociale negoziata" (Bell, 1989; Campbell, 2004). Adottando il *framework* teorico sviluppato da Macneil (1999), i processi di budget possono essere definiti come "contratti relazionali" che implicano una negoziazione tra gli individui e con l'organizzazione, e sono basati su cinque elementi concettuali: la cooperazione, in termini di interazione sociale finalizzata ad allineare le diverse aspettative sul cambiamento; lo scambio, che è l'oggetto stesso del processo di negoziazione; la pianificazione rivolta al futuro, percepita come il bisogno di generare una visione condivisa derivante dalla stessa negoziazione; il sistema di sanzioni che derivano dalla violazione di tale contratto; il controllo sociale dato dall'interpretazione dei contratti relazionali come "processi di costruzione sociale".

La cooperazione e la fiducia, sotto tale prospettiva, rappresentano basi fondamentali per la stabilità infra-organizzativa (Granovetter, 1985; Bernheim & Whinston, 1998; Uzzi, 1997; Adler, 2001). La fiducia e i comportamenti organizzativi derivanti, perciò, agiscono come un meccanismo auto-incentivante a salvaguardia della legittimità organizzativa delle relazioni tra gli stessi individui e del processo di negoziazione degli obiettivi strategici (Hill, 1990). Nondimeno, per essere in grado di condurre a benefici organizzativi, la fiducia deve essere inglobata in strumenti organizzativi in grado di dare stabilità al suo ruolo normativo. I contratti relazionali, perciò, possono proprio essere definiti come contratti non scritti che derivano da processi formali e informali di negoziazione all'interno delle organizzazioni, qual è appunto il processo di budget (Macneil, 1982; Rousseau 1989). Essi consentono di allineare le aspettative individuali e collettive, traslando la retorica del cambiamento in strumenti manageriali di negoziazione di attività e obiettivi.

Un elemento peculiare che caratterizza l'introduzione del budget all'interno delle aziende sanitarie, e più ancora nei contesti territoriali, è la sua capacità di incidere concretamente sul comportamento dei professionisti e di allinearli verso la piena comprensione delle priorità strategiche dell'organizzazione. Uno dei problemi principali a tale riguardo è storicamente stato il rifiuto sistematico, da parte dei professionisti medici, di ogni tentativo delle direzioni di programmare, misurare e valutare l'utilizzo delle risorse e le loro performance (tale tendenza è stata efficacemente chiamata con il termine di "*medical enclosure*", Starr, 1982). Le riforme che si sono succedute a partire dagli anni Novanta hanno progressivamente sfidato i confini di tale "*medical enclosure*", attraverso diverse misure: la creazione di nuove posizioni manageriali (in primis i Direttori Generali nelle aziende sanitarie e ospedaliere) responsabili della gestione delle aziende sanitarie; la creazione di agenzie di regolazione, come il NICE nel Regno Unito e le Agenzie Sanitarie Regionali in Italia, responsabili del coordinamento e dell'efficacia dell'azione delle aziende sanitarie e dei loro professionisti; l'introduzione di strumenti manageriali e contabili, in primis il processo di programmazione strategica e quello di budget, con lo scopo di sviluppare il ruolo manageriale di dirigenti e professionisti e di misurare l'efficienza nell'uso delle risorse e gli *outcome* dell'azione delle aziende (Perrin, 1988; Harrison and Pollitt, 1994). Questi modelli di riforma hanno conservato l'autonomia dei professionisti medici, ma hanno anche introdotto crescenti requisiti di *accountability* tecnica e finanziaria, che hanno contribuito a scalfire progressivamente la "*medical enclosure*" (Williams and Calnan, 1996).

Queste e altre rilevanti questioni riguardanti l'impatto degli strumenti manageriali e contabili sul comportamento dei professionisti medici nelle organizzazioni sanitarie sono stati investigati attraverso diverse prospettive teoriche, tra cui quella della *governmentality*. Essa investiga come sia possibile, per governi e direzioni strategiche, orientare l'attività dei clinici attraverso l'esercizio di "azioni a distanza" (Flynn, 2004). L'introduzione di strumenti quali il processo

di budget, nello specifico, può contribuire a realizzare l'allineamento tra mentalità cliniche e manageriali, coinvolgendo i clinici in un sistema di *governance* in cui viene loro richiesto di “connettere la loro autonoma percezione professionale con la regolazione sociale indotta dalla definizioni di obiettivi comuni a tutta l'organizzazione” (Turner, 1997). Secondo tale prospettiva interpretativa, il processo di budget può essere osservato come un sistema per governare l'azione dei professionisti “a distanza”, in modo da modificare progressivamente i loro stili professionali e orientarli verso gli obiettivi istituzionali (Power, 1997). Esso, infatti, rende l'attività dei professionisti misurabile e, quindi, valutabile, e, di conseguenza, consente non soltanto un controllo delle loro performance, ma li stimola anche a interiorizzare i valori aziendali e tradurli nelle proprie metriche professionali, consentendo loro di sviluppare nuove norme professionali, standard e comportamenti per le loro attività, giudizi e condotte (Rose, 1996). La “*medical enclosure*”, nello specifico, è stata sfidata dall'introduzione degli strumenti manageriali attraverso un processo indiretto: non incidendo direttamente sulla sfera della conoscenza clinica e dell'autonomia professionale, ma introducendo tecniche manageriali e contabili per ragioni amministrative e gestionali, con l'effetto potenziale di modificare l'esercizio del potere e la stessa autonomia all'interno del campo della professione medica, spingendo i clinici ad aumentare il livello di *accountability* della loro attività (Harrison and Pollitt, 1994). In questo modo, seppur indirettamente, l'introduzione di strumenti manageriali e contabili può influenzare anche la sfera della competenza medica, stimolando un allineamento epistemologico tra razionalità manageriale e razionalità clinica (Flynn, 2004; Elden 2007). Il processo di budget, secondo tale prospettiva, può realizzare quello che il *framework* della *governmentality* definisce come “azione a distanza”, permettendo ai professionisti medici di tradurre i nuovi valori gestionali nel loro linguaggio concettuale e influenzando, in tal modo, la stessa azione frutto della competenza medica e delle decisioni cliniche (Miller and Rose, 2008).

Il processo di budget, nel linguaggio della teoria della *governmentality*, assume perciò il ruolo di una “tecnologia di governo”. L'analisi delle riforme manageriali in sanità a partire dai primi anni Novanta, in particolare, può essere analizzata, attraverso tale lente teorica, indagando due elementi: (1) la presenza di “razionalità politiche”, in termini di elementi narrativi e retorici che caratterizzano il processo di riforma (i linguaggi che “collegano oggetti e obiettivi”, il “vocabolario” dei programmi di riforma) con cui i governi tentano di modificare la rappresentazione della realtà e ottenere consenso. (2) La presenza di “tecnologie di governo”, che cercano di traslare gli elementi retorici che caratterizzano le riforme nel dominio del reale, dando solidità tecnica e manageriale alle spinte retoriche verso il cambiamento (Miller and Rose, 2008).

I programmi di riforma, nello specifico, richiedono “tecnologie di governo”, ovvero strumenti in grado di consentire ai manager all'interno delle organizzazioni di realizzare e gestire quelle riforme spesso attivate da spinte retoriche al cambiamento. Nelle riforme manageriali, l'introduzione di sistemi manageriali e

contabili e correlati sistemi di valutazione delle performance, su tutti il budget, ha avuto un ruolo dominante nella definizione di reali traiettorie di riforma. Tali sistemi hanno consentito, più in dettaglio, il cambiamento delle cosiddette “mentalità di governo”, realizzando tra manager e professionisti un progressivo allineamento culturale sulle priorità concettuali e valoriali (l'esigenza di programmazione strategica e di rendicontazione sulle risorse utilizzate e sull'attività svolta, l'esigenza di promuovere una cultura di valutazione delle performance).

Gli strumenti manageriali, in sintesi, tendono a modificare i “codici di condotta” di manager e professionisti, creando interdipendenza tra pensiero collettivo e individuale, razionalità individuale e mentalità professionale. Consentono, quindi, la comprensione di quei meccanismi “indiretti” che definiscono l'esercizio del potere nelle organizzazioni moderne: strumenti manageriali apparentemente rivolti semplicemente a modificare aspetti “tecnici” della vita delle organizzazioni, infatti, possono agire sulle mentalità degli individui e modificare i codici di condotta di manager e professionisti nelle organizzazioni (Miller and Rose, 2008). E' sotto tale prospettiva che gli strumenti di budget rappresentano “tecnologie di governo”. Non solo essi incidono sull'attività dei professionisti, ma possono contribuire ad agire indirettamente sul campo della loro conoscenza medica, realizzando un progressivo allineamento di conoscenza medica e professionale. La programmazione dell'attività delle unità organizzative gestite da professionisti e il correlato momento di valutazione della performance, di conseguenza, non possono essere considerati come semplici tecniche contabili e manageriali volte a pianificare e valutare l'attività dei professionisti. Tali strumenti, infatti, diventano un modo per sfidare la tradizionale “*medical enclosure*” e per introdurre la cultura dell'*accountability* nella sfera stessa delle decisioni cliniche, spingendo i professionisti a scambiarsi le informazioni secondo routine consolidate, a lavorare in gruppo e a sfidare le modalità tradizionali autoreferenziali di assunzione delle decisioni cliniche, sulla base di criteri di razionalità tecnica ed economica.

In conclusione, pur nella differenza dei differenti approcci teorici e delle conseguenti implicazioni interpretative, il processo di budget costituisce un oggetto significativo di indagine all'interno dell'alveo della letteratura manageriale. Esso, infatti, consente di investigare il punto di convergenza e integrazione tra mentalità professionale e manageriale, che rappresenta spesso, all'interno delle aziende sanitarie, il cuore interpretativo della *mission* emergente degli individui e delle organizzazioni.

Bibliografia

- Adler P. 2001. Market, hierarchy, and trust: the knowledge economy and the future of capitalism. *Organization Science* 12(2): 214–234.
- Aldrich, H., 1979, *Organizations and Environments*, Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- Ansari, S. L. 1979. Towards an open systems approach to budgeting. *Accounting, Organizations and Society*, 4(3), 149– 161.
- Argyris C., 1965, *Organization and Innovation*, Homewood, Irwin-Dorsey
- Argyris, C. (1960). Organizational effectiveness under stress. *Harvard Business Review*, 3, 137–146.
- Argyris, C. (1977). Organizational learning and management information systems. *Accounting, Organizations and Society*, 2(2), 113–123.
- Bartlett, C. A., & Ghoshal, S. (1993). Beyond the M-form: towards a managerial theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 14, 23–46.
- Bell, J., 1989, The effects of change in circumstances of long term contracts, in *Harris and Tallon*, eds.
- Benson J., 1975, The inter-organizational network as a political economy, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 20, 1975.
- Bernheim BD, Whinston MD. 1998. Incomplete contracts and strategic ambiguity. *American Economic Review* 88: 902–932.
- Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent finding on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)*. 1996;15:239-249.
- Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*. 1995;274:305-311.
- Borgonovi E. 2000. *Principi e sistemi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, EGEA, Milano.
- Brownell, P. (1983). Leadership style, budgetary participation and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society*, 8, 307–322.

Burns T., & Stalker G., 1961, *The management of innovation*, London: Tavistock.

Campbell D., 2004, *Ian Macneil and the Relational Theory of Contracts*, CDAMS Discussion Paper.

Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency- based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28, 127–168.

D'Aunno, T., Sutton, R. I. E Price. R. H. 1991, Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: A study of drug abuse treatment units. *Academy of Management Journal*, 34: 636-661.

Elden S., (2007), Rethinking Governmentality, *Political Geography*, 26 (1):29-33.

Evan, W., 1965, Toward a Theory of Inter-Organizational Relations, *Management Science*, Vol 11, Num 10.

Flynn, R 2004, "Soft bureaucracy', governmentality and clinical governance: theoretical approaches to emergent policy' , *Governing medicine: theory and practice* , Open University Press / McGraw-Hill International, pp. 11-26.

Freeman G., Shepperd S., Robinson I., et al, *Continuity of care: Report of a scoping exercise summer 2000 for the SDO Program of NHS R and D*, London, NCCSDO, 2001.

Freeman G., Hjortdahl, P., *What future of continuity of care in general practice?*, Br Med J, 1997, 314, 1870-1873.

Haggerty J., Freeman G., Reid, R., Starfield B., et al, *Continuity of care: a multidisciplinary review*, BMJ 2003;327:1219–21.

Frost. P. J. and G. Morgan, 1983, "Sensemaking: The realization of a framework". In L. R. Pondy. P. J. Frost, G. Morgan and T. C. Dandridge (eds) *Organizational Symbolism*. JAI Press, Greenwich. CT., pp. 206-237.

Gioia, D. A. , 1986, "Symbols, scripts, and sensemaking: Creating meaning in the organizational experience'. In H. P. Sims, Jr and D. A. Gioia (eds) *The Thinking Organization*. Jossey-Bass. San Francisco. CA. pp. 49-74.

- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. 1991. Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12: 433–448.
- Granovetter M. 1985. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology* 91(3): 481–510.
- Granovetter M. 1985. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology* 91(3): 481–510.
- Greenwood R. & Suddaby R., 2006, Institutional entrepreneurship in mature fields. The big five accounting firms, *The Academy of Management Journal*, 2006.
- Greenwood. R., & Hinings, C. R. 1996, Understanding radical organizational change. Bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review* Vol. 21. No. 4, 1022-1054.
- Hall M, 2008, The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance , *Accounting, Organization and Society*, 33 (2008) 141–163.
- Harrison, S., & Pollitt, C. (1994). *Controlling health professionals: the future of work and organization in the National Health Service*, Buckingham: Open University Press.
- Hill C. 1990. Cooperation, opportunism, and the invisible hand: implications for transaction cost theory. *Academy of Management Review* 15: 500–513.
- Longo F. e Tasselli S. 2009. L'innovazione nell'organizzazione dell'assistenza territoriale per sviluppare efficacia e qualità, in Brunetti M., *L'innovazione nell'assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.
- Luscher, L., Lewis, M., 2008, Organizational change and managerial sense-making: working through paradox, *Academy of Management Journal*, Vol. 51, No. 2, 221–240.
- Luscher, L., Lewis, M. W., & Ingram, A. 2006. The social construction of organizational change paradoxes. *Journal of Organizational Change Management*, 19: 491–502.
- Macintosh, N. B. (1995). *Management accounting and control systems: an organizational and behavioral approach*. New York: Wiley.

- Macneil IR., 1961, Power of Contract and Agreed Remedies, Cornell LQ
- Macneil IR., 1982, Efficient Breach of Contract: Circles in the Sky, Virginia Law Review, 68,5.
- Macneil IR., 1991, Reflections on Relational Contracts, Journal of Institutional and Theoretical Economics, 141, 541-556
- Macneil IR., 1999, Relational contract theory: Challenges and queries, Nw. UL Rev., 94, 3.
- March, J. 1981. Decisions in organizations and theories of choice. In A. Van de Ven & W. Joyce (Eds.), Perspectives on organization design and behavior: 201- 44. New York: Wiley.
- Martinez R., Dacin M., 1999, Efficiency motives and normative forces: combining transaction costs and institutional logic, Journal of Management, 25,1, 75-96.
- Meyer, J., & Rowan, B. 1977. Institutional organizations: Formal structures as myths and ceremonies. American Journal of Sociology, 83: 340-363.
- Milgrom, P. and Roberts, J. 1992. Economics, Organizations, and Management, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Miller P. and Rose N. (2008), Governing the Present, Polity, Cambridge.
- Oliver. C. 1991. Strategic responses to institutional processes. Academy of Management.
- Osborne D. and Gaebler T. 1992. Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming government. Reading Mass. Addison Wesley Public Comp.
- Perrin, J. 1988. Resource management in the NHS. Wokingham: Van Nostrand Reinhold in association with the Health Services Management Centre.
- Pfeffer, J. 1981. Power in organizations. Boston: Pitman.
- Powell, W. W. 1993. The social construction of an organizational field: The case of biotechnology. Paper presented at the Warwick-Venice Workshop on perspectives on strategic change. University of Warwick.
- Power. M. 1997, *The Audit Society*, Oxford: Oxford University Press.
- Ranson, S., Hinings. C. R., & Greenwood, R. 1980. The structuring of organizational structures. *Administrative Science Quarterly*, 25: 1-7.
- Rose, N. 1996. Social Psychology as a science of democracy, *Inventing Ourselves*, NY: Cambridge University Press.

- Rousseau, D. M. 1989. Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Rights and Responsibilities Journal*, 2, 121-139.
- Rousseau, D. M. 1995. *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park, CA: Sage.
- Scott, W. R. 1987, The adolescence of institutional theory- *Administrative Science Quarterly*, 32:493-511.
- Scott, W. R. 1995. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, GA: Sage.
- Shi L, Starfield B, *Policy relevant determinants of health: an international perspective*, *Health Policy* 60 (2002) 201–218.
- Simon, H., 1947, *Administrative Behavior*, New York, McMillan.
- Smircich. L. and G. Morgan. 1982. 'Leadership: The management of meaning", *Journal of Applied Behavioral Science*, 18. , pp. 257-273.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129–3.
- Starr, P. 1982. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Townley B., 2002, The role of competing rationalities in institutional change, *Academy of Management Journal*, Vol. 45, No. 1. 163-179.
- Turner B.S. 1997. *Foucault, Health and Medicine*, SAGE 1997.
- Uzzi B. 1997. Social structure and competition in interfirm networks: the paradox of embeddedness. *Administrative Science Quarterly* 42: 35–67.
- Wagner, E. et al. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action. *Health Affairs*, 20:64-78.
- Walsh. J. P. and L. Fahey. 1986. The role of negotiated belief structures in strategy making". *Journal of Management*, 12., pp. 322-338.
- Webb, R. A. (2004). Managers' commitment to the goals contained in a strategic performance measurement system. *Contemporary Accounting Research*, 21, 925–958.
- Williams, S. J., & Calnan, M. 1996. Modern medicine and the lay populace. Theoretical perspectives and methodological issues. In S. J. Williams, & M. Calnan (Eds.), *Modern medicine. Lay perspectives and experiences*. London: UCL Press.
- Zucker, L. G. 1983. Organizations as institutions. In S. B. Bacharach (Ed.), *Research in the sociology of organizations*: 1-42. Greenwich, CT: JAI Press.

Capitolo 2

Misure e driver dell'integrazione professionale nei servizi sanitari territoriali

di Francesco Longo, Stefania Mele, Domenico Salvatore, e Stefano Tasselli

2.1 L'integrazione professionale e la continuità delle cure: definizioni concettuali e metodologie di rilevazione (di Francesco Longo, Stefania Mele, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli)

2.2 Un disegno metodologico per la misurazione dell'integrazione professionale e della continuità delle cure per i servizi sanitari territoriali (di Domenico 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 Stefano Tasselli)

2.4 Driver interpretativi della continuità e implicazioni manageriali (di Francesco Longo)

2.1 L'integrazione professionale e la continuità delle cure: definizioni concettuali e metodologie di rilevazione

di Francesco Longo, Stefania Mele, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli

1. Premessa

Il tema della continuità delle cure e della sua misurazione è da decenni al centro degli studi di management sanitario. Già negli anni Sessanta la National Commission on Community Health dichiarava: “Ogni individuo dovrebbe avere un medico personale che rappresenti il punto centrale per l'integrazione e la continuità di tutti i servizi medici e non medici relativi al singolo paziente” (National Commission on Community Health Services, 1966). A conferma di tale interesse, si nota come l'argomento sia stato affrontato da molti autori in letteratura e, parallelamente, da numerose ricerche, commissionate da centri di ricerca o governi, che rientrano nella cosiddetta “*grey literature*”.

La rilevanza di tale argomento deriva dal fatto che alla continuità sono essenzialmente attribuiti tre obiettivi: da un lato, una maggiore efficienza delle cure, attraverso la razionalizzazione del servizio sulla base delle effettive esigenze di salute manifestate dal paziente e percepite dal medico curante; dall'altro, una maggiore efficacia clinica del servizio, che deriva da una migliore strutturazione dell'offerta di servizi; infine, un aumento della soddisfazione di medici e pazienti, attraverso relazioni interpersonali più durature e strutturate.

L'assenza di un *framework* condiviso ha, però, condotto ad un progressivo allargamento dei confini dell'oggetto di analisi, creando confusione tra le definizioni e le metodologie di misurazione utilizzate dai diversi autori. Accanto alla nozione di continuità delle cure, perciò, si sono ben presto fatti strada altri concetti, quali “continuum delle cure”, “coordinamento delle cure”, “*case management*”, “*disease management*”, portando ad una sovrapposizione

terminologica che spesso rende difficile identificare i confini dei diversi oggetti di misurazione (Haggerty et al., 2001; Haggerty et al, 2003).

Nel corso dei decenni, la letteratura ha fornito molte e distinte definizioni di “continuità assistenziale”, che sono state individuate dai numerosi autori in differenti ambiti sanitari e classificate secondo diverse dimensioni di analisi. Nell’ambito di uno studio commissionato dal Governo canadese, Haggerty et al. (2001) hanno condotto una *review* della letteratura su studi pubblicati nel periodo compreso tra il 1966 e il 2001, individuando circa 2.400 documenti (pubblicati su riviste scientifiche e non) dedicati al tema della continuità delle cure, di cui circa 580 sono stati analizzati, in quanto giudicati rilevanti per il loro contributo concettuale al tema oggetto di indagine (Haggerty et al, 2003).

La frammentarietà del materiale presente in letteratura ha portato gli autori ad abbandonare l’ipotesi di proporre un’unitaria e onnicomprensiva definizione di continuità, cercando, invece, di coglierne i diversi aspetti, esplicitando gli elementi concettuali – chiave che uniscono le differenti definizioni.

Haggerty et al. (2001) hanno posto particolare attenzione a tre elementi di approfondimento:

- La continuità delle cure necessita di un approccio “pragmatico” al problema di salute, in cui l’obiettivo primario è quello di migliorare le condizioni di salute del paziente. Lo sviluppo di relazioni tra paziente e professionista e tra professionisti è quindi rivolto al raggiungimento di una maggiore efficacia clinica, e non ad un generico accrescimento delle conoscenze scientifiche su una data patologia, trattandosi, in questo secondo caso, non di continuità assistenziale, ma di una sua distorsione, una “meta-continuità”, tipicamente “non-assistenziale”, in cui l’obiettivo della relazione diventa lo sviluppo informativo della relazione stessa e delle conoscenze da essa dipendenti;
- La continuità si basa su un contributo informativo aggiuntivo, deve, cioè, essere caratterizzata da un effettivo trasferimento delle conoscenze tra paziente e professionista e tra professionisti;
- La continuità è strutturata in relazioni codificate tra paziente e professionisti, all’interno di un pre-identificato processo di cura.

Gli autori hanno, inoltre, identificato alcuni temi comuni alle numerose definizioni di continuità presenti in letteratura (Haggerty et al., 2001):

- La continuità è un concetto “individuale”: i principali oggetti di analisi sono il singolo paziente e il processo di cura della sua problematica di salute, che coinvolge uno o più professionisti. Con il termine continuità, quindi, non si vuole fare riferimento a quell’insieme di processi e strutture organizzative che caratterizzano il servizio;

- La continuità assume una dimensione temporale che è definita “longitudinale”: essa studia le relazioni tra pazienti e professionisti e le loro evoluzioni lungo un arco di tempo, che non è di per sé definito, ma che dipende dal problema di salute al quale è rivolto;
- La continuità necessita di una “strategia coerente” di cura: le relazioni tra professionisti e gli scambi informativi devono focalizzarsi sul percorso di cura del paziente e non essere casuali;
- La continuità si struttura lungo una dimensione tipicamente “informativa”: l’oggetto della relazione è l’informazione relativa al paziente, alle sue problematiche e ai suoi bisogni, con riferimento sia ad uno specifico problema di cura sia ad eventi tra loro separati;
- La continuità richiede che le relazioni tra paziente e professionista e tra professionisti siano continue, quasi a creare un “ponte” tra eventi tra loro discontinui.

Tale sforzo di identificare elementi comuni ai vari studi presenti in letteratura non consente, comunque, di tracciare una definizione unanimemente condivisa di continuità.

Tra le ragioni principali, si rileva il fatto che tali studi si sono storicamente focalizzati in maniera separata su diversi ambiti assistenziali; la specificità dell’oggetto di analisi, che implica la necessità di raccogliere evidenze quantitative, porta inevitabilmente, e in maniera quasi “fisiologica”, a concentrare l’attenzione su specifiche patologie.

La visione della continuità delle cure, intesa come “patrimonio comune” a tutta l’assistenza sanitaria rivolta alla persona, è nata, e, soprattutto, ha attirato l’attenzione da parte dei Sistemi Sanitari, solo in una seconda fase storica.

Il primo tentativo di definire e misurare la continuità è stato rivolto, già a partire dall’inizio degli anni Sessanta, alla cura delle problematiche connesse alla salute mentale. L’entità di tale problema, che riguarda 450 milioni di persone al mondo appartenenti a tutte le classi sociali, ha fatto crescere l’esigenza di identificare un modello razionale ed efficiente di continuità assistenziale per i pazienti psichiatrici; tale modello era visto come il primo traguardo per poter sviluppare sforzi organizzativi e politiche volte alla de-istituzionalizzazione e alla possibilità per le persone affette da tali patologie di integrarsi nel tessuto sociale. Nel contesto italiano, la stessa legge Basaglia (legge n. 180 del 1978), con la quale è stata decretata la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, sanciva la necessità di integrare i momenti di prevenzione, cura e riabilitazione all’interno della rete allargata dei servizi territoriali.

L’esigenza di integrazione delle cure si è poi fatta sentire anche in altri ambiti: la medicina di famiglia e in particolare la pediatria (Cassady et al, 2000; Stewart et al, 1997), e l’assistenza infermieristica, in particolar modo quella domiciliare e la cura di persone affette da patologie croniche (Freeman, 1985; Rudebeck, 2002).

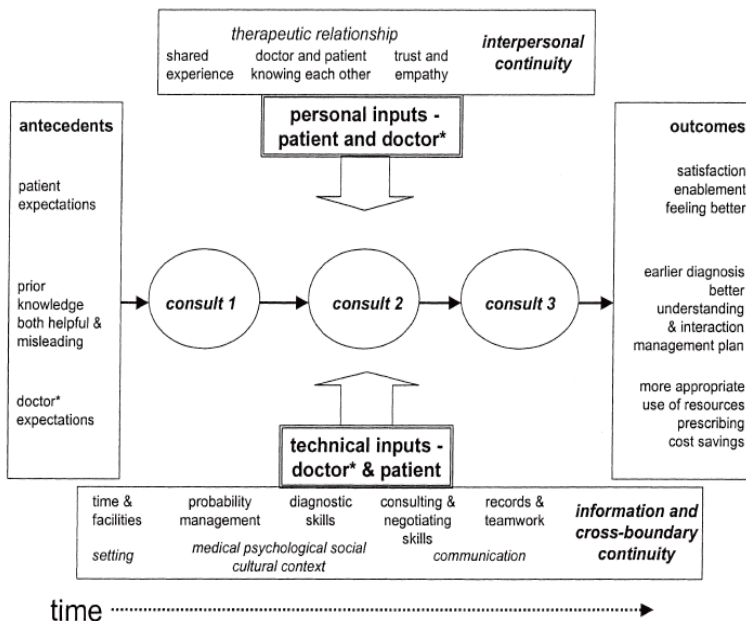
2. I benefici della continuità

I benefici potenziali, storicamente ascritti dalla letteratura alla continuità delle cure, sono essenzialmente due (Haggerty, 1970; Becker et al., 1974; Saultz, 2003):

- Una maggiore soddisfazione degli utenti del sistema, attraverso la valorizzazione di relazioni interpersonali strutturate in grado di rendere più stimolante il lavoro per i professionisti medici e di aumentare la percezione di “presa in carico” da parte dei pazienti;
- Una maggiore efficienza nei processi di cura, attraverso una crescente razionalizzazione del percorso di cura (e di conseguenza minore rischio di duplicazioni di prestazioni non necessarie), minori costi di transazione e minori asimmetrie informative.

Diversi studi, già a partire dagli anni Sessanta e Settanta, hanno tentato di dimostrare il primo dei due obiettivi, evidenziando nel complesso un livello di accresciuta soddisfazione personale a seguito dell'introduzione di strumenti di continuità assistenziale, sia dal lato dei professionisti sanitari (Sussman et al., 1967) sia dal lato dei pazienti (Fink et al., 1969; Haggert et al., 2001), secondo lo schema logico identificato nella Fig. 1 (Freeman et al, 2003).

Figura 1 **Principali benefici della continuità assistenziale in termini di soddisfazione ed efficienza (Freeman et al., 2003)**



D'altro canto, alcuni autori sostengono che il livello di soddisfazione derivante dalla continuità nelle cure dipenda, spesso, anche dalle condizioni socio – economiche dei pazienti: la sensazione di “presa in carico” a cui si è fatto riferimento sarebbe particolarmente sentita da quei pazienti fragili e, spesso, esclusi dalla condivisione di informazioni relative al proprio percorso di cura, mentre lo stesso livello di soddisfazione non si registra in pazienti più evoluti e avanzati socialmente ed economicamente (Becker et al., 1974). Questa evidenza pone in risalto un aspetto a cui si è già fatto riferimento in questo studio: si tratta di quel meccanismo di “meta-continuità”, riconducibile al concetto di qualità percepita, che non può essere propriamente associato ad una corretta definizione di “continuità assistenziale”. In determinate circostanze, cioè, la soddisfazione del paziente non è rivolta agli effetti della continuità assistenziale sul proprio percorso di cura, in termini di miglioramenti nell’assistenza e maggiore disponibilità di informazioni ricevute dai professionisti, bensì alla gratificazione del rapporto personale con il professionista.

Più contraddittorio, invece, il giudizio sulla maggiore efficienza indotta dalla continuità delle cure (Freeman et al., 1997; Kibbe et al., 1993).

L’aspetto centrale della continuità assistenziale è senza dubbio la possibilità, per il paziente, di scegliere da quale medico o quali medici essere curato e di stabilire con lui o loro una relazione continuativa. Tale affermazione contrasterebbe, però, con il principio di immediatezza dell’accesso alle cure, ritenuto uno dei cardini su cui fondare l’efficienza di un sistema sanitario moderno (Freeman et al, 2003; Kearley et al, 2001). La ricerca da parte del singolo paziente del proprio professionista di fiducia, in un contesto di diffusa e unanimemente incentivata continuità assistenziale, potrebbe, infatti, portare a seri problemi di efficienza, in termini di uso delle risorse professionali (sanitarie e non sanitarie).

Con riferimento a questo secondo potenziale vantaggio della continuità, alcuni studiosi ritengono addirittura che la questione debba essere posta in altri termini: il problema non sarebbe una condizione di assenza di sviluppo della continuità assistenziale, bensì l’eccessivo radicamento, in molti professionisti e pazienti, di distorsioni relazionali e professionali indotte dalla presenza di forme relazionali definibili di “meta-continuità”. Tali relazioni sarebbero basate non su un’attenzione alla diagnosi e alla cura clinica, ma su diagnosi e cure fondate su modelli bio-psicosociali e fortemente condizionate dal contesto socio-economico del paziente (Engel, 1977; Williams et al., 2000). È significativa, a tale proposito, la frase citata da uno studioso inglese, nel suo tentativo di convincere un gruppo di medici di medicina generale (MMG) del fatto che la relazione interpersonale con i propri pazienti non sia l’elemento centrale della loro professionalità: “Come un chirurgo senza il bisturi è pur sempre un chirurgo, così un medico di medicina generale senza la continuità interpersonale è pur sempre un medico di medicina generale” (Mcwhinney, 1997).

3. I metodi di misurazione della continuità delle cure in letteratura

Gli sforzi della letteratura non sono stati rivolti solo alla ricerca di una definizione di continuità delle cure. Anche il tema della sua misurazione ha trovato ampio spazio tra i diversi autori, i quali, condividendo una visione della continuità come concetto multidimensionale, hanno sottolineato la necessità di utilizzare differenti misure per catturare tutti gli aspetti in cui tale tema si articola. Gli studi condotti si sono focalizzati, in particolar modo, su determinati ambiti assistenziali (Salute Mentale e Medicina Generale) o su categorie di pazienti particolarmente bisognosi di integrazione dell'assistenza (quali bambini e pazienti affetti da patologie croniche).

Haggerty et al. (2001), ancora nell'ambito dello studio condotto per il Governo Canadese, hanno individuato quattro principali categorie di misurazione:

- Misure longitudinali, utilizzate per rilevare la durata e la frequenza della relazione tra paziente e professionisti sanitari;
- Misure di consistenza del piano manageriale, utilizzate da un lato per rilevare il livello di aderenza al percorso di cura ritenuto più efficace per lo specifico problema di salute, garantendo che nessun paziente esca dal percorso, e dall'altro per monitorare l'impegno dei professionisti sanitari nel programmare tale percorso per il paziente (uno degli indicatori più diffusi è il rispetto dei piani di visite ed esami previsti per il *follow up*);
- Misure di continuità informativa, utilizzate per rilevare il livello di disponibilità e di accessibilità delle informazioni, le modalità con cui tali informazioni sono trasmesse e l'aderenza delle informazioni trasmesse rispetto a quelle potenzialmente disponibili;
- Misure di intensità relazionale: utilizzate per rilevare il senso di appartenenza del paziente a una determinata struttura o a un determinato professionista e l'intensità del legame, attraverso misure di fiducia, empatia e comunicazione (si tratta prevalentemente di misure qualitative).

Con riferimento a tali categorie, si riportano in dettaglio i principali oggetti di misurazione e le tecniche utilizzate, con i relativi vantaggi e svantaggi (Tab. 1).

Tabella 1 **Principali tecniche di misurazione della continuità delle cure in letteratura**

Oggetto di misurazione	Descrizione e tecniche di misurazione	Vantaggi	Criticità
Categoria: 1) Misure longitudinali			
Durata della relazione con uno o più professionisti	Misure della durata cronologica di una determinata relazione con professionisti	Semplici da misurare; ampia disponibilità di fonti (documenti o interviste)	Poco significative in termini di giudizio sulla qualità del contenuto della relazione
Concentrazione di pazienti in	La proporzione delle visite di un paziente con uno	Misure intuitive, semplici da usare,	Richiedono informazioni dettagliate sul totale delle visite, non sempre

cura da un particolare professionista	specifico professionista in un lasso di tempo, o durante un episodio clinico (Usual Provider of Care); misure di dispersione/concentrazione delle visite tra tutti i professionisti visti (COC Bice-Boxerman Index of continuity); la probabilità che un paziente abbia visto meno professionisti di quelli in un gruppo casuale di pazienti (LICON Likelihood of continuity); il numero di <i>providers</i> che intervengono nel percorso di cura del paziente durante un episodio clinico	semplici da interpretare	disponibili Il numero di providers non dà una misura del grado di comunicazione e coordinamento fra i differenti <i>providers</i>
Sequenzialità delle cure	La proporzione di visite sequenziali presso lo stesso/ gli stessi professionisti	Presenza di indicatori codificati (es: SECON index)	Richiedono dati dettagliati sulla sequenza temporale delle visite; esaminano solo la sequenza, non il contenuto delle visite
Categoria: 2) Misure di consistenza del piano manageriale			
Rispetto dei piani sulle visite di <i>follow up</i>	Corrispondenza del numero di visite in <i>follow up</i> con quelle previste nel percorso di cura in un determinato periodo; lunghezza dell'intervallo tra una visita e quella successiva	Intuitive e semplici da misurare	Poco significative per giudicare la consistenza del piano manageriale
Rispetto di protocolli specifici per patologia	La percentuale di pazienti che completano un determinato protocollo di cura; la percentuale di cure precedentemente prescritte e continuate da un paziente in presenza di un nuovo professionista curante	Misure associabili con <i>outcome</i> di salute per specifiche patologie	Difficoltà di collegare tali indicatori a misure della qualità delle cure
Oggetto di misurazione	Descrizione e tecniche di misurazione	Vantaggi	Criticità
Categoria: 3) Misure di continuità informativa			
Completezza delle informazioni trasferite	Rapporto tra le informazioni in possesso di due o più interlocutori (il paziente stesso e uno o più professionisti) su dati clinici o stato di salute del paziente e le informazioni trasferite	Tali misure possono essere usate per migliorare la qualità delle prassi organizzative	E' una componente necessaria ma non sufficiente per qualificare la continuità delle cure
Trasferimento di conoscenza	Misure di rilevazione della qualità conoscitiva delle informazioni trasferite	Indicano quale percentuale delle informazioni trasmesse sia stata effettivamente recepita	Mancanza di indicatori consolidati
Conoscenza del paziente	Quanto il paziente sente di essere conosciuto dal professionista	Il grado di conoscenza aumenta con la durata della relazione	Si tratta di valutazioni soggettive

	Quanto il professionista sente di conoscere il paziente		
Categoria: 4) Misure relazionali			
Affiliazione	Misure della presenza di relazioni strutturate tra un paziente e uno o più professionisti	Ampiamente usate in letteratura, semplici da misurare attraverso scale ottenute tramite questionari	Poco significative e poco qualificanti di un'effettiva continuità delle cure
Intensità della relazione	Indicatori <i>multi-item</i> (es. <i>Primary care index</i>) che rilevano l'intensità percepita delle relazioni; <i>survey multi-item</i>	Ampiamente usate in letteratura, consentono confronti tra studi differenti	Rischiano di escludere pazienti con problemi di accesso alle cure

Come accennato, diversi autori hanno tentato di rilevare in maniera integrata il livello di continuità delle cure, concentrandosi su specifici ambiti assistenziali.

Con riferimento alla Salute mentale, per esempio, si possono individuare molteplici studi focalizzati sulla misurazione della continuità (Shern, 1994; Bindman et al., 2000; Adair et al., 2003). Shern ha condotto un'analisi su oltre 1.000 pazienti affetti da disturbi mentali, individuando cinque indicatori-chiave di analisi: 1) esistenza di un *case manager*; 2) cambiamenti nel *case manager*; 3) capacità di rispondere ai bisogni improvvisi; 4) numero di bisogni soddisfatti; 5) livello di coinvolgimento dei pazienti nei percorsi di cura. Dallo studio effettuato, l'autore ha dimostrato la presenza di ampie differenze organizzative nei processi di cura e nei livelli di continuità, ma non ha individuato significative differenze negli *outcome* clinici per effetto di maggiori livelli di continuità (Shern, 1994).

La stessa OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ha proposto, nel 2004, una serie di indicatori¹ per valutare la qualità, ed in particolar modo la continuità ed il coordinamento delle cure, nei problemi di salute mentale all'interno dei Paesi OCSE (Hermann et al., 2004).

Bindman et al. (2000), basandosi su un campione di 342 pazienti affetti da disturbi psichici, hanno misurato tre dimensioni della continuità: 1) l'accessibilità del servizio (rilevando da un lato l'accessibilità percepita dai pazienti in diverse circostanze e dall'altro l'effettiva conoscenza delle modalità di accesso al servizio); 2) il numero di dipendenti amministrativi dedicati alla salute mentale sul numero totale dei professionisti, come *proxy* dello sforzo amministrativo rivolto alla continuità; 3) il tempo impiegato dai pazienti per programmare le modalità di accesso ai servizi.

¹ In particolare, gli indicatori proposti dall'OECD sono:

- *Timely Ambulatory Follow-Up after Mental Health Hospitalisation;*
- *Continuity of Visits After Hospitalisation for Dual Psychiatric/Substance Related Conditions;*
- *Racial/Ethnic Disparities in Mental Health Follow-Up Rates;*
- *Continuity of Visits after Mental Health-Related Hospitalisation;*
- *Case Management for Severe Psychiatric Disorders.*

Nell'ambito della Medicina Generale, Cassady et al. (2000) hanno rilevato il grado di continuità attraverso indicatori strutturati lungo quattro dimensioni di analisi: 1) la longitudinalità della relazione; 2) l'accessibilità del primo contatto con il sistema; 3) la completezza dei servizi offerti; 4) il coordinamento dei servizi. Tale studio, condotto su oltre 450 pazienti nell'ambito della pediatria, evidenzia la difficoltà di strutturare metodologie complete di studio del livello di continuità, e suggerisce per il futuro una semplificazione della metodologia di analisi, ricorrendo ad un minore numero di *items* (Cassady et al., 1998).

4. I driver dell' integrazione professionale

Stabilita l'importanza di promuovere una maggiore continuità delle cure, resta da capire quali siano gli strumenti a disposizione per aumentare il livello di integrazione tra tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura del paziente e, quindi, migliorare la performance dell'intero sistema. Si tratta, quindi, di identificare quei *driver*, ovvero quei fattori in grado di spiegare maggiori o minori livelli di integrazione, che, essendo dipendenti dalle scelte individuali delle aziende, possono essere da queste "manovrati" al fine di migliorare l'integrazione delle cure.

Come già sottolineato all'inizio di questo paragrafo, dal lato dei Sistemi Sanitari la rilevanza di tale tema è emersa già negli anni Sessanta, quando la National Commission on Community Health Services, negli Stati Uniti, aveva auspicato una crescente continuità delle cure. Dall'altro lato, tuttavia, i Sistemi Sanitari non hanno dimostrato alcuno sforzo rivolto all'individuazione di strumenti idonei per influenzare e realizzare una maggiore continuità delle cure.

A tale proposito, un passo in avanti è stato fatto dal National Health System (NHS) inglese. Diversi studi commissionati dal Governo britannico a partire dalla metà degli anni Novanta (Department of Health, 1997; HM Government, 1999 e 2001) hanno evidenziato come uno degli obiettivi centrali delle politiche pubbliche in materia sanitaria sia proprio la continuità assistenziale, sottolineando, però, al contempo, come tale tematica sia stata in passato quasi del tutto invisibile all'interno delle scelte di politica pubblica e delle relative definizioni normative. La ragione di tale pressoché nulla attenzione al problema è stata individuata, nella maggior parte dei casi, nella difficoltà della sua implementazione, dovuta alle resistenze poste dai professionisti sanitari di fronte a scelte organizzative relative a modifiche dei loro orari di lavoro o prassi operative. Proprio l'NHS ha avviato un ripensamento strategico per ampliare e rendere più efficace la continuità delle cure, intervenendo con diversi provvedimenti sull'area delle risorse umane, ma non solo, con l'obiettivo di rispondere alle resistenze manifestate dai professionisti (Humphrey et al., 2003). Nello specifico, le diverse dimensioni della continuità considerate meritevoli di essere incentivate sono state identificate nella continuità informativa, nell'integrazione tra professionisti, nella flessibilità degli orari di lavoro dei professionisti e nella continuità longitudinale.

Al fine di promuovere una maggiore continuità assistenziale, sono stati, quindi, predisposti alcuni strumenti che possono essere così sintetizzati:

- Riconfigurazione dei servizi delle Cure primarie, con incentivazione di forme di *team building* con competenze multi-disciplinari, attraverso il ripensamento dei confini organizzativi, la riallocazione dei ruoli tra organizzazioni e il ripensamento delle modalità di offerta dei servizi;
- Potenziamento dei sistemi informativi grazie al supporto delle nuove tecnologie informatiche, con lo scopo di incentivare e meglio organizzare lo scambio di informazioni relative ai dati clinici e alla storia del paziente tra i professionisti sanitari che intervengono nel processo di cura del paziente;
- Modalità di lavoro flessibile dei professionisti, con incentivazione di turni maggiormente distribuiti lungo l'arco delle 24 ore;
- Definizione di nuovi standard di servizio, con attenzione rivolta alla sicurezza e alla qualità, e un monitoraggio delle performance garantito dall'introduzione di un sistema di valutazione basato su standard;
- Crescente attenzione rivolta alla selezione e formazione del personale e al miglioramento dell'ambiente lavorativo;
- Maggiore orientamento ai bisogni dei clienti, con incentivazione di meccanismi di *empowerment*, crescente attenzione ai *feedback* dei pazienti relativamente alla qualità e alla disponibilità del servizio offerto, e aumento della comunicazione di informazioni ai pazienti.

Allo stesso modo, Woods (2001) si è occupato di quanto realizzato dal Sistema Sanitario Scozzese in termini di politiche pubbliche volte all'implementazione di un sistema basato sull'integrazione sia organizzativa sia professionale. Ai fini di questo studio, l'attenzione è rivolta ai soli strumenti utilizzati per influenzare la seconda tipologia di integrazione. Nello specifico, tali strumenti sono:

- Creazione di una "rete clinica", ovvero un team multidisciplinare all'interno del quale far confluire le diverse professionalità che intervengono nel percorso di cura del paziente;
- Promozione di meccanismi di trasferimento delle informazioni tra i professionisti;
- Definizione di standard e *guidelines* cliniche condivise da tutti i professionisti.

Lo stesso tema è stato affrontato anche da numerosi autori in letteratura. Kodner et al. (2002), per esempio, hanno identificato alcune "strategie" in grado di incentivare una maggiore continuità delle cure. In particolare, gli autori distinguono fra:

- Fattori organizzativi: consistono nella creazione di una rete, sia verticale sia orizzontale, basata su meccanismi formali ed informali, e nello sviluppo di forme collaborative. Tra gli strumenti consigliati si evidenzia la riallocazione dei servizi;
- Fattori gestionali (e caratteristiche dei servizi): consistono nel ripensamento delle modalità di gestione ed offerta dei servizi, attraverso l'introduzione di strumenti quali: *joint training*, informazione centralizzata e sistemi informativi integrati, team multidisciplinari/interdisciplinari, flessibilità nelle modalità di lavoro dei professionisti;
- Fattori clinici: consistono nella definizione comune dei bisogni del paziente e nella condivisione di standard, attraverso i seguenti strumenti: pianificazione congiunta delle cure; condivisione delle cartelle cliniche; monitoraggio continuo del paziente; contatti regolari con il paziente; strumenti comuni di supporto alle decisioni.

Sulla base delle evidenze emerse, si può concludere, sottolineando come il processo di cambiamento che l'integrazione delle cure richiede debba riguardare diversi ambiti di intervento:

- La responsabilizzazione individuale e di gruppo;
- Il superamento delle visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;
- L'introduzione di nuovi strumenti di comunicazione;
- La flessibilità dell'impiego delle risorse umane, senza ancorarle a spazi, tempi e ambiti predefiniti.

Bibliografia

Adair, C., McDougall, G., Beckie, A., History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes, *Psychiatric services*, 2003, 54, (10), 1351-1356.

Becker, HM., Drachman, RH., Kirscht, JP., A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations, *American Journal of Public Health*, 1974, 84, (4), 599-605.

Bindman J, Johnson S, Szmukler G, Continuity of care and clinical outcome: a prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000, 35:242–247.

Cassady, C., Starfield, B., Hurtado, Measuring Consumer Experience with Primary Care, *Pediatrics*, 2000, 105, 998-1003.

Dennis L. Kodner, Cor Spreeuwenberg Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper *International Journal of Integrated Care*, 2002, Vol. 2 .

Department of Health, *The new NHS: Modern, Dependable*, The Stationery Office, 1997, London.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196: 129–136.

Fink, D., Malloy, MJ., Cohen, M., Effective patient care in the paediatric ambulatory setting: a study of the acute care clinic, *Pediatrics*, 1969, 43, 927-935.

Freeman, G., What priority for continuity of care: a survey of 280 Wessex general practitioners, *J.R.Coll.Gen.Pract.*, 1985, 35, 423-426.

Freeman G., Olesen F., Hjortdahl, P., Continuity of care: an essential element of modern general practice?, *Family Practice*, 2003, Vol. 20, N. 6, 623-627.

Freeman G., Shepperd S., Robinson I., *Continuity of care: Report of a scoping exercise summer 2000 for the SDO Program of NHS R and D*, London, NCCSDO, 2001.

Freeman G., Hjortdahl, P., What future of continuity of care in general practice?, *Br Med J*, 1997, 314, 1870-1873.

Gulliford, M.C., Naithani, S. & Morgan, M., Measuring Continuity of Care in Diabetes Mellitus: An Experience-Based Measure, *The Annals of Family Medicine*, 2006, 4(6), 548-555.

Haggerty, R., Present strength and weakness in current systems of comprehensive health services for children and youth, *American Journal of Public Health*, 1970, 60, 74-98.

Haggerty J., Reid, R., Mc Grail K. Defining and measuring Continuity of care, *Research Reports*, University of British Columbia, Montreal, 2001.

Haggerty J., Freeman G., Reid, R., Starfield B., Continuity of care: a multidisciplinary review, *BMJ* 2003;327:1219–21.

Health is a Common Affair. Report of the National Commission on Community Health Services, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1966.

Hermann R., Mattke S. and the Members of the OECD Mental Health Care Panel, *Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries*, 2004.

HM Government, *Health Act 1999*, The Stationery Office, London.

HM Government, Health and Social Care Bill, *HL Bill 47*, The Stationery Office, London, 2001.

Humphrey, C., Ehrich, K., Kelly, B., et al., Human resources policies and continuity of care, *Journal of Health Organization and Management*, 2003, 17, 2, 102-121.

World Health Organization – International society of Hypertension guidelines for the management of hypertension, *Journal of Hypertension* 1999, 17:151-83.

Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor–patient relationship in general practice, *Br J Gen Pract* 2001, 51: 712–718.

Kibbe DC, Bentz E, McLaughlin CP. Continuous quality improvement for continuity of care, *J Fam Pract* 1993, 36: 304-308.

Legge 13 maggio 1978, n. 180 *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

Libro Bianco 2006 dell'Oncologia dell'AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica).

Mcwhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*, 2nd Edn. New York: Oxford University Press, 1997.

Rudebeck, CE., Imagination and empathy in the consultation, *Br J Gen Pract*, 2002, 52, 450-453.

Saultz, JW., Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care, *The Annals of Family Medicine*, 2003, 1:134-143.

Sherm DL: Client outcomes: II. Longitudinal client data from the Colorado Treatment Outcome Study, *Milbank Quarterly*, 1994, 72:123–148.

Stewart, A., Grumbach, K., Osmond D. et al, Primary Care and Patients Perceptions of access to care, *J. Fam. Pract.*, 1997, 44, 177-185.

Sussman MB., Caplan, EK, Haugh MR. et al, *The walking patient: a study in outpatient care*, Western Reserve University Press, Cleveland, 1967.

Williams GC, Frankel RM, Campbell TL, Deci EL. Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: a self-determination theory integration, *Fam, Syst Health* 2000, 18: 79–90.

Woods Kevin J., The development of integrated health care models in Scotland, *International Journal of Integrated Care*, 2001, Vol. 1.

2.2 Un disegno metodologico per la misurazione dell'integrazione professionale e della continuità delle cure per i servizi sanitari territoriali

di Domenico Salvatore

1. Premessa

Tutte le ricerche svolte all'interno del Laboratorio FIASO sul Governo del Territorio (si veda per esempio (Longo, Salvatore, & Tasselli, 2008, 2011, 2010) sono impostate come un processo di collaborazione tra le aziende, la loro associazione (la FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) e i ricercatori. Le aziende sono centrali durante tutto il percorso di ricerca e il tentativo fatto è quello indagare oggetti di reale interesse delle aziende attraverso il coinvolgimento attivo dei partecipanti al laboratorio all'interno di un processo che garantisca un buon livello di affidabilità e validità dei dati. Parallelamente ai risultati scientifici, il Laboratorio punta a risultati concreti in termini di accrescimento del capitale umano e relazionale dei partecipanti. Misurare l'integrazione professionale nei servizi sanitari territoriali e provare a comprendere le caratteristiche organizzative correlate ad una maggiore integrazione sono, appunto, esigenze delle aziende perché l'integrazione e la continuità sembrano oggi alle aziende una delle sfide principali da affrontare (si veda § 1). Il disegno metodologico è stato, quindi, preceduto, oltre che dalla *review* della letteratura rilevante (si veda § 2.1), da *focus group* con alcuni dei partecipanti aziendali. In questo modo sono stati meglio definiti gli obiettivi di questa fase della ricerca, e cioè:

- rilevare e misurare il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale delle ASL coinvolte nella ricerca e livello di integrazione delle cure tra i professionisti;

- analizzare il livello rapporto tra gli sforzi condotti dall'organizzazione per realizzare l'integrazione delle cure e la misura del livello di continuità delle cure tra pazienti e professionisti.

L'obiettivo ampio e ambizioso della ricerca, insieme al fatto che il processo di ricerca si è svolto all'interno di un Laboratorio che si fonda su un approccio di "Engaged Scholarship" (Van De Ven & Johnson, 2006; Van de Ven, 2007), ha richiesto un percorso metodologico misto che utilizza in maniera complementare metodologie qualitative e quantitative. Infatti, da un lato si è cercato di comprendere il rapporto tra organizzazione, integrazione e continuità delle cure raccogliendo dati ricchi di dettagli sui processi che legano questi tre concetti; dall'altro lato, si è voluto raccogliere evidenze sul rapporto tra organizzazione, integrazione e continuità delle cure nel modo più replicabile e quantificabile possibile.

La descrizione "ricca" e critica dei processi di integrazione in atto nelle aziende partecipanti ha richiesto una partecipazione attiva dei componenti dei gruppi aziendali delle 14 ASL che hanno aderito al Laboratorio FIASO sul Governo del Territorio, attraverso la definizione di interviste semi-strutturate condotte dai partecipanti aziendali (3 per ogni azienda, tipicamente il *controller*, il dirigente preposto alle cure primarie e un terzo manager della direzione strategica). Grazie alle loro competenze professionali e conoscenza del contesto locale, i partecipanti al Laboratorio sono stati in grado di indagare gli aspetti non classificabili a priori dei processi di integrazione e continuità e hanno al tempo stesso avuto la possibilità di confrontare le rispettive esperienze nei momenti di scambio delle informazioni raccolte previsti dal Laboratorio stesso.

Parallelamente, si è voluto attivare un lavoro di raccolta delle informazioni meno influenzato dalla soggettività dei partecipanti ai singoli gruppi aziendali, e più solido dal punto di vista dell'attendibilità e dell'affidabilità dei risultati, anche se necessariamente meno ricco e processuale. Ciò è necessario per rendere più confrontabili i risultati di aziende diverse. Come già sperimentato durante le fasi precedenti della ricerca all'interno del Laboratorio esempio (Longo et al., 2008, 2011, 2010), i componenti dei gruppi di lavoro aziendali sono stati attivamente coinvolti anche nello sviluppo metodologico della ricerca quantitativa e nella raccolta dei dati.

Dapprima, si è riunito in tre circostanze un gruppo ristretto di referenti aziendali (rappresentativi di 4 delle 14 aziende) che, insieme ai ricercatori, ha discusso in merito alla selezione delle patologie su cui concentrare l'analisi e ha strutturato una proposta di metodo di rilevazione. Tale proposta è stata poi presentata e discussa durante un *workshop* della durata di due giorni dai referenti di tutte le aziende, alla presenza dei ricercatori che hanno svolto la funzione di facilitatori: in tale occasione, a ogni referente sono stati consegnati un apposito manuale metodologico, con la spiegazione dettagliata delle finalità della ricerca, delle azioni richieste e alcuni chiarimenti concettuali relativi alla definizione di

continuità e integrazione delle cure, e le bozze dei questionari ipotizzati da inviare a pazienti e professionisti. È stata, poi, messa a disposizione dei referenti un sito internet ad accesso riservato dotato di strumenti di collaborazione a distanza in cui segnalare, entro un mese a partire dalla data del *workshop*, eventuali modifiche da apportare al metodo di rilevazione e ai questionari, sulla base delle riflessioni emerse durante la discussione.

Il manuale contenente la metodologia definitiva e i relativi documenti allegati (questionari e linee guida per le interviste) sono stati, poi, inviati a tutte le aziende, dando avvio formale alla raccolta dei dati all'interno di tutte le aziende partecipanti.

2. L'impianto metodologico della ricerca

Gli obiettivi della ricerca (la descrizione e la misurazione della continuità assistenziale e dell'integrazione tra professionisti, e l'analisi del loro legame con i modelli organizzativi dell'assistenza territoriale) hanno richiesto di focalizzare l'attenzione su tre oggetti di principali:

- il modello organizzativo aziendale: a ogni azienda è stato richiesto di disegnare il proprio organigramma in maniera sintetica, associando a ogni ambito organizzativo la quota delle risorse finanziarie allocata da budget e il totale delle risorse umane. È stato poi domandato di descrivere sinteticamente le caratteristiche delle attività svolte dalle unità organizzative che entrano nel processo tipico di cura dell'azienda dei pazienti affetti dalle patologie individuate;
- il tasso di integrazione tra professionisti: a ogni azienda è stato richiesto di individuare i professionisti (medici di medicina generale, infermiere, specialisti) coinvolti nel percorso di cura delle tre patologie e di inviare a ciascuna categoria di professionisti un numero di questionari definito in proporzione alla popolazione assistita. A ognuno dei tre referenti aziendali è stato poi chiesto di intervistare un professionista sanitario sul livello di integrazione con gli altri professionisti;
- la continuità delle cure percepita dai pazienti: a ogni azienda è stato chiesto di individuare i pazienti affetti dalle tre patologie e di inviare a ciascuna categoria di pazienti un numero di questionari in proporzione alla popolazione assistita. A ognuno dei tre referenti aziendali è stato poi domandato di intervistare un paziente sul livello di continuità percepita.

Il metodo di rilevazione delle informazioni individuato si caratterizza, innanzitutto, per il coinvolgimento diretto dei referenti delle aziende oggetto di analisi nella fase di definizione della metodologia e nella fase di raccolta e rielaborazione delle informazioni. Inoltre, la metodologia adottata si caratterizza per essere “mista”, ossia composta da differenti strumenti di rilevazione delle informazioni:

questionari, interviste, dati organizzativi di azienda. Infine, coerentemente con l'impostazione metodologica mista, si è scelto di ottenere le stesse informazioni in modo ridondante: questionari e interviste attengono allo stesso oggetto di ricerca, la percezione di professionisti e pazienti riguardo a integrazione e continuità, e consentono di stabilire un confronto incrociato della qualità e del significato delle risposte.

Una delle prime scelte compiute nel disegno della metodologia, è stata quella di focalizzarsi su alcune patologie specifiche allo scopo di fare confronti interaziendali su basi il più possibile omogenee e avere un'idea preliminare delle professionalità coinvolte nel processo di cura. La selezione delle patologie per le quali indagare il livello di continuità e integrazione delle cure di pazienti è stata fatta ricercando tre patologie che prevedono un percorso di cura che si snoda prevalentemente sul territorio e che coinvolge più professionisti sanitari, per le quali sia possibile individuare un campione stadiato di pazienti per migliorare l'omogeneità dei confronti, e che siano rilevanti per le aziende in termini di quantità delle risorse assorbite e di sfide organizzative poste. Durante i *focus group* con un gruppo ristretto di partecipanti aziendali si è, quindi, scelto di campionare i processi di cura di pazienti una di tre condizioni di salute croniche: il diabete con danno d'organo; l'insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva); e i tumori terminali in ADO (Assistenza Domiciliare Oncologica) o ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

L'utilizzo di metodi misti, cioè di metodi che utilizzano tipi di dati differenti, si sta sempre più consolidando nelle scienze sociali come modalità di ricerca in grado di trarre profitto sia dall'approccio qualitativo che da quello quantitativo, superando la sterile diatriba sulla superiorità di un approccio sull'altro (Tashakkori & Teddlie, 2003). L'approccio misto permette di migliorare la validità dei risultati della ricerca (Bryman, 2001). Conseguentemente la raccolta dei dati è stata strutturata in tre tipologie prevalenti di attività, affidate ai referenti aziendali di ognuna delle 14 ASL partecipanti al Laboratorio in base a una metodologia descritta nel manuale distribuito e illustrata, discussa e modificata durante il *workshop* della durata di due giorni che ha preceduto la raccolta dei dati:

- la selezione di un campione di professionisti e di pazienti cui sottoporre i questionari;
- la raccolta di procedure e degli assetti organizzativi aziendali da svolgere insieme da tutto il gruppo di lavoro;
- le interviste svolte individualmente da ciascun partecipante al MMG, a un paziente con la patologia assegnata e agli altri professionisti intervenuti nel processo di cura.

3. La selezione di un campione di professionisti e di pazienti cui sottoporre i questionari

A ciascuna ASL partecipante è stato richiesto di creare dei file con la lista completa di tutti i MMG dell'azienda, tutti i diabetologi, i cardiologi e gli pneumologi che lavorano sul territorio dell'azienda, tutti gli infermieri attivi in centri antidiabete, negli studi degli MMG o in ADI con pazienti diabetici sul territorio dell'azienda, tutti i fisioterapisti ed infermieri che lavorano sul territorio dell'azienda su pazienti con BPCO, tutti gli anestesisti, oncologi, internisti ed infermieri coinvolti nell'ADO (assistenza domiciliare oncologica) dell'azienda o, in mancanza di ADO in ADI a pazienti oncologici. Per redigere le liste degli specialisti, degli infermieri e degli specialisti, è stato chiesto alle aziende di elencare non solo i propri dipendenti, ma anche coloro che lavorano nei reparti rilevanti di aziende ospedaliere o in altre strutture pubbliche o private, come i centri diabetologici. Inoltre, è stato richiesto alle ASL di creare una lista di tutti i pazienti con diabete con danno d'organo, di tutti i pazienti con BPCO con insufficienza respiratoria grave e di tutti i pazienti con tumori terminali in ADO (assistenza domiciliare oncologica) o ADI (assistenza domiciliare integrata). Da ciascuna di queste liste, le ASL hanno campionato in modo casuale un numero di soggetti calcolato in proporzione alla popolazione residente.

Agli individui, così campionati, sono stati sottoposti questionari predisposti in maniera differenziata a seconda delle categorie di destinatari: professionisti di diverse categorie (MMG; specialisti impegnati nella cura delle diverse patologie, quali diabetologi, cardiologi, pneumologi, oncologi; infermieri e altro personale sanitario coinvolto) e pazienti affetti dalle tre patologie individuate.

Il questionario somministrato ai professionisti, riportato in Appendice B, Allegato 1, si propone di rilevare il livello di integrazione nella cura delle patologie, attraverso domane orientate a comprendere:

- l'intensità delle relazioni con altri professionisti coinvolti nel processo di cura della patologia individuata (fino a un massimo di cinque professionisti);
- la tipologia dello scambio informativo con tali professionisti;
- il livello di formalità nelle relazioni con tali professionisti;
- il grado di coordinamento tra professionisti nella cura della patologia.

In particolare, ai professionisti è stato chiesto di pensare all'ultimo paziente visitato con la condizione di salute per cui hanno ricevuto il questionario. Rispetto a quello specifico paziente, le domande riportate nel questionario erano indirizzate a conoscere:

- se il paziente è arrivato presso l'ambulatorio perché indirizzato da un altro professionista e da chi;

- con quali informazioni da parte di professionisti che l'avevano già visto;
- quante volte ha incontrato il paziente e quanto tempo è durata la relazione;
- a quale altro professionista ha riferito il paziente e:
 - se lo ha inviato a un professionista specifico o a una struttura;
 - che percentuale dei pazienti con quella patologia sono inviati a quel professionista/struttura
 - che tipo di informazioni ha comunicato al professionista cui ha inviato e come;
 - quali *feedback* ha avuto sul paziente dal professionista a cui lo ha inviato;
 - quali informazioni ha dato al paziente;
 - che modo ha utilizzato per fare in modo che il paziente ritorni per le visite programmate.

Il livello di integrazione professionale è stato misurato attraverso la definizione di un indice sintetico calcolato come misura di sintesi di tre dimensioni di analisi dell'integrazione:

- la frequenza dello scambio informativo tra i professionisti realizzati attraverso contatti telefonici annui (peso 1), via mail (peso 0,5) o attraverso incontri fisici (peso 2). Il punteggio risultante dalla somma ponderata dei tre indicatori è stato, poi, indicizzato con un numero parametrico compreso tra i valori 0 e 5, calcolato proporzionalmente assumendo come valore pari a 5 il valore massimo della frequenza dello scambio informativo riscontrato nei diversi percorsi dei professionisti e confrontando lungo una scala da 0 a 5 i valori degli altri percorsi;
- il livello di condivisione tra professionisti dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali), determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (assenza completa di condivisione) e 5 (livello molto elevato di condivisione);
- il livello di condivisione e utilizzo tra professionisti di sistemi informativi comuni, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (assenza completa di condivisione) e 5 (livello molto elevato di condivisione).

A ciascuna delle tre dimensioni di analisi è stato assegnato uguale peso. L'indice sintetico è stato calcolato come una misura comparativa tra i valori dei diversi percorsi in scala 5.

Il questionario rivolto ai pazienti (adattato da Gulliford, Naithani, & Morgan, 2006), riportato in Appendice B, Allegato 2 a pagina 34, è, invece, orientato a misurare la continuità percepita delle cure da parte dei pazienti e rileva:

- la longitudinalità del rapporto con il/i professionista/i sanitari (in termini di durata del rapporto e di frequenza delle visite);
- la qualità dello scambio informativo percepita dal paziente;

- il coordinamento delle cure tra i professionisti percepito dal paziente;
- la percezione relativa alla soddisfazione generale del processo di cura.

In particolare, le domande riportate nel questionario sottoposto al paziente con una delle tre condizioni di salute scelte erano indirizzate a conoscere:

- quante volte nell'ultimo anno ha parlato con personale sanitario;
- quante volte ha visto il suo case manager;
- quanto tempo impiega per contattare il suo medico di fiducia;
- se è soddisfatto:
 - di come i professionisti interagiscono nel suo percorso di cura;
 - delle informazioni che riceve dai professionisti;
 - della qualità clinica della cura;
 - della qualità interpersonale della cura.

Come per l'integrazione tra professionisti, per ognuno dei tre percorsi per patologia è stato definito un indice sintetico di rilevazione della continuità percepita dai pazienti, misurata sulla base di 4 dimensioni di analisi, cui è stato assegnato uguale peso nel calcolo dell'indice:

- continuità longitudinale: il livello di intensità con cui si sviluppa nel tempo la relazione tra paziente e professionista/i. Per calcolare la misura della continuità longitudinale, sono stati aggregati tra loro quattro indicatori rilevati nel questionario, cui è stato assegnato un diverso peso: il numero medio annuo di contatti da parte del paziente con personale sanitario (peso 1); il numero medio annuo di volte in cui l'AUSL ha contattato il paziente per informarsi sulle sue condizioni di salute e sull'accessibilità dei servizi (peso 1); il numero annuo di esami del sangue (peso 0,5); il numero di visite ricevute da parte del medico o dell'infermiere (peso 2). Il punteggio risultante dalla somma ponderata di tali indicatori è stato poi indicizzato con un numero compreso tra 0 e 5, calcolato proporzionalmente assumendo come valore pari a 5 il valore massimo della continuità longitudinale riscontrato nei diversi percorsi dei pazienti e confrontando lungo una scala da 0 a 5 i valori degli altri percorsi;
- accessibilità dei servizi: il livello di facilità/tempestività con cui il paziente riesce ad accedere ai servizi in condizione di bisogno, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (elevata difficoltà di accessibilità) e 5 (elevata facilità di accessibilità);
- qualità delle relazioni: il giudizio da parte del paziente sul contenuto informativo/relazionale del suo rapporto con il/i professionista/i, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (percezione di insufficiente qualità) e 5 (percezione di elevata qualità).
- Unitarietà diagnostico-terapeutica percepita: il giudizio da parte del paziente sul livello di coordinamento tra professionisti all'interno del suo percorso di cura, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (giudizio del tutto negativo) e 5 (giudizio del tutto positivo).

4. La raccolta di procedure e degli assetti organizzativi aziendali

La raccolta dei dati sulle caratteristiche dell'organizzazione utilizza la conoscenza dell'azienda da parte del gruppo di lavoro aziendale per descrivere l'organizzazione. A ciascuna ASL è stato chiesto di disegnare il proprio organigramma dei servizi territoriali, indicando per ciascuna unità organizzativa l'attribuzione delle risorse alle unità organizzative decisa in base al processo di budget. Inoltre, a ciascuna ASL è stata richiesta una descrizione scritta delle caratteristiche e delle attività svolte dalle unità organizzative che partecipano al processo di cura dei pazienti con le tre patologie. A ciascun partecipante al Laboratorio è stato chiesto di descrivere nel dettaglio il processo di cura tipico dei pazienti con una determinata condizione di salute nella propria azienda ed elencare le strutture di offerta a cui i pazienti fanno riferimento per ciascuna attività. Queste strutture di offerta possono, ovviamente, anche non essere unità organizzative interne all'ASL e, perfino, non trovarsi sul territorio dell'azienda.

Per redigere questa descrizione, è stato chiesto ai partecipanti di leggere eventuali documenti aziendali che riguardano la patologia (protocolli, percorsi, accordi,...) e di parlare con colleghi che conoscono bene la struttura dell'offerta per la patologia sul territorio.

Gli organigrammi inviati dai partecipanti aziendali al centro di ricerca sono stati, poi, classificati in base ai modelli organizzativi territoriali discussi dalla letteratura italiana sul tema (Age.nas, 2009; Longo, 1999; Longo & Vendramini, 2001). Sono stati individuati quattro modelli organizzativi "idealtipici" di organizzazione dei servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali:

- un modello prevalentemente distrettuale, in cui i distretti hanno potere gerarchico su tutti i fattori produttivi, mentre i dipartimenti hanno natura tecnico-funzionale;
- un modello prevalentemente dipartimentale, opposto al modello precedente, in cui, cioè, la maggior parte delle risorse afferisce ai dipartimenti territoriali, e i distretti assumono, invece, una funzione di coordinamento orizzontale;
- un modello "misto", distrettuale o dipartimentale per diversi settori, caratterizzato da una divisione delle risorse fra distretti e dipartimenti basata sulla tipologia di servizio erogato;
- modello a responsabilità sovrapposte tra distretto e dipartimento per il medesimo servizio, in cui la suddivisione delle risorse e del personale è legata alla singola materia.

Per definire il modello organizzativo di ogni azienda, si sono utilizzate le informazioni sul numero di dipendenti (calcolati come Full Time Equivalent), assegnati ai Distretti e ai Dipartimenti territoriali, e sulle risorse assegnate nel processo di budget. Si sono esclusi dal conto i dipendenti assegnati al Dipartimento di Prevenzione e al Dipartimento di Salute Mentale (perché non decentrabili a

livello territoriale), mentre si sono ripartiti i dipendenti di staff e funzioni centrali a Distretti e Dipartimenti, in base alla rispettiva proporzione dei costi.

Le informazioni inviate nelle descrizioni dei percorsi per patologia sono state, invece, classificate e confrontate prendendo a riferimento alcune dimensioni di analisi:

- esistenza o non esistenza di un percorso formalizzato;
- numero (e tipologia) di unità organizzative coinvolte nel percorso di cura;
- presenza o assenza di un'unità organizzativa centrale nel percorso;
- natura istituzionale delle unità produttive che partecipano al percorso, distinguendo tra:
 - unità operative gestite direttamente dall'azienda;
 - unità operative esterne pubbliche (ad esempio di azienda ospedaliera);
 - unità operative esterne private accreditate.

5. Le interviste individuali e i *focus group* aziendali

L'ultima, ma non meno importante modalità di raccolta dati ha utilizzato interviste svolte individualmente da ciascun partecipante al MMG, a un paziente con la patologia assegnata e agli altri professionisti intervenuti nel processo di cura.

Le interviste si sono basate su una scaletta predefinita che affronta gli stessi temi su cui sono state poste domande ai professionisti e ai pazienti con domande chiuse nei questionari riportati in appendice, ma questa volta lasciando al soggetto intervistato la possibilità di dare risposte aperte e all'intervistatore quella di fare domande di approfondimento. In questo modo, si è inteso usare la soggettività e l'esperienza dei partecipanti al laboratorio per cogliere gli elementi rilevanti dell'integrazione e continuità delle cure che non erano stati inclusi nei questionari a risposta chiusa. Nel caso dei pazienti oncologici terminali, è stato spesso intervistato un familiare piuttosto che direttamente il paziente, che spesso non è in condizioni di salute tali da poter rispondere.

Dopo aver somministrato i questionari e dopo aver fatto le interviste telefoniche a professionisti e pazienti, i referenti delle aziende hanno partecipato a due tipologie di *focus group* strutturate su due livelli. Il primo livello, a carattere intraziendale, ha visto confrontarsi i tre referenti delle aziende, divisi in tre gruppi in base al tipo di patologia, con altri collaboratori all'interno dell'azienda. I temi trattati nei *focus group* vertono intorno a 10 domande volte a identificare alcuni rilevanti obiettivi di ricerca (si veda Tab. 3.25 a pagina 53). Il secondo livello, a carattere interaziendale, ha visto invece confrontarsi, durante uno dei *workshop* del Laboratorio, per la durata di due ore, i referenti di tutte le aziende del campione, anche in questo caso divisi per patologia. Questi *focus group* hanno visto coinvolti 42 dirigenti di 14 aziende (3 per azienda: il Direttore delle Cure Primarie, il Responsabile del Controllo di Gestione e un dirigente con ruolo di coordinamento

della direzione strategica aziendale), ai quali si sono aggiunti 4 Direttori Generali di 4 delle aziende partecipanti in veste di *discussant*.

Bibliografia

Age.nas. (2009). *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*.

Bryman, A. (2001). *Social Research Methods* (p. 560). Oxford University Press.

Van De Ven, A. H., & Johnson, P. E. (2006). Knowledge for theory and practice. *Academy of Management Review*, 31(4), 802-821.
doi:10.5465/AMR.2006.22527385

Gulliford, M. C., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). Measuring Continuity of care in Diabetes Mellitus: An Experience-Based Measure. *The Annals of Family Medicine*, 4(6), 548-555.

Longo, F. (1999). *ASL, distretto, medico di base: logiche e strumenti manageriali*. Milano: Egea.

Longo, F., & Vendramini, E. (2001). *Il budget e la medicina generale*. Milano: McGraw-Hill.

Longo, F., Salvatore, D., & Tasselli, S. (2008). Le nuove missioni delle Ausl tra governo della produzione e dei consumi: un'analisi dei sistemi di controllo direzionale. *MECOSAN*, 17(66), 9-20.

Longo, F., Salvatore, D., & Tasselli, S. (2011). Are Public Health Authorities Able to “Steer” rather than “Row”? An Empirical Analysis in the Italian NHS. *International Journal of Health Planning and Management*, 26(3), 319–333.
doi:10.1002/hpm.1093.

Longo, F., Salvatore, D., & Tasselli, S. (Eds.). (2010). *Organizzare la salute nel territorio* (p. 360). Bologna: il Mulino.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (p. 768). SAGE.

Van de Ven, A. H. (2007). *Engaged Scholarship: A Guide for Organizational and Social Research* (p. 352). Oxford University Press, USA.

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 Stefano Tasselli

1. Premessa

I risultati relativi al calcolo dei livelli di integrazione professionale e continuità delle cure per le patologie croniche sono presentati sulla base di cinque dimensioni di analisi. Coerentemente con il disegno metodologico della ricerca, l'obiettivo è quello di esplorare in che misura e attraverso quali meccanismi scelte macro-organizzative a livello di AUSL, integrazione tra professionisti e continuità delle cure percepita dai pazienti sono in correlazione tra loro. Le cinque dimensioni di analisi dei dati, nello specifico, sono:

- Analisi delle strutture organizzative delle aziende del campione: dapprima le aziende sono classificate secondo la struttura organizzativa, utilizzando alcuni modelli idealtipici di classificazione delle strutture organizzative aziendali. Le aziende sono poi confrontate sulla base della struttura d'offerta per le tre patologie investigate.
- Risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari a MMG e specialisti per la misurazione del livello di integrazione professionale, distinguendo fra le tre patologie selezionate.
- Risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari ai pazienti per la misurazione del livello di continuità delle cure percepita, distinguendo fra le tre patologie selezionate.
- Dati qualitativi emersi dai *focus group*, come strumento di verifica dei risultati quantitativi ottenuti nei due punti precedenti e come spunto per approfondimenti.

- Risultati emersi dalle correlazioni effettuate sulla base di alcune variabili indipendenti (variabili demografiche, di contesto e di scelte organizzative delle aziende) e variabili dipendenti (livello di integrazione professionale e continuità delle cure percepita dai pazienti).

2. Come le aziende hanno strutturato l'assistenza per le patologie croniche sul territorio?

Attraverso un'analisi condotta su un campione di 14 aziende, ci si è proposti l'obiettivo di fotografare la struttura della rete d'assistenza per le patologie croniche adottata dalle diverse realtà aziendali. Nello specifico, si è scelto, dapprima, di confrontare le scelte delle aziende in termini di macro-struttura organizzativa adottata in risposta alle criticità nell'offerta delle cure per le patologie croniche investigate. Si è, poi, cercato di mettere in evidenza come le aziende hanno strutturato i singoli percorsi relativi alle tre patologie individuate e che tipi di Unità Organizzative intervengono nel processo di cura.

2.1 Posizionamento organizzativo delle aziende

Una prima fotografia organizzativa delle 14 aziende evidenzia ampie variabilità relative alla loro struttura macro-organizzativa: il numero di distretti per azienda, la dimensione media dei distretti e il numero dei dipartimenti sanitari (con particolare riferimento a quelli territoriali) appaiono fortemente eterogenei all'interno del campione (vedi Tab. 1).

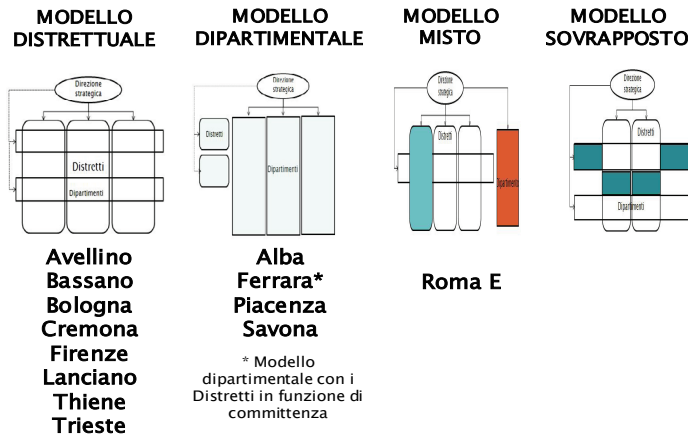
Tabella 1 **Distretti e Dipartimenti all'interno delle aziende**

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
Numero Distretti	2	6	2	6	3	3
Numero medio abitanti per Distretto	83.540	47.200	88.000	139.419	113.785	117.154
Numero Dipartimenti Sanitari	9*	6	1	16	4	10
di cui Dipartimenti Territoriali	3	3	1	2**	4	3
* 6 Ospedalieri, Dip Prevezione, DSM e Dipartimento Territoriale						
** più 2 Dipartimenti funzionali						

	Firenze	Lanciano	Piacenza	Roma	Savona	Thiene	Trieste	Cagliari
Numero Distretti	4 (zone)	4	3	4	4	2	4	5
Numero medio abitanti per Distretto	200.265	53.519	91.982	135.117	70.517	91.927	59.914	111.082
Numero Dipartimenti	12***	2	14	2	5	3	3	4
di cui Dipartimenti Territoriali	1	2	3	2	4	3	2	2
*** 8 ospedalieri, 1 Territoriale (Prevenzione) e 3 funzionali senza budget								

Questo dato sembrerebbe confermare una tendenza delle aziende a delegare al livello territoriale la gestione della cura delle cronicità. Tuttavia, analizzando la presenza di diverse aziende prevalentemente dipartimentali e di un'azienda mista, non si può far a meno di notare come ci sia una forte variabilità nell'organizzazione territoriale delle cure, ponendo chiaramente in evidenza l'assenza di una *one best way* e confermando la variabilità nella geografia macro-organizzativa delle aziende nazionali. La presenza di aziende prevalentemente distrettuali, dipartimentali o miste è trasversale alla collocazione geografica delle stesse aziende. Possibili effetti contingenti relativi allo specifico territorio oggetto di analisi (per esempio presenza di ASL cittadine con una minore pressione ambientale verso la creazione di distretti territoriali) possono influenzare le scelte macro-organizzative delle aziende, ma non sembrano essere una determinante fondamentale delle strategie aziendali. Da un punto di vista metodologico, va tenuto in considerazione come l'analisi sia stata condotta con riferimento sia all'allocazione del budget finanziario a distretti e/o dipartimenti, sia considerando la suddivisione del personale. In questo modo, dal momento che i risultati emersi dalle due analisi sono pressoché coincidenti, si è avuta una prova della validità del metodo adottato. I dettagli della ripartizione delle risorse economiche e umane negoziate a budget per ogni singola azienda sono riportati in Appendice. L'analisi è stata effettuata, per ragioni di solidità dell'analisi quantitativa, escludendo dall'allocazione delle risorse a distretti e dipartimenti le risorse finanziarie e umane relative ai dipartimenti di Prevenzione e Sanità Pubblica, Salute Mentale e Dipendenze. Tali ambiti di attività sono infatti dipartimentali in tutte le aziende nazionali e avrebbero comportato un *bias* significativo nella definizione di un'azienda come "prevalentemente distrettuale", "prevalentemente dipartimentale" e "mista".

Grafico 1 **Modelli organizzativi adottati dalle aziende**



2.2 La rete di offerta di servizi sanitari per le cronicità

Le aziende del campione manifestano ampia variabilità nella struttura della loro rete di offerta per le tre patologie croniche analizzate: diabete in pazienti con danno d'organo, BPCO e tumore in assistenza domiciliare oncologica. Per ciascuna delle tre patologie, si riportano le principali evidenze che emergono dall'analisi.

Diabete in pazienti con danno d'organo: con riferimento a tale patologia, la quasi totalità delle aziende ha adottato un percorso formalizzato di cura. È una prima, ma significativa dimostrazione di come i forti e continui investimenti storici di carattere organizzativo e finanziario sostenuti dalle aziende per la prevenzione e la cura di tale patologia, spesso considerata come la patologia cronica per eccellenza su cui concentrare sforzi e innovazioni assistenziali, abbiano spinto le aziende a dotarsi di uno strumento formale volto a fronteggiare tale patologia. Un'analisi più approfondita rimarca, comunque, come rimangano alti livelli di variabilità relativi alla modalità di definizione del percorso e alla strutturazione di percorsi integrati tra ospedale e territorio. In molte aziende, nello specifico, la componente ospedaliera, tendenzialmente rappresentata dalla presenza di centri antidiabetici, risulta dominante, a scapito di un reale decentramento della presa in carico ai soggetti territoriali (si veda Tab. 2 per i dati analitici per azienda).

Tabella 2 Percorso sul Diabete in pazienti con danno d'organo

	ALBA	AVELLINO	BASSANO	BOLOGNA	CREMONA	FERRARA
Esistenza di un percorso formalizzato	Si	Si	No	Si	Si	Si
Numero Unità operative che partecipano al percorso	4	3	3	12	6	6
Unità operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	UO malattie metaboliche e diabetologia	Centro antidiabetico presso il distretto centrale	Centro antidiabetico Ospedale Bassano	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Centro antidiabetologico Azienda Ospedaliera	Servizi Ambulatoriali di Diabetologia

	FIRENZE	LANCIANO	PIACENZA	THIENE	TRIESTE
Esistenza di un percorso formalizzato	Si	Si	Si	Si	Si
Numero Unità operative che partecipano al percorso	5	7	10	4	13
Unità operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	Unità specialistiche ospedaliere di diabetologia	UOC Centro Antidiabetico (Ospedali Lanciano e Gissi)	UO Diabetologia Ospedale di Piacenza	UO Diabetologia – endocrinologia territoriale	Centro Diabetologico Distrettuale

	ALBA	AVELLINO	BASSANO	BOLOGNA	CREMONA	FERRARA
Esistenza di un percorso formalizzato	No	Si	Si	Non completamente formalizzato	Si	Si
Numero Unità operative che partecipano al percorso		3	3		10	8
Unità operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso		Pneumologia Presidio Ospedaliero	UO Cure Primarie – Struttura semplice Cure domiciliari e pneumologia territoriale	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Pneumologia Azienda Ospedaliera	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente

Insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO: a differenza che nel caso del diabete, in cui sostanzialmente tutte le aziende hanno attivato percorsi formali di cura delle cronicità, con riferimento alla BPCO si riscontrano livelli molto elevati di eterogeneità nel livello di maturità della strutturazione della rete d'offerta territoriale: la maggior parte delle aziende presenta percorsi diagnostico-terapeutici formalizzati, ma sbilanciati sul ruolo delle unità pneumologiche ospedaliere; alcune

aziende evidenziano l'assenza di un percorso formalizzato e una sostanziale assenza di presa in carico integrata del paziente cronico; poche aziende mostrano una vera integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale e una funzione di *case management* e coordinamento dell'assistenza focalizzata prevalentemente in unità organizzative territoriali. Più in generale, la diversa maturità degli sforzi aziendali verso la modalità di presa in carico delle cronicità (investendo su servizi tradizionali di tipo ospedaliero oppure privilegiando la crescita di servizi territoriali di cura) si riflette nella tipologia di modello assistenziale adottato da ogni azienda (vedi Tab. 3 per i dati analitici per azienda).

Tabella 3 Percorso su insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO

	FIRENZE	LANCIANO	PIACENZA	THIENE	TRIESTE
Esistenza di un percorso formalizzato	Si	Si	Si	Si	Non completamente formalizzato
Numero Unità operative che partecipano al percorso	5	7	8	4	11
Unità operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	S.S. Fisiopatologia Respiratoria	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	UO Fisiopatologia respiratoria ospedaliera	Pneumologia AOU (progressivamente a tendere Servizio Pneumologia Territoriale)

Tumore in assistenza domiciliare oncologica: con riferimento al tumore in fase avanzata, quasi tutte le aziende hanno adottato un percorso formalizzato di assistenza. La diversità delle modalità di assistenza strutturate dalle aziende, in termini di numero di unità operative coinvolte e *case management* del percorso, presenta, comunque, elevati livelli di variabilità. Una spiegazione plausibile è che la gravità della patologia e delle condizioni cliniche, pur in contesti aziendali caratterizzati da forti divergenze nel reale livello di integrazione organizzativa tra ospedale e territorio, abbia spinto sostanzialmente tutte le aziende a forti sforzi rivolti all'assistenza di tale categoria di pazienti. Pur nell'eterogeneità dei modelli di assistenza adottati dalle aziende, parallelamente, l'elevata intensità assistenziale indotta dalla patologia induce nei pazienti una maggiore percezione della presa in carico complessiva (vedi Tab. 4 per i dati analitici per azienda).

Tabella 4 **Percorso sul tumore in fase avanzata in ADO/ ADI**

	ALBA	AVELLINO	BASSANO	BOLOGNA	CREMONA	FERRARA
Esistenza di un percorso formalizzato	Si	Si	Si	Si	Non completamente formalizzato	Si
Numero Unità operative che partecipano al percorso	5	7	3	16	6	11
Unità operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	UO Assistenza sanitaria territoriale	Area di coordinamento o assistenza anziani - ADI	UO Cure Primarie – Cure palliative	6 Aree Dipartimentali delle Cure Primarie distrettuali	UO Cure Palliative Azienda Ospedaliera	UO Cure Primarie – ADI e MMG

	FIRENZE	LANCIANO	PIACENZA	THIENE	TRIESTE
Esistenza di un percorso formalizzato	Si	Si	Si	Si	Si
Numero Unità operative che partecipano al percorso	9	3	8	3	13
Unità operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	S.S. Cure Palliative Leniterapia per le 4 aree	UOC Oncologia Medica Lanciano	UO Assistenza Primaria distrettuali	UOC Cure Primarie (ADI e MMG) per ciascuno dei due distretti	Unità di Coordinamento delle Cure Palliative (UCCP)

L'analisi sintetica dei dati relativi ai tre percorsi per patologia per singola azienda offre l'opportunità di alcune riflessioni strategiche circa le scelte adottate dalle ASL del campione:

- Il livello di formalizzazione dei percorsi per il diabete è più elevato rispetto alle altre due patologie (BPCO e tumore in fase avanzata). Ciò sembra essere il risultato di un continuo e rilevante investimento da parte delle aziende verso la cura di tale patologia, spesso considerata la patologia cronica per antonomasia su cui concentrare sforzi e risorse.

- Nonostante molte aziende abbiano creato percorsi formalizzati di cura per le diverse patologie, ciò non coincide necessariamente con una parallela tendenza delle aziende a potenziare l'investimento territoriale. Molte aziende ancora privilegiano l'affidamento del ruolo di case management per le patologie croniche alle tradizionali unità di cura ospedaliere, con un ruolo marginale del territorio.
- Indipendentemente dalle scelte strategiche adottate dalle aziende (formalizzazione del percorso vs. percorso non formalizzato, case management territoriale vs. ospedaliero), vi è grandissima variabilità nelle modalità con cui le aziende affrontano la cura delle cronicità. Tale variabilità non sembra essere strettamente riconducibile a indicatori di carattere ambientale (ASL metropolitana vs. ASL di provincia o ASL con forte percentuale di popolazione anziana vs. ASL con equa distribuzione di classi di età), ma sembra dipendere in maniera abbastanza netta dal livello di maturità delle singole aziende nella capacità di strutturare percorsi di cura con una regia territoriale in grado di integrare l'azione delle unità ospedaliere con quella del territorio.

3. Qual è il livello di integrazione tra i professionisti per la cura delle tre patologie?

Dopo aver presentato la struttura dei percorsi organizzativi adottati dalle aziende del campione, si riportano ora le evidenze emerse dall'analisi del livello di integrazione dei professionisti impegnati nel percorso di cura. Come dettagliato nel capitolo metodologico, il livello di integrazione professionale nel percorso di cura delle tre patologie individuate è stato calcolato a partire dai risultati dei questionari rivolti alle diverse categorie di professionisti (MMG e Specialisti, nello specifico medici e infermieri professionali) coinvolti nel percorso di cura per singola patologia. Durante il lavoro di raccolta ed analisi dei dati, sono stati elaborati circa 530 questionari all'interno delle aziende del campione.

Per semplificare la lettura dei dati proposti, si suddivide l'analisi dei risultati per singola patologia. All'interno della sezione dedicata a ciascuna delle tre patologie, vengono presentate le caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario nelle aziende e gli indicatori analitici volti a rilevare integrazione con altri professionisti nel percorso di cura. Viene, poi, proposto per singola patologia un indice sintetico di integrazione, calcolato a partire da singoli item volti a rilevare le diverse dimensioni dell'integrazione nel questionario.

3.1 Integrazione tra professionisti per la cura del diabete in pazienti con danno d'organo

I questionari imputati nell'analisi del livello di integrazione per la cura del diabete in pazienti con danno d'organo sono stati circa 200. Da una fotografia preliminare del campione, si evidenzia che i MMG che hanno risposto al questionario sono in grande maggioranza maschi, di età di poco superiore ai 50 anni, con circa 1.300 assistiti, e hanno individuato in media 3 altri professionisti con cui interagiscono nel percorso del diabete. Con riferimento alla tipologia di professionisti con cui i MMG si integrano, l'87 per cento dei MMG del campione si relaziona con almeno un diabetologo, mentre per le altre specialità le percentuali sono molto più basse (cardiologo 38 per cento, oculista 30 per cento, infermiere 23 per cento). I professionisti con cui si relazionano i MMG lavorano principalmente nello stesso o in altro Distretto/Dipartimento aziendale e la comunicazione avviene, prevalentemente, attraverso lettere portate dai pazienti o attraverso il telefono. I MMG tendono a indirizzare i pazienti verso la struttura in cui lavora il professionista con cui si relazionano. Gli Specialisti sono soprattutto donne, non raggiungono, in media, i 50 anni, lavorano per lo più in ospedale, sono dipendenti della AUSL e interagiscono, in media, nel percorso, con 3,5 professionisti (vedi Tab. 5).

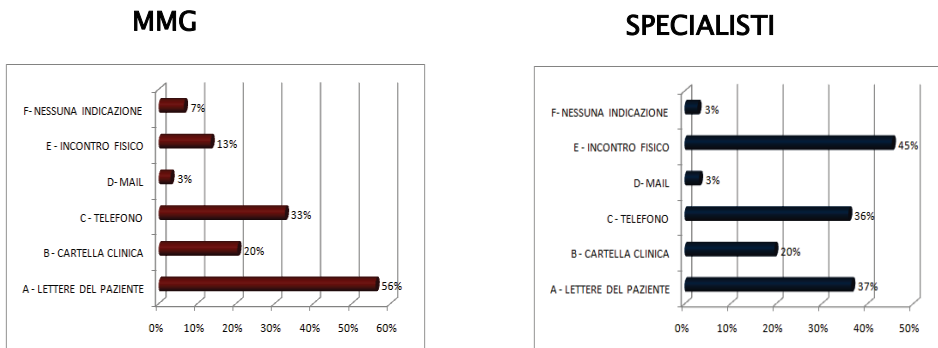
Tabella 5 Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete
Numero questionari	94	99
Età media professionisti	53	48
% maschi	77%	38%
% femmine	23%	62%
Numero medio assistiti (solo per MMG)	1.299	
% professionisti che lavorano in struttura ospedaliera (solo per specialisti)		75%
Numero relazioni professionali individuate dai professionisti	281	351
Numero medio relazioni individuate per singolo questionario	2,99	3,55

La prima figura professionale con cui si relazionano gli Specialisti è quella dell'infermiere (il 48 per cento degli Specialisti si relaziona almeno con un infermiere); seguono diabetologi (34 per cento), nefrologi, cardiologi e dietisti. Nell'analisi delle figure professionali con cui si relazionano gli Specialisti non sono presenti, invece, i MMG. Gli Specialisti si relazionano prevalentemente con professionisti che lavorano nello stesso Distretto/Dipartimento, o nella stessa unità, e la comunicazione avviene per lo più attraverso incontro fisico e lettera del

paziente (vedi Graf. 2). Gli Specialisti preferiscono indirizzare i pazienti, soprattutto, verso il professionista specifico e la struttura.

Grafico 2 Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti



L'analisi degli indicatori relativi al livello di integrazione delle cure offre interessanti spunti di riflessione. I MMG presentano livelli inferiori di integrazione rispetto agli specialisti in tutti gli item analizzati (vedi Tabella 6). Il delta di integrazione tra le due categorie di professionisti è particolarmente elevato con riferimento agli incontri fisici per discutere del percorso di cura dei propri pazienti: gli specialisti si incontrano in media 46 volte l'anno, contro le 5 volte dei MMG. Per entrambe le categorie è, invece, molto ridotto l'utilizzo di e-mail come strumento di comunicazione. I singoli indicatori sono stati, poi, aggregati per creare un indice sintetico di integrazione, su scala 1-5: l'indice per gli specialisti è di 4,03, mentre per i MMG è di 2,40. La differenza tra le due categorie si concentra, in particolar modo, nell'item che rileva la frequenza dello scambio informativo intra-professionale, in cui gli specialisti hanno ottenuto punteggio massimo relativo, mentre i MMG hanno ottenuto un punteggio pari a 1 (vedi Tab. 7). Il forte delta tra il livello di integrazione rilevato nei MMG e negli Specialisti è dovuto, principalmente, al fatto che i MMG concepiscono come ambito di integrazione la relazione tra mondo ospedaliero e territoriale, mentre gli Specialisti identificano l'integrazione come prevalentemente rivolta ad altri attori ospedalieri. Tale sostanziale differenza percettiva influenza in maniera significativa i rispettivi indici di integrazione misurati e trova conferma anche con riferimento alle altre due patologie.

Tabella 6 Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavora in struttura ospedaliera	59%	70%	65%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	11	18	14
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,11	2	0,88
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	5	46	26
Numero medio incontri extra – professionali tra professionisti	2	4	3
% pazienti visitati da entrambi i professionisti	28%	40%	35%
% pazienti visitati sia dal MMG/Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	30%	38%	34%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostico – terapeutici (scala 1 – 5)	3,79	4,14	3,99
Livello medio di utilizzo dello stesso database informativo da parte dei professionisti (scala 1 – 5)	2,45	2,95	2,73

Tabella 7 Indice sintetico di integrazione professionale

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Valore medio nel percorso Diabete
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,95	5,00	3,00
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	3,79	4,14	3,99
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,73
Indice sintetico di integrazione professionale	2,40	4,03	3,24

3.2 Integrazione tra professionisti per la cura di pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO

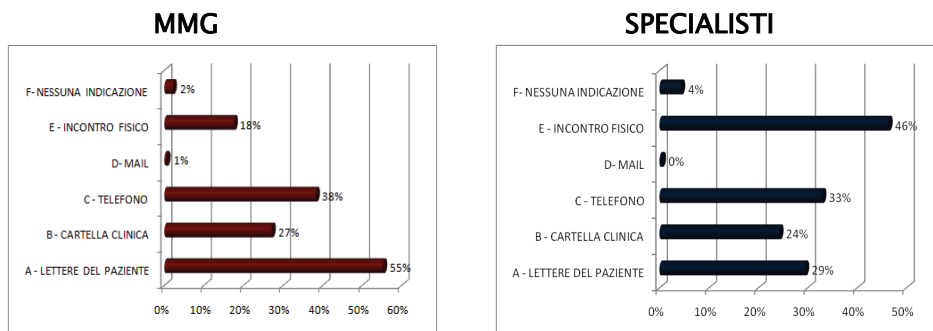
Le medesime analisi condotte con riferimento al diabete sono state replicate sulla BPCO in pazienti con insufficienza respiratoria grave. La fotografia del campione analizzato di MMG indica che i MMG che hanno risposto al questionario sono in grande maggioranza maschi, di quasi 55 anni, con poco meno di 1.300 assistiti, e hanno individuato in media 2,26 altri professionisti con cui interagiscono nel percorso BPCO (vedi Tab. 8). Tutti i MMG, in media, si relazionano con pneumologi, in misura molto minore con infermieri (31 per cento) e con cardiologi (23 per cento). I professionisti con cui si relazionano i MMG lavorano

principalmente nello stesso o in altro Distretto/Dipartimento aziendale e comunicano tra di loro prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti (vedi Graf. 3). I MMG indirizzano prevalentemente i pazienti verso la struttura e, in misura decisamente minore, verso lo specifico professionista. Tale lettura, sostanzialmente, conferma quanto mostrato con riferimento al campione di MMG analizzato nella sezione dedicata al diabete.

Tabella 8 Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario

	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO
Numero questionari	90	76
Età media professionisti	54	48
% maschi	69%	47%
% femmine	31%	53%
Numero medio assistiti (solo per MMG)	1.286	
% professionisti che lavorano in struttura ospedaliera (solo per specialisti)		73%
Numero relazioni professionali individuate dai professionisti	203	262
Numero medio relazioni individuate per singolo questionario	2,26	3,45

Grafico 3 Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti



Gli Specialisti sono poco più della metà donne, non raggiungono in media i 50 anni, lavorano per lo più in ospedale, sono dipendenti della AUSL e interagiscono in media nel percorso con quasi 3,5 professionisti (vedi Tab. 7). Il 58 per cento degli Specialisti, in media, si relaziona con pneumologi, il 45 per cento con l'infermiere, il 27 per cento con il cardiologo e il 16 per cento con il MMG. Gli Specialisti si

relazionano prevalentemente con professionisti che lavorano nella stessa unità e nello stesso Distretto/Dipartimento e le modalità di comunicazione più utilizzate sono gli incontri fisici (46 per cento), ai quali seguono il contatto telefonico e la lettera del paziente. Gli Specialisti preferiscono indirizzare i pazienti verso la struttura o il professionista, ma presentano valori molto elevati di non risposta alla domanda.

Tabella 9 Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti

	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavora in struttura ospedaliera	63%	59%	61%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	6	16	11
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,01	0,82	0,40
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	6	38	23
Numero medio incontri extra – professionali tra professionisti	2	2	2
% pazienti visitati da entrambi i professionisti	30%	34%	32%
% pazienti visitati sia dal MMG/Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	28%	31%	30%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostico – terapeutici (scala 1 – 5)	3,82	3,84	3,83
Livello medio di utilizzo dello stesso database informativo da parte dei professionisti (scala 1 – 5)	2,55	2,93	2,75

Si analizzano, ora, gli indicatori di integrazione tra MMG e specialisti nel percorso di cura della BPCO. Come già evidenziato con riferimento al diabete in pazienti con danno d'organo, gli specialisti presentano livelli molto più elevati di integrazione con riferimento allo scambio informativo infra-professionale: tendono a vedersi più spesso dei MMG per discutere di problemi connessi alla cura di pazienti affetti dalla patologia cronica (38 volte in media all'anno gli specialisti, contro 6 volte dei MMG), hanno maggiori contatti telefonici e maggiori scambi di mail, per quanto l'utilizzo di strumenti di comunicazione informatizzata sia estremamente ridotto per entrambe le categorie di professionisti (si veda Tab. 9).

L'indice sintetico di integrazione professionale, in Tab.10, offre una lettura interpretativa simile rispetto a quanto evidenziato con riferimento al diabete. Tale indice è più elevato per gli specialisti che per i MMG (3,65 contro 2,39 in una scala da 1 a 5) e la differenza più forte tra le due categorie è concentrata nella frequenza dello scambio informativo tra professionisti, dove gli specialisti hanno uno score di 4,19 e i MMG di 0,81.

Tabella 10 **Indice sintetico di integrazione professionale**

	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO	Valore medio nel percorso BPCO
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,81	4,19	2,60
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	3,82	3,84	3,83
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,55	2,93	2,75
Indice sintetico di integrazione professionale	2,39	3,66	3,06

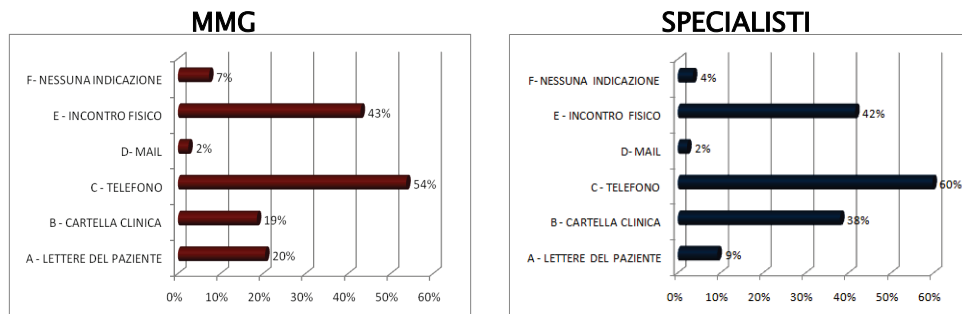
3.3 Integrazione tra professionisti per la cura di pazienti affetti da tumore in fase avanzata in Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO)

Come per le precedenti patologie, offriamo una lettura comparativa dei rispettivi campioni di MMG e di specialisti. I MMG che hanno risposto al questionario sono in grande maggioranza maschi, di età media 52 anni, con 1.274 assistiti, e hanno individuato in media 2,7 altri professionisti con cui interagiscono nel percorso tumore (vedi Tab. 11). Il 66 per cento dei MMG del campione si relaziona con un oncologo, il 61 per cento con un infermiere, e circa uno su cinque con il palliativista e il chirurgo. I professionisti con cui si relazionano i MMG lavorano principalmente nello stesso Distretto/Dipartimento aziendale, e comunicano tra loro prevalentemente attraverso telefono e incontro fisico (si veda Graf. 4). I MMG indirizzano i pazienti prevalentemente verso la struttura e, in misura minore, verso lo specifico professionista.

Tabella 11 **Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario**

	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore
Numero questionari	83	80
Età media professionisti	52	45
% maschi	76%	35%
% femmine	24%	65%
Numero medio assistiti (solo per MMG)	1.274	
% professionisti che lavorano in struttura ospedaliera (solo per specialisti)		54%
Numero relazioni professionali individuate dai professionisti	224	234
Numero medio relazioni individuate per singolo questionario	2,70	2,93

Grafico 4 Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti



Gli Specialisti sono per il 65 per cento donne, hanno in media 45 anni, lavorano per lo più in ospedale, sono dipendenti della AUSL e interagiscono in media nel percorso con 2,93 professionisti (si veda Tab. 12). Il 63 per cento degli Specialisti si relaziona con il MMG; il 42 per cento con l'oncologo e il 40 per cento con l'infermiere; il 27 per cento con il palliativista. Gli Specialisti si relazionano prevalentemente con professionisti che lavorano nello stesso o in altro Distretto/Dipartimento dell'azienda o nella stessa unità e comunicano tra loro prevalentemente via telefono e, in misura minore, attraverso l'incontro fisico. Gli Specialisti indirizzano i pazienti verso la struttura e lo specifico professionista, ma la maggior parte non ha risposto alla domanda.

Tabella 12 Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti

	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavora in struttura ospedaliera	55%	34%	45%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	10	22	16
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,88	3	2
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	7	36	22
Numero medio incontri extra – professionali tra professionisti	1	2	2
% pazienti visitati da entrambi i professionisti	40%	41%	40%
% pazienti visitati sia dal MMG/Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	31%	42%	36%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostico – terapeutici (scala 1 – 5)	4,15	3,88	4,01
Livello medio di utilizzo dello stesso database informativo da parte dei professionisti (scala 1 – 5)	2,75	2,77	2,76

La lettura degli indicatori relativi all'integrazione professionale offre prospettive di lettura simili a quelle già elaborate con riferimento alle due precedenti patologie. Negli specialisti si riscontrano livelli di integrazione superiori rispetto ai MMG con riferimento a tutti gli *item* analizzati e, in particolare, al livello di scambio informativo. Una lettura più approfondita dei dati, comunque, offre alcuni spunti di lettura significativi. Seppure il livello di utilizzo di sistemi informativi comuni sia sostanzialmente ridotto per entrambe le categorie di professionisti (2,65 per i MMG e 2,77 per gli specialisti), esso è comunque più elevato che nelle due precedenti patologie. Anche il livello di condivisione di PDTA per patologia è più elevato per la cura del tumore che per la cura di diabete e BPCO con riferimento sia ai MMG che agli specialisti. Una possibile chiave interpretativa è che, pur in presenza di contesti organizzativi caratterizzati da grandi differenziali nei livelli di maturità relativi all'adozione di specifici percorsi per patologia, con riferimento al tumore in fase avanzata l'oggettiva gravità della condizione psico-fisica dei pazienti spinga i professionisti a un investimento emotivo e professionale più elevato.

Tabella 13 **Indice sintetico di integrazione professionale**

	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore	Valore medio nel percorso Tumore
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	4,15	3,88	4,01
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,75	2,77	2,76
Indice sintetico di integrazione professionale	2,69	3,68	3,17

3.4 Confronto dell'indice di integrazione nei tre percorsi

Gli indici sintetici per i 3 percorsi risultano tendenzialmente allineati: diabete 3,24; BPCO 3,06; tumore 3,17 (vedi Tab.14). Come precedentemente evidenziato, una caratteristica comune a tutti i percorsi è la presenza di valori più elevati per gli Specialisti rispetto a quelli dei MMG; in particolare, tale differenza è particolarmente significativa con riferimento al primo indicatore, ovvero la frequenza dello scambio informativo interprofessionale, che nei MMG presenta valori intorno a 1 mentre negli Specialisti supera il 4. Relativamente alle altre due dimensioni che compongono l'indicatore sintetico, i professionisti (siano essi MMG o specialisti) presentano buoni livelli di condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici per le tre patologie, mentre evidenziano limiti significativi nell'utilizzo e nella condivisione di sistemi informativi comuni (valori inferiori a 3). Tale dato trova riscontro nel livello estremamente basso di utilizzo delle e-mail quale strumento di comunicazione delle informazioni.

Tabella 14 **Indice sintetico di integrazione professionale nei tre percorsi per patologia**

	PERCORSO DIABETE			PERCORSO BPCO			PERCORSO TUMORE		
	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Valore medio nel percorso	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO	Valore medio nel percorso	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore	Medica
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,95	5,00	3,00	0,81	4,19	2,60	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	3,79	4,14	3,99	3,82	3,84	3,83	4,15	3,88	4,01
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,73	2,55	2,93	2,75	2,75	2,77	2,76
Indice sintetico di integrazione professionale	2,40	4,03	3,24	2,39	3,66	3,06	2,69	3,68	3,17

4. Qual è il livello di continuità delle cure percepita dai pazienti cronici nei tre percorsi per patologia?

Vengono ora presentati i risultati dei questionari rivolti ai pazienti finalizzati a rilevare e misurare il livello di continuità percepita nel percorso di cura delle tre patologie individuate. La continuità delle cure, nello specifico, viene definita come la percezione da parte del paziente dell'impegno professionale e umano del professionista nel suo percorso di cura, con un particolare accento sul coordinamento e lo scambio di informazioni tra i diversi professionisti coinvolti. Seguendo la stessa struttura utilizzata per presentare i dati relativi all'integrazione professionale, dapprima si presenta una fotografia della tipologia dei pazienti arruolati nei tre percorsi facenti parte del nostro campione di analisi. Poi, vengono presentati dati analitici relativi a ogni singolo *item* relativo alla continuità delle cure. Da ultimo, viene calcolato un indice sintetico di continuità delle cure, costruito come la media aritmetica lungo una scala da 1 a 5 dei principali *item* analitici rilevati. Le analisi sono state condotte su un numero complessivo di quasi 350 pazienti arruolati per le tre patologie oggetto di osservazione.

4.1 Continuità delle cure percepita da pazienti affetti da diabete con danno d'organo

Tabella 15 Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario

	Pazienti - Diabete
Numero questionari ricevuti	129
Età media	68
% pazienti maschi	50%
% pazienti femmine	50%

Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo può essere con analoghe probabilità uomo o donna, con età media di

68 anni (Tab. 15).

Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo ha poco più di un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla AUSL circa 2 volte all'anno, effettua in media 7 esami del sangue e viene visitato più di una volta al mese da medico e infermiere (si veda Tab. 16).

Tabella 16 Indicatori di continuità percepita delle cure

		Pazienti - Diabete
Misure di continuità longitudinale	Numero medio annuo di contatti con personale sanitario	19
	Numero medio annuo di contatti con l'azienda sanitaria locale	2
	Numero medio annuo di esami del sangue	7
	Numero medio di visite da parte di medico/infermiere	15
Indice medio di accessibilità		3,80
Indice medio di qualità delle relazioni		4,19
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita		3,90

Gli indicatori analitici relativi alla frequenza e all'intensità del contatto da parte del paziente con l'azienda e/o i professionisti coinvolti nel suo percorso di cura sono stati rielaborati per calcolare su scala 1-5 un indice di continuità longitudinale delle cure durante il percorso (si veda Tab. 17). Il valore di tale indice per il diabete risulta abbastanza ridotto (2,18). Un valore ridotto dell'indice di continuità longitudinale può avere un significato ambiguo e non sempre univocamente interpretabile: da un lato, può essere considerato un indicatore di scarso coinvolgimento di risorse socio-assistenziali da parte della ASL (evidenza che in qualche modo contraddirebbe parzialmente quanto emerso sia dall'analisi dell'organizzazione dei percorsi per patologia, sia dall'analisi del livello di integrazione professionale); dall'altro lato, un valore poco elevato di tale indicatore

potrebbe anche essere un segno di un'elevata maturità e di un alto livello di *empowerment* del paziente nella strutturazione di questo percorso.

Le altre dimensioni di analisi sono state analizzate attraverso domande dirette rivolte ai pazienti con l'obiettivo di rilevare la propria soddisfazione verso il percorso di cure. Per tutti e tre gli *item* rilevati (accessibilità dei servizi, qualità delle relazioni con i professionisti e indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita), i valori espressi dai pazienti sono stati molto elevati, indicando un alto livello di soddisfazione verso la qualità delle cure. È stato poi calcolato un indice sintetico di continuità delle cure percepita.

Tabella 17 Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti

	Valore medio nel percorso Diabete
Indice medio di continuità longitudinale	2,18
Indice medio di accessibilità	3,80
Indice medio di qualità delle relazioni	4,19
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita	3,90
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	3,52

4.2 Continuità delle cure percepita da pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO

Tabella 18 Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario

	Pazienti - BPCO
Numero questionari ricevuti	118
Età media	75
% pazienti maschi	58%
% pazienti femmine	42%

Il paziente medio affetto da BPCO che ha risposto al questionario è per lo più maschio, di età di 75 anni (Tab. 18).

Il paziente ha in media un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla AUSL due volte all'anno, effettua circa 6 esami del sangue all'anno e riceve visite da parte di medico o infermiere poco più di una volta al mese (si veda Tab. 19). L'indice medio di continuità longitudinale delle cure, analogamente a quanto riscontrato per il diabete, è abbastanza ridotto (2,16 lungo una scala da 1 a 5).

Tabella 19 **Indicatori di continuità percepita delle cure**

		Pazienti - BPCO
Misure di continuità longitudinale	Numero medio annuo di contatti con personale sanitario	18
	Numero medio annuo di contatti con l'azienda sanitaria locale	2
	Numero medio annuo di esami del sangue	6
	Numero medio di visite da parte di medico/infermiere	16
Indice medio di accessibilità		3,74
Indice medio di qualità delle relazioni		4,12
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita		3,77

Con riferimento alle altre dimensioni di analisi, invece, si evidenziano livelli elevati di accessibilità (3,74), qualità delle relazioni (4,12) e unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico (3,77). L'indice sintetico di continuità delle cure è di 3,45 (si veda Tab. 20).

Tabella 20 **Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti**

	Valore medio nel percorso BPCO
Indice medio di continuità longitudinale	2,16
Indice medio di accessibilità	3,74
Indice medio di qualità delle relazioni	4,12
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita	3,77
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	3,45

4.3 Continuità delle cure percepita da pazienti affetti da tumore in fase avanzata in Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO)

Tabella 21 Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario

	Pazienti - Tumore
Numero questionari ricevuti	95
Età media	70
% pazienti maschi	48%
% pazienti femmine	52%

Il paziente medio affetto da tumore in fase avanzata che ha risposto al questionario è per lo più donna, di età di 70 anni (Tab. 21).

L'indice medio di continuità longitudinale presenta valori molto elevati se confrontati con quelli delle altre due patologie. Ogni paziente ha circa 51 contatti annui con personale sanitario, viene contattato circa 2 volte l'anno dalla AUSL, effettua una media di 15 esami del sangue all'anno e riceve 32 visite da parte di medico e/o infermiere (si veda Tab. 22). I valori relativi agli altri indicatori sono anch'essi molto elevati. Il valore dell'indice sintetico di continuità delle cure per il tumore, perciò, è il più elevato all'interno delle patologie osservate (4,42, si veda Tab. 23).

Tabella 22 Indicatori di continuità percepita delle cure

		Pazienti - Tumore
Misure di continuità longitudinale	Numero medio annuo di contatti con personale sanitario	51
	Numero medio annuo di contatti con l'azienda sanitaria locale	2
	Numero medio annuo di esami del sangue	15
	Numero medio di visite da parte di medico/infermiere	32
Indice medio di accessibilità		4,11
Indice medio di qualità delle relazioni		4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita		4,15

Tabella 23 **Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti**

	Valore medio nel percorso Tumore
Indice medio di continuità longitudinale	5,00
Indice medio di accessibilità	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita	4,15
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	4,42

4.4 Confronto dell'indice di continuità delle cure percepita dai pazienti affetti dalle tre patologie

L'indice sintetico medio di continuità percepita per il percorso del tumore è il più elevato dei tre percorsi per patologia (4,42); tuttavia, anche l'indice per il diabete (3,52) e quello per la BPCO (3,45) presentano valori medio-alti (si veda Tab. 24). Nonostante il percorso del tumore presenti valori più elevati per tutti e quattro gli indicatori di continuità, la differenza principale può essere individuata nell'indice medio di continuità longitudinale, che presenta un valore intorno al 2 per i percorsi di diabete e BPCO, e che, invece, raggiunge il massimo nel percorso del tumore. Questa evidenza suggerisce come la gravità delle condizioni cliniche dei pazienti, più ancora del livello di coordinamento organizzativo del percorso, costituisca un *driver* esplicativo della frequenza relazionale tra pazienti e professionisti sanitari. A livello di giudizio complessivo dei dati raccolti, comunque, l'evidenza più significativa è come i pazienti inseriti nei percorsi per ciascuna delle tre patologie presentino valori elevati di soddisfazione per il proprio percorso di cura, soprattutto con riferimento alla relazione umana con i *care giver*. Tale evidenza suggerisce due riflessioni strategiche per le aziende sanitarie: la prima è che, indipendentemente dalle multiformi soluzioni organizzative adottate dalle aziende, i pazienti sono mediamente soddisfatti della qualità delle cure che ricevono (i risultati non presentano differenze significative all'interno delle aziende del campione). La seconda riflessione suggerisce un ulteriore spunto di analisi: se da un lato è vero che i pazienti arruolati nei percorsi sono soddisfatti delle cure, è anche vero che diventa fondamentale capire i meccanismi e le possibilità di accesso da parte dei pazienti ai percorsi medesimi. Il *focus* in questo caso si sposta in maniera determinante sui criteri di arruolamento e la capacità da parte delle aziende di intercettare la domanda di assistenza connessa alle cronicità.

Tabella 24 Indice sintetico di continuità percepita nei tre percorsi per patologia

	Valore medio nel percorso Diabete	Valore medio nel percorso BPCO	Valore medio nel percorso Tumore
Indice medio di continuità longitudinale	2,18	2,16	5,00
Indice medio di accessibilità	3,80	3,74	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,19	4,12	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico – terapeutica percepita	3,90	3,77	4,15
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	3,52	3,45	4,42

5. Evidenze qualitative emerse dai *focus group* aziendali

Dopo aver inviato i questionari e aver analizzato un campione selezionato di professionisti e di pazienti, i referenti delle aziende del campione si sono riuniti in *focus group* per patologia in ogni singola azienda per valutare da un punto di vista qualitativo punti di forza, criticità e ipotesi migliorative dei tre percorsi. Le evidenze qualitative emerse dai *focus group* aziendali confermano in maniera sostanziale i risultati dell'analisi dei dati quantitativi raccolti attraverso i questionari rivolti a professionisti e pazienti.

Con riferimento alle modalità prevalenti di coordinamento tra i professionisti, i referenti aziendali confermano come MMG e specialisti si scambino informazioni relative ai propri pazienti principalmente tramite documenti cartacei (lettera o referto portati direttamente dai pazienti) o per via telefonica. Gli incontri fisici tra professionisti, più rari, sono spesso non appositamente programmati, ma frutto della contiguità fisica nello stesso luogo di lavoro (per esempio, l'ambulatorio o il reparto ospedaliero) e, in maniera, non secondaria di incontri extra-professionali. Questa evidenza suggerisce una prima forma di spiegazione al perché gli specialisti, lavorando all'interno delle medesime unità operative, presentino livelli di frequenza dello scambio informativo mediamente più elevati rispetto ai MMG, che risultano sovente "isolati" all'interno dei loro studi nei rapporti con gli altri professionisti. Molto limitato o quasi completamente assente, invece, è lo scambio di informazioni attraverso supporti informatici e il correlato utilizzo di sistemi informativi comuni. Anche questa evidenza conferma quanto emerso dall'analisi dei questionari, che ha mostrato livelli molto bassi di scambio di e-mail tra i professionisti.

Ma le riflessioni più interessanti derivanti dai *focus group* sono probabilmente quelle relative ai fabbisogni di integrazione tra i professionisti percepiti dai pazienti. I pazienti, infatti, citando l'opinione di un referente aziendale, *“si interessano poco o nulla dell'organizzazione intermedia del servizio se non per quanto riguarda la risposta che ottengono al loro problema”*. Tale opinione viene confermata dai giudizi di altri referenti aziendali, che affermano : *“Per il paziente diabetico, per esempio, l'integrazione tra professionisti potrebbe anche non esistere, se potesse avere tutto e sempre presso il Centro Diabetologico”*. L'esigenza principale dei pazienti sembra, perciò, quella di avere un *“medico come punto di riferimento attivo e non passivo”*, frase che ben evidenzia come i bisogni di continuità da parte dei pazienti siano prevalentemente orientati al lato relazionale e umano dell'interazione diretta con il professionista, piuttosto che al lato professionale e di back office costituito dall'integrazione tra i professionisti. Tale ipotesi trova conferma nelle correlazioni tra indici e integrazione e indici di continuità, da cui emerge chiaramente come le due tipologie di variabili sono tra loro non correlate. L'integrazione, perciò, sembra essere un'esigenza più dei professionisti stessi che dei pazienti. I professionisti, integrandosi in chiave multidisciplinare con altre figure professionali o con propri colleghi, infatti, *“diminuiscono la propria ansia da responsabilità individuale”*, sapendo di poter condividere scelte professionali spesso difficili o relazioni delicate con i pazienti.

Alla luce di tali evidenze raccolte, quali strumenti manageriali , secondo i referenti aziendali, sono in grado di favorire l'integrazione? Percorsi diagnostico terapeutici condivisi, formazione per team multidisciplinari, unità di valutazione multidisciplinari e visite congiunte medico-infermiere sembrano stimolare un incremento dei livelli di integrazione, perché consentono di superare le logiche relazionali infra - categorie professionali spingendo i professionisti alla multidisciplinarietà. Gli investimenti in tecnologia, invece (supporti informatici per i medici, piattaforme di scambio di dati e informazioni), a eccezione parziale della cartella clinica informatizzata, non sembrano produrre i risultati auspicati.

Gli sforzi delle aziende, perciò, da quanto emerso dalle opinioni dei referenti del Laboratorio, dovranno concentrarsi, nel prossimo futuro, in investimenti tesi a favorire ancora di più l'integrazione multidisciplinare (lungo la filiera professionale assistente sociale – infermiere –MMG –specialista) e a sensibilizzare i professionisti nell'utilizzo della tecnologia per lo scambio e la condivisione delle informazioni cliniche. I risultati più significativi emersi dai *focus group* aziendali sono sintetizzati in Tab. 25.

Tabella 25 Evidenze principali dei focus group

DOMANDE	DIABETE	BPCO	TUMORE IN ADI
Quali sono le modalità di coordinamento tra i professionisti?	<p>Prevalentemente lettera/referto portata dal paziente o telefono. Più rari incontri fisici.</p> <p>Le aziende cercano di definire percorsi condivisi per individuare “<i>chi fa cosa, quando, dove (e possibilmente come)</i>”</p>	<p>Corrispondenza clinica (lettera di referto) o telefonica. Rari incontri fisici.</p> <p>In alcune realtà il coordinamento è facilitato dalla presenza di figure quali l’infermiere di distretto, che comunica con MMG e specialista attraverso cartelle a domicilio.</p> <p><i>“La comunicazione parte tendenzialmente dal MMG. Solo in via eccezionale, e per casi particolarmente gravi, parte dallo Specialista.”</i></p>	<p>Sono presenti apposite modalità organizzative che facilitano il coordinamento: ad esempio Unità di Coordinamento Cure Palliative, incontri tra professionisti in cui si definiscono ruoli e responsabilità, o cartelle sanitarie integrate. In tutte le aziende sono presenti comunicazioni tra MMG e specialisti basati su documenti clinici e via telefono.</p>
Ha avuto la percezione che i professionisti diano ai pazienti risposte coerenti tra di loro?	<p>Risposte tendenzialmente coerenti, facilitate dalla presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazioni multidisciplinari - Eventi di formazione e aggiornamento continuo che coinvolgono diverse categorie di professionisti 	<p>Le risposte sono tendenzialmente coerenti, soprattutto in quelle realtà e in quei casi in cui viene effettuata una Valutazione multidisciplinare integrata.</p> <p><i>“Si evidenzia come la stima e la fiducia reciproca, più delle modalità organizzative, determinano l’assonanza delle risposte date ai pazienti”.</i></p>	<p>Tendenzialmente sì, anche se non mancano situazioni in cui le risposte dei professionisti non sembrano coerenti. Presenza di modalità organizzative che incentivano il coordinamento (valutazioni multidisciplinari, o presa in carico da parte di case manager di percorso) sembrano correlate a buona coerenza delle risposte. Al contrario, l’assenza di un <i>care giver</i> prevalente di percorso ha effetti negativi sulla coerenza delle risposte.</p>
Le prescrizioni dei medici sono realizzabili alla luce del contesto locale?	<p>Tendenzialmente sì, e ancor più quando il percorso avviene tutto in ambito territoriale. Strumenti quali i PDTA o la gestione autonoma delle prenotazioni da parte del Centro Diabete facilitano il contenimento delle liste di attesa</p>	<p>Tendenzialmente sì, in particolare quando il paziente entra in un percorso formalizzato (ad esempio modalità di <i>day service</i>) con prenotazione diretta attraverso canale dedicato. In alcuni casi le aziende fronteggiano le liste di attesa attraverso <i>“l’acquisto di prestazioni aggiuntive rispetto al bisogno”</i>.</p>	<p>In genere sì, anche se alcune tipologie di prestazioni (per esempio di riabilitazione) in diverse realtà presentano lunghe liste di attesa. La presenza di percorsi formalizzati e di criteri di urgenza nelle prenotazioni per i pazienti in ADI facilitano la riduzione delle liste di attesa. In una realtà si evidenzia come <i>“i MMG riescono a ottenere visite e prestazioni telefonando personalmente (e, quindi, non rispettando il percorso formalizzato) per sollecitare l’urgenza della prenotazione”</i>.</p>

<p>Le modalità di prenotazione facilitano o rendono più difficoltosa l'integrazione?</p>	<p>Forti differenze nelle modalità organizzative di prenotazione tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aziende in cui è presente una <i>“prenotazione personalizzata”</i> gestita dal Centro Diabete, che rende possibile la continuità delle cure con lo stesso professionista; - Aziende (soprattutto quelle in cui il percorso è prevalentemente ospedaliero) in cui i sistemi di prenotazione non rendono possibile la scelta del professionista 	<p>Giudizi discordanti delle aziende. In quelle realtà in cui la prenotazione avviene tramite CUP, i livelli di integrazione risultano poco elevati (impossibilità di scelta del professionista). Livelli elevati invece in quelle aziende in cui è presente la figura di un case manager di percorso, che facilita la prenotazione.</p>	<p>Tendenzialmente <i>“le modalità CUP rendono più difficile l'integrazione, ma spesso vengono saltate con contatti diretti”</i>. La presenza di percorsi territoriali con apposite <i>“corsie”</i> di prenotazione consente al MMG un <i>“controllo periodico dello stato clinico del paziente e la messa a fuoco di eventuali variazioni nel percorso di assistenza”</i>. <i>“Crediamo che si debba presentare all'utenza un “pacchetto di prestazioni tutto compreso” e coordinato a monte da un case manager.”</i></p>
<p>Sono presenti meccanismi di automazione?</p>	<p>La cartella clinica informatizzata per il paziente diabetico è presente in quasi tutte le realtà. Non sempre, però, MMG e specialisti territoriali condividono lo stesso strumento. Quasi mai, invece, vi è integrazione informatizzata tra centri ospedalieri e territoriali.</p>	<p>In quasi tutte le aziende sono presenti cartelle informatizzate e registri pazienti elettronici.</p>	<p>Meccanismi di automazione quali la cartella clinica informatizzata o la messa in rete delle informazioni relative al paziente presso tutti i MMG sono assenti in tutte le aziende.</p>
<p>Che tipo di necessità hanno i pazienti con la patologia assegnata dal punto di vista dell'integrazione delle cure?</p>	<p>Due esigenze prevalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Addestramento all'autocura (somministrazione farmacologica) - Tutte le visite/prestazioni in una stessa struttura da parte dello stesso specialista. <p><i>“Per il paziente l'integrazione tra professionisti potrebbe anche non esistere, se potesse avere tutto e sempre presso il Centro Diabetologico”</i>.</p>	<p>In alcuni casi riduzione dei tempi di accesso in attesa del contatto con lo specialista. In generale esigenza di maggiore ascolto da parte dei medici, poiché <i>“il MMG sembra conoscere bene la storia del paziente, ma non lo stato presente del paziente.”</i> L'esigenza principale dei pazienti sembra perciò quella di avere un <i>“medico come punto di riferimento attivo e non passivo”</i></p>	<p>Esigenza di avere dei percorsi assistenziali chiari e coordinati con riferimento al <i>“percorso palliativo”</i>. Con specifico riferimento ai pazienti in fase terminale, esigenza di interventi sociali di sostegno alla famiglia e di <i>“accompagnamento”</i>.</p>

<p>Che tipo di attitudini hanno i professionisti intervistati verso l'integrazione delle cure?</p>	<p>Tendenzialmente buone sia da parte dei MMG che degli specialisti. Lo strumento principale di integrazione sembra essere la lettera/referto di fine visita.</p> <p><i>“Spesso l'integrazione è percepita come una esigenza da parte degli stessi professionisti, perché diminuisce l'ansia della responsabilità”.</i></p>	<p>Tendenzialmente buone, con comunicazioni prevalenti attraverso lettere/referto di fine visita e telefono.</p> <p>In alcuni casi, <i>“l'integrazione è molto buona da parte dei MMG, limitata invece solo alle situazioni di urgenza da parte dello specialista”.</i></p> <p>In una realtà, i professionisti si lamentano <i>“dell'indifferenza delle amministrazioni su tutto ciò che non dà risultati immediati e tangibili”.</i></p>	<p>Tendenzialmente buone (via telefono), anche se non mancano situazioni in cui si riscontrano ostilità a un coordinamento centrale e autoreferenzialità da parte dei professionisti.</p> <p>In alcune situazioni vi sono problemi di integrazione tra professionisti medici e assistenti sociali, <i>“poiché l'assistente sociale viene percepita dai medici come una figura meno importante”.</i></p>
<p>Esiste una relazione tra la continuità delle cure percepita e l'effettiva integrazione delle cure?</p>	<p>Tendenzialmente si</p>	<p>Giudizi discordanti da parte dei referenti dei gruppi di lavoro aziendali. In alcuni casi si, in altri solo parzialmente, in altri casi viene ritenuto difficile un giudizio.</p> <p>Per un gruppo aziendale, <i>“questa relazione non esiste in quei casi in cui non è possibile sviluppare una presa in carico sul territorio”.</i></p> <p>Secondo altri, <i>“al paziente importa poco dell'organizzazione intermedia se non per quanto riguarda la risposta che ottiene al suo problema”.</i></p>	<p>Giudizi discordanti da parte dei referenti dei gruppi di lavoro aziendali.</p>
<p>Quali strumenti aziendali, o routine dei professionisti funzionano bene per l'integrazione delle cure?</p>	<p>Strumenti che agevolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PDTA condivisi tra professionisti - formazione a gruppi eterogenei di professionisti - Visite congiunte MMG/ specialista, e presenza di team diabetologico - cartella clinica informatizzata - distrettualizzazione dei centri per la cura del diabete 	<p>Strumenti che agevolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PDTA condivisi tra professionisti - cartella clinica informatizzata - in alcune aziende, incontri periodici tra professionisti - Unità valutativa multidisciplinare distrettuale - In alcune aziende, Day service - Visite specialistiche multidisciplinari 	<p>Strumenti che agevolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PDTA condivisi tra professionisti - cartella clinica informatizzata - formazione a gruppi eterogenei di professionisti

<p>Quali strumenti aziendali, o routine dei professionisti non danno i risultati che ci si attenderebbe per l'integrazione delle cure?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alcuni software informatici integrati per la condivisione e lo scambio di informazioni - Linee telefoniche per consulti a distanza - PDTA, se non condivisi tra i professionisti ma "imposti top down" 	<ul style="list-style-type: none"> - Eccessiva autoreferenzialità da parte dei professionisti - Sistema di prenotazione tramite CUP - PDTA non condivisi. <p>In una azienda, i professionisti si lamentano di "circolari cartacee, dirigismo, atmosfera da caserma".</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsi risultati nell'uso di procedure informatizzate - Unità di Coordinamento delle Cure Palliative (laddove presente) - Associazionism o MMG - Riunioni collegiali (laddove presenti, "poco fatte e poco frequentate")
--	--	---	---

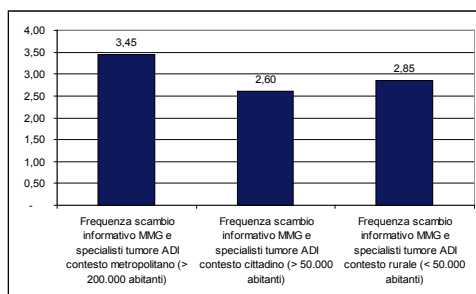
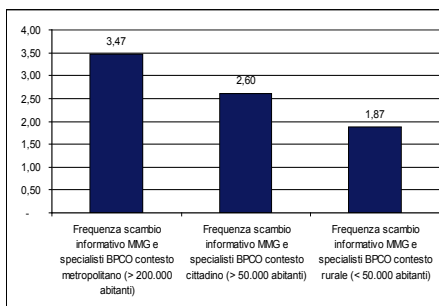
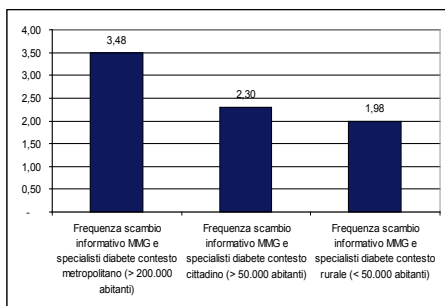
6. Quali sono i possibili driver del livello di integrazione professionale?

Dopo aver presentato i dati emersi dalla rielaborazione dei questionari inviati a pazienti e professionisti, ci si concentra ora sul tentativo di individuare possibili fattori in grado di spiegare il livello di integrazione tra i professionisti, e, quindi, in grado di influenzarlo. In particolare, sono state identificate alcune variabili organizzative e di contesto, scelte come variabili indipendenti, che sono state messe in relazione con il livello di integrazione professionale, scelto come variabile dipendente. Lo scopo di tali correlazioni, considerato il numero relativamente ridotto di osservazioni (13 aziende), non è chiaramente quello di fornire una fotografia statisticamente significativa delle evidenze analizzate, bensì quello di suggerire alcune prime indicazioni che sembrano emergere dai dati raccolti e di indicare un possibile metodo di ricerca di potenziali *driver* esplicativi del livello di integrazione professionale, eventualmente da estendere in futuro ad un numero più ampio di aziende.

La prima riflessione strategica che emerge riguarda il rapporto tra la frequenza dello scambio informativo fra MMG e specialisti e il contesto all'interno del quale le aziende sono inserite, distinguendo fra contesto metropolitano (numero di abitanti superiore a 200.000), contesto cittadino (numero di abitanti compreso fra 50.000 e 200.000) e contesto rurale (numero di abitanti inferiore a 50.000). I grafici riportati di seguito (Graf. 5) evidenziano come, per tutte e tre le patologie (anche se in misura leggermente inferiore per il tumore in ADO/ADI), lo scambio di informazioni fra tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura del paziente sia collegato alle dimensioni del contesto metropolitano all'interno del quale le aziende sono inserite. All'aumentare della densità della popolazione sul

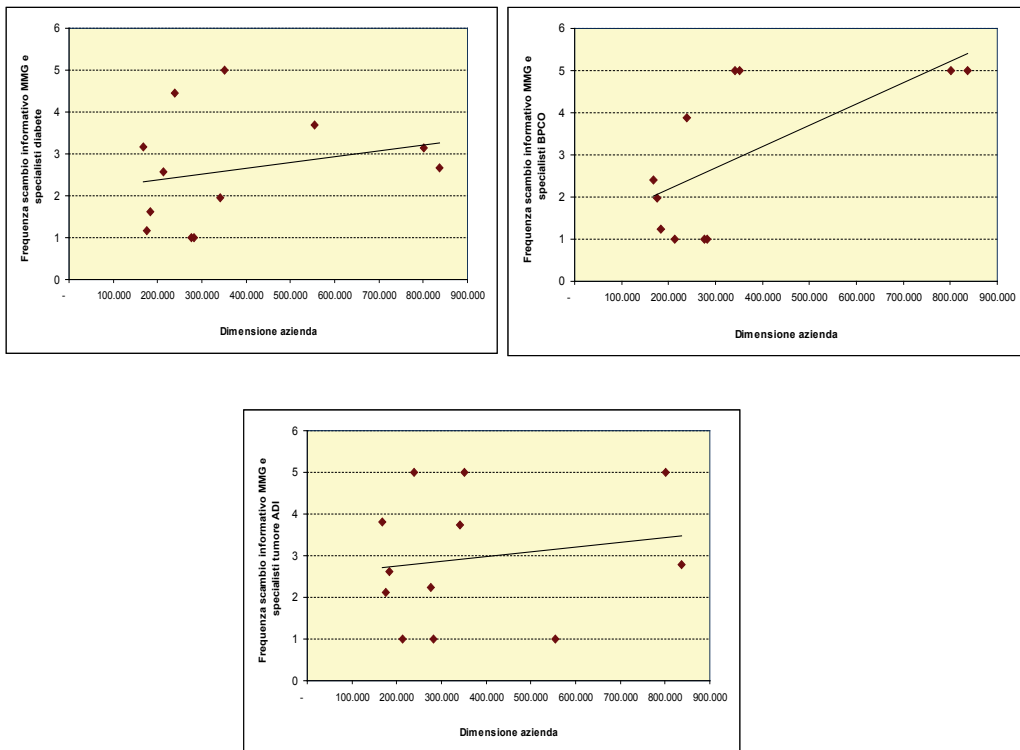
territorio, si riscontra un aumento del livello di integrazione tra i professionisti in tutti e tre i percorsi.

Grafici 5 Contesto metropolitano, cittadino o rurale e livello di integrazione



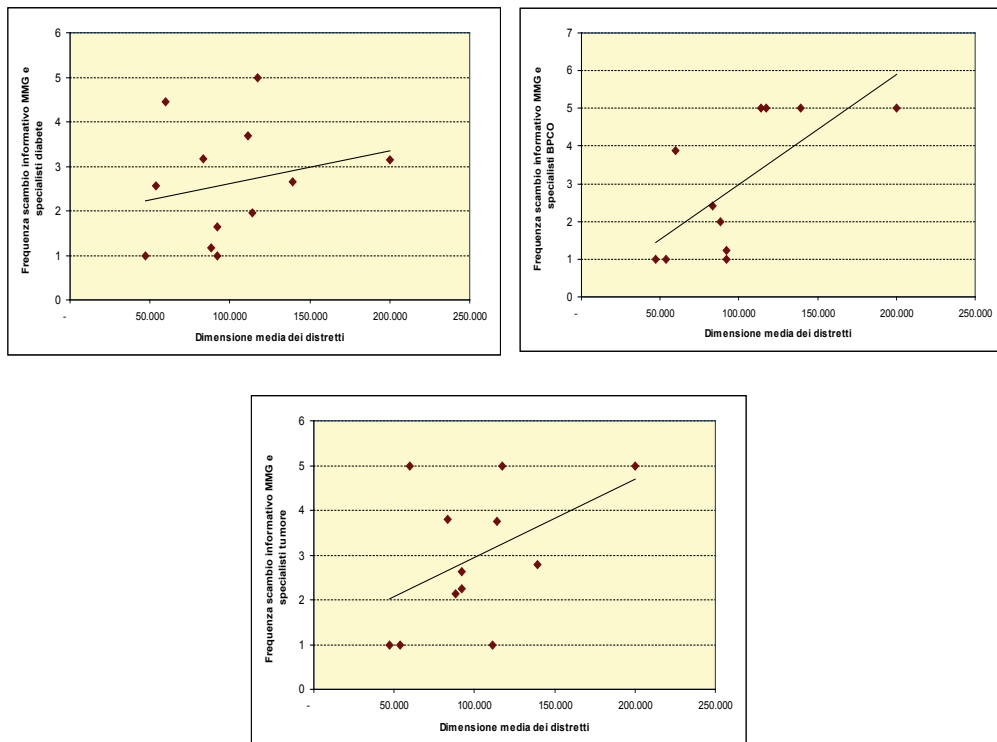
La seconda variabile indipendente analizzata è stata quella relativa alle dimensioni delle aziende (Graf. 6). Le dimensioni delle aziende del campione permettono di coprire un ampio intervallo che va da poco meno di 200.000 abitanti a oltre 900.000 abitanti. Da questa correlazione emerge come, con l'aumentare della numerosità del bacino d'utenza, aumenti anche il livello di integrazione fra i professionisti all'interno di tutti e tre percorsi di cura (se pur in maniera maggiore per la BPCO).

Grafici 6 Dimensioni azienda e livello di integrazione



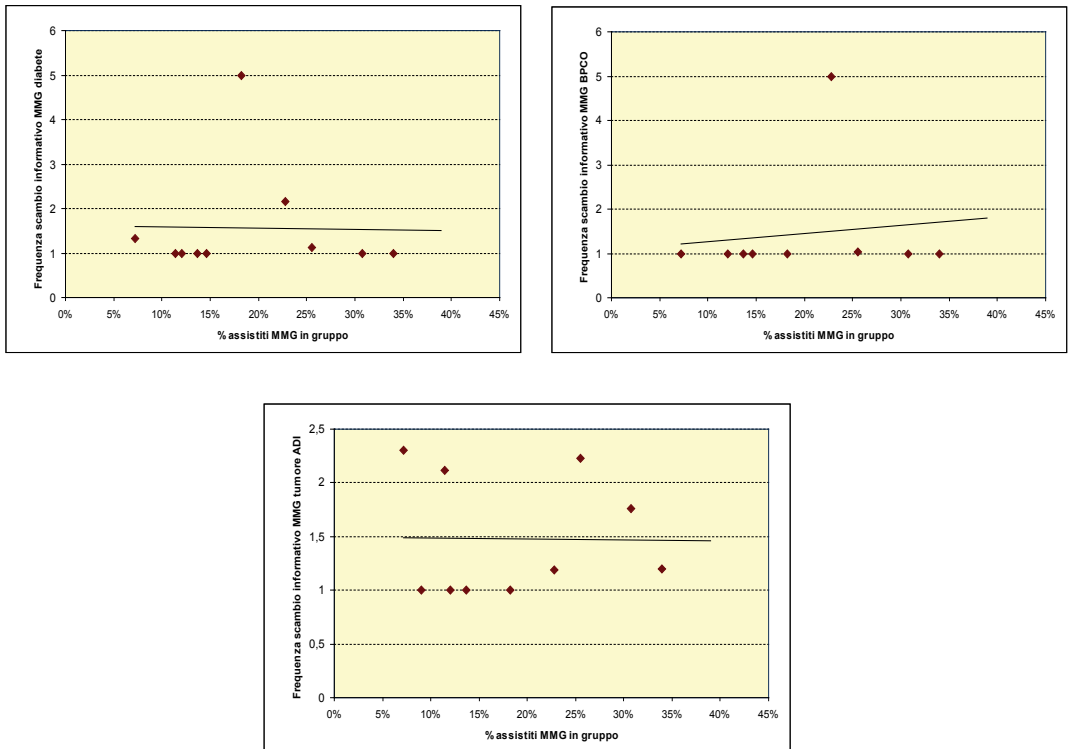
Nel grafico successivo (Graf. 7) il livello di integrazione è stato messo a confronto con le dimensioni dei distretti. Come già evidenziato in questo studio, fra le aziende del campione esiste una forte variabilità in termini di dimensioni dei distretti (da circa 50.000 a circa 200.000 abitanti per distretto). Anche se in misura maggiore per la patologia BPCO, la dimensione dei distretti sembra incidere in maniera chiara sul livello di integrazione: all'aumentare della dimensione dei singoli distretti, aumenta il livello di integrazione tra i professionisti.

Grafici 7 Dimensioni distretti e livello di integrazione



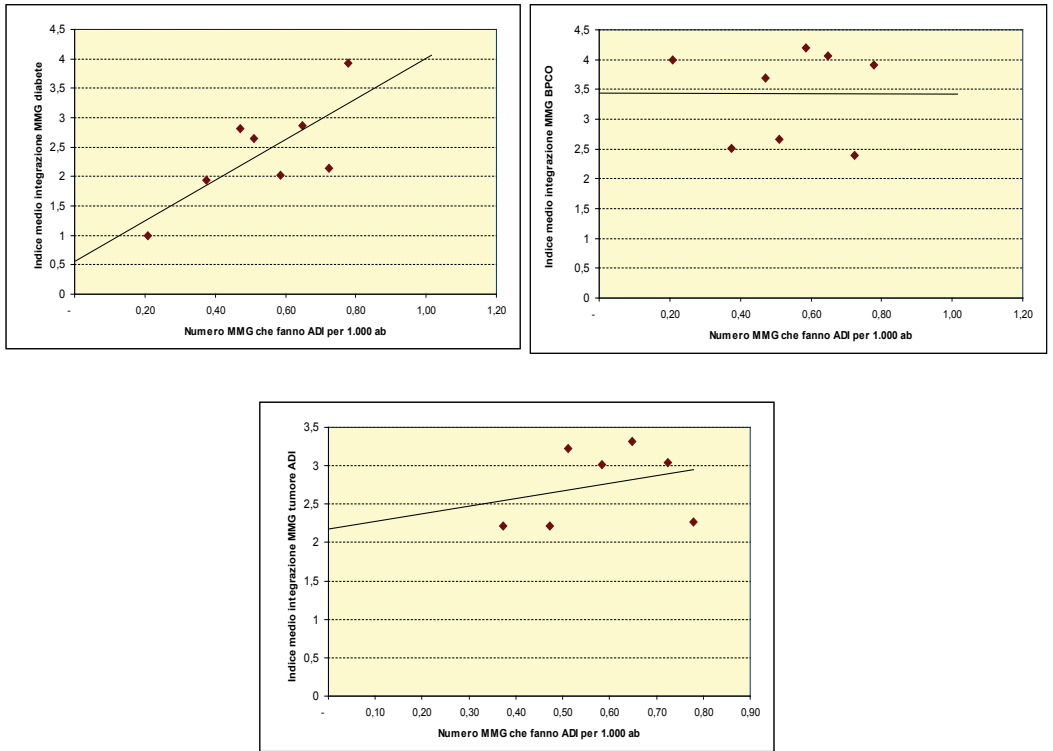
I due grafici che seguono propongono una correlazione fra il livello di integrazione professionale e due variabili relative a innovazioni organizzative riguardanti la medicina generale: l'associazionismo dei MMG (Graf. 8) e il numero di MMG impegnati in ADI (Graf. 9). Per quanto riguarda la prima correlazione, l'associazionismo dei MMG, che dovrebbe incentivare a livello teorico sul livello di integrazione, sembra non incidere in alcun modo sul livello di integrazione fra i professionisti, con riferimento sostanzialmente ai percorsi di cura di tutte e tre le patologie individuate.

Grafici 8 Associazionismo MMG e livello di integrazione



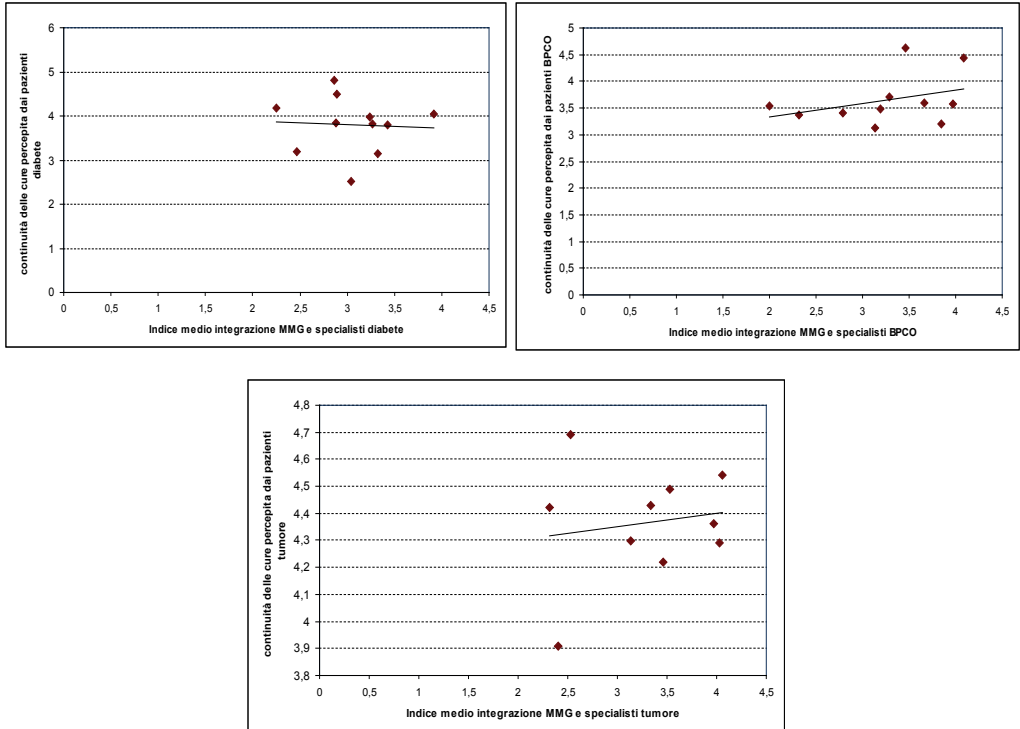
Passando invece alla correlazione fra il livello di integrazione e il numero di MMG impegnati in ADI (numero di MMG in ADI ogni 1.000 abitanti), si nota un aumento dell'influenza della variabile indipendente sul livello di integrazione (Graf. 2.9). In questo caso si è scelto di utilizzare una variabile di processo come variabile indipendente per permettere di fare un confronto: nello specifico si vuole capire a quale livello le aziende devono intervenire per influenzare ed aumentare il livello di integrazione, distinguendo fra variabili macro-organizzative e variabili micro-organizzative. La patologia sulla quale tale variabile incide in misura maggiore è il diabete in pazienti con danno d'organo, mentre la correlazione è minore per le altre due patologie (addirittura nulla per il percorso BPCO)

Grafici 9 MMG impegnati in ADI e livello di integrazione



Si è, poi, tentato di stabilire una correlazione tra le due tipologie di variabili dipendenti calcolate nella ricerca: il livello di integrazione tra professionisti e la continuità delle cure percepita dai pazienti. Il risultato che ne emerge evidenzia un collegamento molto debole e non significativo fra queste due variabili (Graf. 10). Come confermato anche dai risultati dei *focus group* delle aziende, il livello di coordinamento tra i professionisti non sembra in sostanza tradursi in migliori livelli di assistenza percepiti dai pazienti.

Grafici 10 Relazione tra integrazione professionale e continuità percepita dai pazienti nei 3 percorsi



Al contrario di quanto si possa ipotizzare, quindi, qualità sostanziale e qualità percepita sembrano essere distaccate. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che, mentre chi fornisce il servizio si preoccupa sostanzialmente di assicurare risultati, la percezione di qualità del paziente si basa non soltanto sull'aspetto tecnico, ma anche (o soprattutto) sui rapporti interpersonali, ovvero su quel meccanismo di meta-continuità che si allontana dalla definizione propria di continuità delle cure. Questo aspetto risulta particolarmente interessante, in quanto pone in evidenza la necessità di tenere conto di tutti i bisogni del paziente, anche quelli di relazione personale. La qualità, quindi, consiste essenzialmente nel porre l'accento non solo sulla qualità realmente prestata, ma anche (o soprattutto) su quella che l'utente effettivamente percepisce.

7 Riflessioni manageriali che emergono dall'analisi

7.1 Summary delle evidenze più significative

L'analisi della letteratura evidenzia il forte interesse che molti autori, a partire dagli Sessanta, hanno rivolto al tema della "continuità assistenziale", dapprima focalizzando la loro attenzione sullo studio di specifici ambiti assistenziali caratterizzati dall'esigenza di relazioni strutturate tra pazienti e professionisti (per esempio Salute mentale, Pediatria e cura di patologie croniche), e, in seguito, anche a livello di sistemi sanitari (Freeman et al., 1997; Haggerty et al., 2001). L'assenza di un *framework* condiviso fra tutti gli studi presenti in letteratura ha condotto, però, inevitabilmente ad una scarsa chiarezza concettuale sull'oggetto di analisi, che si è trasmessa nella difficoltà, da un lato, di strutturare metodologie uniformi di rilevazione e, dall'altro, di identificare quei fattori in grado di spiegarne ed influenzarne l'andamento all'interno dei percorsi di cura del paziente. Misurare ed incentivare il livello di integrazione professionale possono essere considerate due necessità alle quali attualmente le aziende sanitarie devono dare una risposta con il fine ultimo di migliorare la qualità dei servizi offerti e, quindi, la performance dell'intero Sistema Sanitario.

Ponendo il tema dell'integrazione delle cure al centro del presente lavoro, come mostrato dai dati riportati, ci siamo prefissati due obiettivi principali di analisi:

- proporre e applicare un metodo di misurazione del livello di integrazione professionale e di continuità delle cure percepita nell'ambito dei processi diagnostico terapeutici di tre patologie croniche con prevalenza di cura territoriale (diabete in pazienti con danno d'organo, BPCO con insufficienza respiratoria grave e tumore in fase avanzata in ADO) all'interno delle ASL selezionate come campione;
- identificare quei fattori in grado di incidere su tale livello di integrazione, rilevando il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale delle ASL coinvolte nella ricerca e il livello di integrazione delle cure tra tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura dei pazienti ed il livello di continuità percepita dai pazienti.

I dati raccolti fanno emergere una realtà ampiamente eterogenea all'interno del campione e pongono alcune riflessioni strategiche che si focalizzano sulle seguenti dimensioni d'analisi:

- il livello effettivo di integrazione tra i professionisti che intervengono all'interno dei percorsi di cura delle tre patologie e le modalità di comunicazione fra tali professionisti;
- il livello effettivo di continuità delle cure percepita dai pazienti affetti dalle tre patologie ed il suo reale collegamento con il livello di integrazione professionale;

- il grado di correlazione tra le variabili indipendenti (variabili di contesto e strumenti manageriali e organizzativi adottati dalle aziende) e il livello effettivo di integrazione professionale.

Dai risultati della ricerca emerge, innanzi tutto, un buon livello di integrazione all'interno di tutti e tre i percorsi considerati: tale livello è medio-alto per i percorsi del diabete e della BPCO, elevato per il percorso oncologico. Tale evidenza sembra suggerire come, in base al tipo di patologia considerata, vari il livello di integrazione: in particolare, il Sistema Sanitario Nazionale assicura una maggiore integrazione per le patologie complesse, garantendo la presa in carico dei *frequent users*; viceversa, per le patologie leggere in cui le prestazioni sono *spot*, il Sistema non sembra assicurare omogeneamente un'elevata continuità delle cure ai pazienti.

Tra tutti i professionisti che intervengono nei percorsi di cura delle tre patologie selezionate, è stata rilevata una forte condivisione sui PDTA, segno dell'esistenza di omogeneità culturale sull'approccio clinico teorico.

A tale condivisione su aspetti teorici, però, sembra non accompagnarsi nella pratica uno sforzo verso l'utilizzo di strumenti manageriali rivolti all'integrazione. Nello specifico, la valutazione dei livelli di integrazione tra i professionisti, siano essi MMG, specialisti o infermieri, fa emergere uno scarso utilizzo e una condivisione molto limitata di sistemi informativi comuni, con chiari effetti negativi circa l'effettività dello scambio di informazioni relative ai propri pazienti. Guardando nel dettaglio alle forme di comunicazione utilizzate, lo strumento della e-mail è pressoché inesistente, mentre le modalità di scambio informativo più utilizzate rimangono di gran lunga la cartella clinica o altri documenti cartacei portati direttamente dal paziente al momento della visita.

In generale, la frequenza nello scambio di comunicazione tra i professionisti (attraverso incontri fisici, telefono, mail, incontri extra-professionali) presenta una forte variabilità, che può essere spiegata da due principali fattori:

- la gravità della patologia e delle condizioni cliniche del paziente: all'aumentare della criticità delle condizioni cliniche (nello specifico la patologia tumore in fase avanzata), aumenta anche il livello di frequenza dello scambio informativo tra professionisti;
- la tipologia di professionisti di riferimento: nella fattispecie, gli specialisti territoriali e ospedalieri, siano essi clinici o infermieri, registrano livelli di integrazione mediamente molto superiori rispetto ai MMG. Guardando ai risultati sui livelli di integrazione per MMG e specialisti, infatti, si evidenzia come i due *cluster* siano al loro interno omogenei, ma presentino fra loro significative differenze. La causa principale di tale differenza sembra essere la mancanza di una concezione univoca, e condivisa da tutti i professionisti, di integrazione delle cure; in particolare, i MMG guardano all'integrazione fra l'ospedale ed il territorio, mentre gli specialisti

intendono l'integrazione delle cure come principalmente rivolta all'ambito ospedaliero.

Confrontando i dati emersi dall'analisi condotta su MMG e specialisti, emerge, poi, una forte differenza di percezioni reciproche che tali professionisti hanno rispetto al proprio ruolo nel percorso di cura dei pazienti cronici: i MMG, nello specifico, individuano sostanzialmente negli specialisti territoriali e ospedalieri (il diabetologo e il cardiologo per i pazienti diabetici, il pneumologo per i pazienti affetti da BPCO) quei professionisti con cui confrontarsi per reperire e comunicare informazioni circa lo stato di salute dei propri pazienti. Gli specialisti, invece, tendenzialmente si relazionano con altri specialisti e con infermieri, mentre hanno scambi informativi molto meno frequenti con i MMG (ad eccezione del caso di pazienti oncologici avanzati, probabilmente in funzione della maggiore gravità della patologia).

Il livello di continuità assistenziale percepito dai pazienti è elevato per tutti e tre i percorsi, e molto elevato per i pazienti oncologici. Tale evidenza sembra suggerire un'ulteriore riflessione strategica per l'organizzazione dell'assistenza rivolta alle cronicità sul territorio: l'intensità dell'assistenza e cura sembra essere un elemento fondamentale della qualità delle relazioni e dei processi di cura tra pazienti e professionisti.

I risultati ottenuti dalla correlazione fra il livello di continuità delle cure percepito dai pazienti ed il livello di integrazione professionale all'interno dei tre percorsi selezionati evidenziano una sostanziale assenza di collegamento fra questi due aspetti. Nello specifico, dalle interviste condotte dai referenti aziendali e rivolte ai pazienti, è emerso che questi ultimi guardano quasi esclusivamente alla dimensione della qualità relazionale, per non dire affettiva, che hanno con il professionista. Tutte quelle attività di *back office* e di sforzo organizzativo da parte delle aziende tese all'unitarietà diagnostico terapeutica del percorso, compreso il livello di integrazione tra professionisti, sembrano non interessare i pazienti, i quali basano il loro giudizio non soltanto sull'aspetto tecnico, ma anche (o soprattutto) sui rapporti interpersonali, ovvero su quel meccanismo di meta-continuità che solo in parte può essere collegato alla definizione propria di continuità delle cure.

Passando all'analisi dei possibili *driver* interpretativi del livello di integrazione professionale, la prima e principale evidenza emersa dalla ricerca è che la scelta effettuata dalle aziende circa il modello organizzativo da adottare (organizzazione delle aziende prevalentemente distrettuale o dipartimentale, o mista) non appare essere una variabile esplicativa del livello di integrazione dei professionisti nella cura dei pazienti affetti da patologie croniche. Inoltre, il livello di integrazione professionale è solo in minima parte influenzato dalle altre variabili macro-organizzative introdotte dalle aziende, e considerate in questo studio, per incentivare lo scambio informativo e relazionale tra professionisti: l'associazionismo in gruppo dei MMG, per esempio, non è pressoché correlato con maggiori livelli di integrazione tra i professionisti medici. Al contrario,

all'aumentare del numero di MMG impegnati in ADI, aumenta anche l'integrazione. Tali ultime due conclusioni sembrano suggerire come, per incidere sui livelli di integrazione professionale, siano più rilevanti i processi micro-organizzativi che impattano sulle relazioni tra professionisti piuttosto che scelte macro-organizzative a livello di struttura.

Senza dubbio, i due principali *driver* esplicativi (con particolare riferimento alla frequenza dello scambio informativo dei professionisti) e conseguentemente le variabili sulle quali le aziende devono agire per aumentare il livello di integrazione, sembrano essere:

- la vicinanza spaziale tra i professionisti, e nello specifico la presenza fisica all'interno della stessa struttura: quanto più i professionisti lavorano nello stesso ambiente fisico, tanto più si scambiano informazioni e sono integrati nella cura dei medesimi pazienti;
- l'orientamento e la cultura verso l'integrazione presenti all'interno delle singole aziende: in contesti in cui vi è una maggiore apertura dei professionisti verso l'integrazione, si riscontrano livelli di integrazione professionale più elevati per tutte le patologie analizzate. Questa evidenza è emersa dalla correlazione fra i livelli di integrazione professionale all'interno di tutti e tre i percorsi: i livelli di integrazione per le tre patologie sono tra loro connessi all'interno della medesima azienda.

Il livello di integrazione professionale sembra, inoltre, essere influenzato in modo significativo da due altre tipologie di variabili, che si differenziano da quelle precedentemente considerate per il fatto di non essere in mano a scelte discrezionali delle aziende: la prima variabile è il contesto (metropolitano, cittadino o rurale) all'interno del quale le aziende operano, la seconda variabile è la dimensione dell'azienda (dimensioni del bacino d'utenza). Quanto più ampia è la densità della popolazione nel territorio in cui le aziende operano (contesto metropolitano), e quanto più ampie sono le dimensioni dell'azienda, tanto maggiore è il livello di integrazione professionale rilevato all'interno del campione. Le aziende più grandi ed inserite in un contesto metropolitano sembrano quindi sentire la necessità di strutturare maggiormente la propria offerta (le semplici relazioni informali sociali sembrano non bastare, come, invece, può accadere in aziende con dimensioni ridotte ed inserite in contesti di minori dimensioni).

Dall'analisi condotta in questo studio emerge, infine, un ulteriore elemento al quale inevitabilmente bisogna porre attenzione: il livello di integrazione tra i professionisti varia in base alla gravità della condizione clinica dei pazienti. La criticità delle condizioni cliniche dei pazienti oncologici in fase avanzata, per esempio, induce tutte le categorie di professionisti ad aumentare gli sforzi verso maggiori livelli di scambio di informazioni e, parallelamente, di integrazione. Per l'assistenza rivolta a pazienti cronici stabilizzati e con necessità prevalenti di monitoraggio e verifica del rispetto della *compliance* dei percorsi, come i pazienti diabetici, invece, il livello di integrazione dei professionisti è molto inferiore. Tale

evidenza sembra suggerire come, a dispetto delle *policy* regionali e delle strategie aziendali tese a potenziare l'utilizzo della variabile organizzativa quale *driver* di integrazione dei professionisti all'interno dei percorsi, una delle principali variabili esplicative dell'integrazione sia legata alla gravità della patologia considerata, in particolare all'emergenza indotta dal livello di assistenza rivolta a pazienti con elevati bisogni assistenziali.

7.2 Implicazioni per le strategie delle aziende verso l'integrazione professionale

In che modo la nostra analisi può offrire indicazioni rilevanti alle aziende nella misurazione e nell'interpretazione dei livelli di integrazione tra professionisti nella cura delle patologie croniche? La prima indicazione è che l'integrazione professionale e la continuità delle cure percepita dai pazienti possono essere rilevate direttamente dalle aziende, in maniera poco dispendiosa in termini di fabbisogno informativo e rielaborazione dei dati raccolti. La ricerca propone alcuni tipi di indicatori calcolati partendo da informazioni quantitative e qualitative raccolte attraverso questionari strutturati rivolti ai professionisti. Gli indici sintetici desunti dalla rielaborazione di tali informazioni, lungi dal voler fornire una chiave interpretativa univoca dei fenomeni studiati, mostrano, comunque, da un punto di vista metodologico, come sia possibile calcolare i concetti di integrazione e continuità attraverso indicatori che siano allo stesso tempo misurabili, semplici e omogenei da confrontare.

Il problema principale connesso alla rilevazione della continuità in molte realtà nazionali e internazionali (Freeman et al., 1997, Haggerty et al., 2001) è stata, spesso, l'indeterminatezza dello stesso concetto di integrazione, cui si è associata un'accezione puramente qualitativa difficilmente coniugabile con metodologie puntuali di rilevazione dei livelli di integrazione da parte di professionisti e continuità percepita dai pazienti. Lo studio oggetto della presente tesi dimostra, invece, come, indipendentemente dai risultati emersi dalla ricerca, l'integrazione e la continuità siano due concetti misurabili e confrontabili in realtà geografiche e organizzative differenti, attraverso il confronto di indicatori raccolti interrogando i professionisti sui loro comportamenti agiti nel processo di cura di pazienti cronici e con fabbisogno di presa in carico: frequenza dello scambio informativo, modalità di comunicazione con pazienti e professionisti, utilizzo di sistemi informativi comuni e condivisione di linee guida o protocolli di cura. Tutte informazioni poco dispendiose da raccogliere e spesso già a disposizione delle stesse aziende.

Il punto più critico in rilevazioni di questo tipo è stato, spesso, costituito dal livello di consenso/coinvolgimento dei professionisti. Anche in tale direzione, lo studio sembra dimostrare come i professionisti, nel momento in cui sono coinvolti attivamente nella definizione del metodo di rilevazione dell'integrazione e percepiscono i vantaggi che tale rilevazione può avere sia per i pazienti sia per la comprensione delle loro stesse esigenze di comunicazione e coordinamento, partecipano attivamente al processo di misurazione dell'integrazione. Comprendere

le cause di livelli poco elevati di integrazione o le difficoltà connesse allo scambio informativo tra i professionisti stessi (per esempio il mancato utilizzo, emerso nella ricerca, di sistemi informativi comuni e di piattaforme informatiche) è il primo passo che può consentire alle aziende di focalizzare le priorità strategiche sulle quali concentrare i propri investimenti.

Parallelamente, la definizione di un metodo di rilevazione dell'integrazione consente anche di evidenziare gli sforzi già condotti da aziende e professionisti in tale direzione. Dal punto di vista clinico, per esempio, lo studio evidenzia come la definizione comune di linee guida permetta di comprendere i bisogni del paziente e le sue esigenze di presa in carico da parte dei professionisti. A questo scopo, la definizione di Protocolli Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) condivisi all'interno dell'azienda aiuta i professionisti stessi ad avere un approccio integrato e coordinato alla cura delle cronicità in grado di superare la visione della cura e dell'assistenza "per singole prestazioni", garantendo il coinvolgimento di tutti gli attori attraverso un percorso multiprofessionale e interdisciplinare che permette di dare una risposta organica e strutturata ai problemi sanitari e assicura un miglioramento continuo delle prestazioni.

In tale direzione, comunque, non soltanto i professionisti devono essere formati nella comprensione dell'importanza dell'integrazione, ma gli stessi pazienti. Questi ultimi, infatti, come emerso dai risultati delle informazioni qualitative raccolte attraverso i *focus group*, evidenziano, spesso, scarso interesse verso gli sforzi condotti dai professionisti rivolti all'integrazione, concentrando la loro attenzione prevalentemente sul "front office" costituito dalla relazione umana e spesso affettiva con il professionista. Educare i pazienti alla comprensione della rilevanza dell'integrazione potrebbe consentire agli stessi professionisti di incrementare i propri sforzi in tale direzione, costituendo un circolo virtuoso teso a correlare in maniera più significativa integrazione professionale e continuità delle cure percepita.

Di fronte allo sforzo congiunto di professionisti e pazienti, si richiede chiaramente anche la capacità strategica delle aziende di investire in quel mix di servizi e innovazioni organizzative e assistenziali che si rivelino adeguate nella loro capacità di favorire la presa in carico delle cronicità. A tale proposito, come emerso dalle prime ipotesi di correlazioni elaborate a partire dai dati del campione, l'investimento in ADI, sia attraverso l'utilizzo di Medici di Medicina Generale dedicati all'assistenza domiciliare in qualità di *case management*, e ancor di più attraverso l'utilizzo di infermieri, risulta favorire livelli più elevati di integrazione e di presa in carico. L'istituzione di team multiprofessionali e interdisciplinari, in cui affiancare specialisti, MMG, infermieri ed eventualmente assistenti sociali non dovrebbe riguardare, come spesso ancora oggi accade, solo la fase di definizione di protocolli e linee guida da seguire, ma andrebbe estesa anche, attraverso momenti di formazione congiunta, alla fase di cura e assistenza del paziente, con comprensione delle reciproche competenze e condivisione di informazioni e professionalità. Le aziende, a tale proposito, con l'intento di facilitare ancora di

più la comunicazione tra i professionisti nella fase di cura dei pazienti, dovrebbero potenziare strumenti, quali sistemi di gestione centralizzata delle informazioni e sistemi informativi integrati, in grado di assicurare in maniera continua lo scambio di informazioni durante il percorso di cura in maniera accessibile a tutti i professionisti.

L'integrazione, perciò, rivela, attraverso lo studio condotto, la sua natura multiforme: da un lato, infatti, richiede il *commitment* forte dei professionisti e la capacità dei pazienti di comprenderne la rilevanza, dall'altro richiede investimenti organizzativi e informativi da parte delle aziende. La comprensione uniforme di tali dimensioni di analisi, attraverso la raccolta e l'elaborazione di informazioni e il calcolo di indicatori, insieme allo sforzo congiunto da parte di tutti gli attori del sistema (professionisti, aziende, pazienti) consentiranno di incrementare i livelli di integrazione e, attraverso di essi, auspicabilmente di migliorare i livelli di presa in carico e di cura dei pazienti cronici.

2.4 *Driver* interpretativi dei livelli di integrazione e continuità delle cure: quali implicazioni manageriali?

di Francesco Longo

1. Premessa

L'analisi della letteratura evidenzia il forte interesse che molti autori, a partire dagli Sessanta, hanno rivolto al tema della "continuità assistenziale", dapprima focalizzando la loro attenzione sullo studio di specifici ambiti assistenziali, caratterizzati dall'esigenza di relazioni strutturate tra pazienti e professionisti (per esempio salute mentale, pediatria e cura di patologie croniche), e, in seguito, anche a livello di sistemi sanitari (Freeman et al., 1997; Haggerty et al., 2001). L'assenza di un *framework* condiviso fra tutti gli studi presenti in letteratura ha condotto, però, inevitabilmente a una scarsa chiarezza concettuale sull'oggetto di analisi, che si è trasmessa nella difficoltà, da un lato, di definire metodologie uniformi di rilevazione e, dall'altro, di identificare quei fattori in grado di spiegarne e influenzarne l'andamento all'interno dei percorsi di cura del paziente. Misurare i risultati e innovare gli assetti organizzativi per sviluppare il livello di integrazione professionale sono due necessità emergenti per le aziende sanitarie, se vogliono migliorare la qualità dei servizi offerti soprattutto alla luce della prevalenza assunte dalle patologie croniche e da quelle con percorsi di cura lunghi e stabilizzati (Lega, 2002).

Enucleando distintamente i due temi dell'integrazione tra i professionisti e della continuità delle cure percepita da parte dei pazienti al centro del presente lavoro, come mostrato i dati riportati nel capitolo precedente, ci siamo prefissati due obiettivi principali di analisi:

- proporre e applicare un metodo di misurazione del livello di integrazione professionale e di continuità delle cure percepita nell'ambito dei processi

diagnostico terapeutici di tre patologie croniche con prevalenza di cura territoriale;

- identificare quei fattori in grado di incidere su tale livello di integrazione, rilevando il legame tra le caratteristiche degli assetti organizzativi delle AUSL coinvolte nella ricerca e il livello di integrazione raggiunto.

Questo ci permette di proporre tre precisi passaggi logici a seguire: (1) riassumere le principali evidenze emerse; (2) discutere possibili interpretazioni dei punti di forza e di criticità degli assetti organizzativi delle AUSL rispetto all'obiettivo di integrazione e continuità delle cure; (3) proporre delle suggestioni di management per aumentare l'efficacia delle aziende sanitarie sul terreno dell'integrazione e della continuità delle cure.

2. Le principali evidenze raccolte

Sintetizziamo le principali evidenze emerse dall'indagine in quattro categorie logiche: (1) gli assetti organizzativi adottati dalle AUSL; (2) i risultati e le determinanti dell'integrazione professionale; (3) i risultati e le determinanti della continuità delle cure; (4) identificazioni delle leve manageriali più rilevanti.

2.1 Gli assetti organizzativi adottati per l'integrazione

La prima e principale evidenza emersa è la sostanziale indifferenza rispetto all'integrazione raggiunta del modello macro-organizzativo adottato dalle AUSL (organizzazione distrettuale o dipartimentale, o mista). Si può avere alta o bassa integrazione e continuità delle cure nel confronto inter-aziendale a prescindere dal disegno macro-organizzativo. Questo getta un'ombra sull'inteso dibattito scientifico e di *policy* che ha animato il management e gli *stakeholder* delle aziende del SSN per anni, convinti che la macro-struttura organizzativa fosse la leva determinante per molti risultati (Bergamaschi, 2000).

Al contrario, emerge come rilevante e decisiva la micro-organizzazione e la progettazione dei processi (Tozzi, 2004), ovvero la scelta dei professionisti coinvolti nei PDTA, il disegno degli schemi assistenziali ed erogativi, dei meccanismi di coordinamento e integrazione, dei sistemi informativi a supporto. Per esempio, a dimostrazione di quanto detto, sottolineiamo come l'associazionismo dei MMG (tema privilegiato delle politiche sanitarie contemporanee) non sia correlato con maggiori livelli di integrazione professionale. Al contrario, all'aumentare del numero di MMG impegnati in ADI, il che significa lavorare su micro-processi, sulla cultura professionale, sul senso di appartenenza aziendale, aumenta anche l'integrazione tra professionisti.

La leva micro-organizzativa, in epoca di compressione delle autonomie aziendali, è una di quelle più disponibili, come dimostrano le significative differenze rilevate fra aziende. Essa è anche fuori dal fuoco del dibattito degli *stakeholder*, permettendo ulteriori gradi di libertà aziendale (Lega, 2008).

Contemporaneamente, è, però, anche la leva sulla quale esiste minore consapevolezza e probabilmente competenze nelle aziende, proprio perché si colloca a metà strada tra il management (tutto focalizzato sui macro assetti e sui risultati aziendali globali) e i professionisti (concentrati sulla clinica), rischiando di essere un terreno non presidiato elettivamente da nessun attore (Villa et al., 2009). Infatti, osservando le caratteristiche dei tre PDTA analizzati, che sono tra i primi adottati dalle aziende del SSN, si trovano in media disegni micro-organizzativi intrinsecamente coerenti, strutturati e diffusi, anche se non sempre basati su un disegno strategico convincente. A questo proposito va sottolineato come il centro *hub* del percorso diabete e della BPCO sia sempre in ospedale, così come avviene anche in molti casi per l'ADO, rispondendo sicuramente all'attuale geografia delle competenze professionali in essere, ma negando una possibile traiettoria di sviluppo strategico per i servizi territoriali (Corsalini e Vendramini, 2010). Inoltre, gli strumenti espliciti di integrazione tra professionisti ospedalieri e territoriali sono deboli o informali, in particolare per la BPCO e il diabete. Questo deve invitarci a riflettere su cosa intendiamo per *territorializzazione*: si tratta di decentramento erogativo e di domiciliarizzazione dei servizi e delle cure, lasciando la geografia organizzativa invariata a favore dell'ospedale, che diventa anche gestore di servizi territoriali, oppure si tratta anche di uno *shift* organizzativo con trasferimento di responsabilità, risorse, competenze, professionalità a favore di unità operative territoriali. Nessuna delle due opzioni è di per sé giusta o sbagliata, ma su di esse è importante essere consapevoli e chiari nella definizione delle traiettorie di sviluppo organizzativo.

Negli schemi organizzativi analizzati, si conferma il paradosso della generale esclusione da robuste logiche di integrazione dei dipartimenti di sanità pubblica, salute mentale e dipendenze nei distretti, pur essendo quelli che, per vocazione, imprinting culturale dichiarato, tipologia di servizi e utenti, dovrebbero esserne i primi protagonisti (Compagni et al., 2010).

2.2 I risultati e le determinanti dell'integrazione professionale

Dai risultati della ricerca emerge, innanzi tutto, un buon livello di integrazione professionale all'interno di tutti e tre i percorsi considerati: tale livello è medio-alto per i percorsi del diabete e della BPCO, significativamente elevato per il percorso oncologico. L'indice complessivo positivo si compone, però, di dimensioni che presentano livelli di performance eterogenei tra di loro. La condivisione scientifica sui PDTA da adottare presenta dati molto buoni, facendo emergere come la presunta autarchia professionale italiana e la resistenza a ogni forma di ingegnerizzazione professionale sia più uno stereotipo antico che non una realtà (Del Vecchio, 2008). Invece, la frequenza degli scambi è povera nell'interscambio ospedale-territorio, sufficiente all'interno del comparto ospedaliero (ma non è questo il cuore del problema davanti l'esplosione delle patologie croniche e stabilizzate). Il mezzo di comunicazione utilizzato è antico e poco efficace (lettera

di dimissione) o organizzativamente troppo costoso (la telefonata tra professionisti). Vi è uno scarso utilizzo e una condivisione molto limitata di sistemi informativi comuni (Caccia, 2008). In particolare, emerge in maniera preoccupante l'isolamento professionale e organizzativo degli MMG, che sono i professionisti che meno si integrano con altri, pur essendo, per missione loro assegnata dal SSN, dei *case manager* e, quindi, dei ricompositori di informazioni (Fattore e Salvatore, 2010).

A questo proposito, va osservata la significativa differenza di percezioni reciproche che i professionisti hanno rispetto al proprio ruolo nel percorso di cura dei pazienti cronici: i MMG, nello specifico, individuano, sostanzialmente, negli specialisti territoriali e ospedalieri (il diabetologo e il cardiologo per i pazienti diabetici, il pneumologo per i pazienti affetti da BPCO) quei professionisti con cui confrontarsi. Gli specialisti ospedalieri, invece, tendenzialmente si relazionano con altri specialisti e con infermieri, mentre hanno scambi informativi molto meno frequenti con i MMG.

L'eccezione a questo quadro diffuso è il PDTA per pazienti oncologici terminali, dove la gravità della patologia impone ai professionisti di raccordarsi e di incontrarsi più frequentemente. Tale evidenza sembra suggerire come, in base alla gravità della patologia considerata, vari il livello di integrazione: la determinante appare una sensibilità umana diffusa, che è una risorsa preziosa per ogni sistema di salute, ma che evidenzia possibili debolezze nei processi di ingegnerizzazione dell'integrazione per patologie e processi più routinari (Landau e Borgonovi, 2008).

Gli incontri fisici tra professionisti si limitano all'ambiente ospedaliero e non sono di norma sistematici e programmati, ma frutto della contiguità fisica che garantisce opportunità di scambi informali e casuali.

Di norma, i professionisti interagiscono con i colleghi del proprio distretto e dipartimento, a sostegno della tesi che la fruizione sanitaria, soprattutto per le patologie croniche, sia ancora un fenomeno locale e di prossimità (Fattore e Salvatore, 2010). D'altro canto, denota anche un forte senso di coesione e probabilmente di appartenenza aziendale dei professionisti, che il processo di aziendalizzazione ha sicuramente rafforzato.

2.3 I risultati e le determinanti della continuità percepita delle cure

Il livello di continuità assistenziale percepito dai pazienti è elevato per tutti e tre i percorsi e, in particolare, molto elevato per i pazienti oncologici. Anche questo indice sintetico positivo deve, però, essere esploso nelle sue dimensioni analitiche. La qualità delle relazioni di cura percepita è alta, così come è buona la coerenza percepita dei PDTA fruiti, l'accessibilità è solo sufficiente, pur trattandosi di pazienti cronici in carico permanente ai servizi, mentre la fruizione appare dispersa e frammentata, soprattutto per il diabete e la BPCO.

Sicuramente, la qualità della relazione è il *driver* più importante nella percezione di continuità, ma non è l'unico, soprattutto di fronte a pazienti sempre più consapevoli ed *empowered*. A questo proposito va sottolineato che trattandosi di pazienti cronici, essi sono dei *frequent user* del SSN. I *frequent user* sono gli utenti che mostrano i dati di *customer satisfaction* più alti nel SSN, proprio perché vicariano la principale debolezza del SSN (la difficoltà nell'accesso e la frammentarietà della fruizione) con una profonda conoscenza a abitudine ai percorsi di fruizione (Censis, 2010). Infatti, le criticità principali emerse dai *focus group* sono la debolezza dei meccanismi di presa in carico amministrativa continuativa che determinano farraginosità per l'accesso agli utenti. Pertanto, i dati molto positivi di valutazione della continuità percepita espressi dai pazienti sono anche frutto di un *bias* positivo, di coloro che conoscono e sono abituati a ricomporre la frammentazione della fruizione.

Nel percorso tumori terminali, tutti gli *item* di continuità sono valutati dai pazienti in maniera estremamente positiva. Tale evidenza suggerisce che l'intensità dell'assistenza, cioè la numerosità e frequenza dei contatti con gli operatori, sembra essere un elemento fondamentale della qualità delle relazioni e dei processi di cura per i pazienti (Landau e Borroni, 2008).

Infine, quello che emerge è il debole presidio di spazi di insegnamento all'autocura e all'*empowerment* dei pazienti, dato in controtendenza rispetto ai bisogni del SSN e ai profili emergenti degli utenti. L'autocura garantisce aumento della *compliance* e dell'efficacia della cura e un possibile risparmio sul numero e sul tempo di professionisti necessari: non investire in questa dimensione, nel momento di esplosione della patologie croniche, pare una rilevante debolezza (Maciocco e Comodo, 2011).

2.4 Identificazioni delle leve manageriali più rilevanti

I risultati ottenuti dalla correlazione fra il livello di continuità delle cure percepito dai pazienti e il livello di integrazione professionale all'interno dei tre percorsi selezionati evidenziano una sostanziale assenza di collegamento fra questi due aspetti. Ai pazienti interessano in particolar modo due dimensioni: la qualità della relazionale con il *care giver* e luoghi di fruizione unici (*one stop care*), ovvero un unico luogo o professionista di riferimento: cosa succede in *back office* in termini di integrazione tra professionisti non viene percepito come rilevante (Mallarini, 2004).

Ciò che sembra rilevante e mancante per aumentare l'integrazione professionale è la frequenza degli scambi tra professionisti: a questo proposito, è importante interrogarsi quali siano le soluzioni micro-organizzative e di processo che possono aumentare la frequenza in maniera efficace ed economica.

Ciò che sembra, invece, critico per aumentare la percezione di continuità delle cure è la semplificazione dei meccanismi di accesso, lo sviluppo

dell'unitarietà della fruizione e la definizione di percorsi di insegnamento all'autocura e all'*empowerment* dei pazienti (Longo, Del Vecchio, Lega, 2010). Il livello di integrazione professionale sembra essere influenzato in modo significativo da due altre tipologie di variabili, che si differenziano da quelle precedentemente considerate per il fatto di non essere in mano a scelte discrezionali delle aziende: la prima variabile è il contesto (metropolitano, cittadino o rurale) all'interno del quale le aziende operano, la seconda variabile è la dimensione dell'azienda (dimensioni del bacino d'utenza). Quanto più ampia è la densità della popolazione nel territorio, in cui le aziende operano (contesto metropolitano), e quanto più ampie sono le dimensioni dell'azienda, tanto maggiore è il livello di integrazione professionale rilevato all'interno del campione. Le aziende più grandi e inserite in un contesto metropolitano sembrano, quindi, sentire la necessità di strutturare maggiormente i propri meccanismi di integrazione (le semplici relazioni informali sociali sembrano non bastare, come, invece, può accadere in aziende con dimensioni ridotte e inserite in contesti di minori dimensioni). Questo conferma che la leva micro-organizzativa è nella piena disponibilità delle aziende con un realistico margine attuativo.

3. Interpretazione delle evidenze

Le evidenze disponibili mostrano come sia possibile per le aziende sanitarie ottenere attivamente risultati in termini di integrazione professionale e continuità delle cure differenziali e migliori. Vi sono precisi assetti micro-organizzativi che garantiscono performance migliori dipendendo dalla tipologia di professionisti coinvolti e dalle funzioni loro assegnate, dai loro meccanismi di coordinamento e di scambio di informazioni, dalla cultura aziendale. Si può operazionalizzare e sviluppare l'integrazione, e questo spiega le differenze tra aziende e perché quelle più grandi ottengano risultati migliori, poiché costrette a ingegnerizzare maggiormente i processi, non essendo disponibili leve più informali e sociali di coordinamento. Il quadro molto variegato delle soluzioni adottate mostra, però, anche una scarsa consapevolezza strategica e tecnica sull'argomento, sia da parte del management sia da parte dei clinici (Villa et al., 2009). L'integrazione viene, spesso, citata come premessa valoriale o corollario di altre dimensioni organizzative o cliniche rilevanti, ma difficilmente costituisce un terreno esplicito di lavoro. Questo spiega perché è raro individuare un attore aziendale investito della responsabilità dell'aumento del coefficiente di integrazione delle cure (Lega, 2008). Non essendoci questa individuazione o assegnazione di responsabilità, è difficile che si sviluppino competenze distintive per il presidio di questa dimensione. In coerenza a questo quadro, è raro ritrovare nelle aziende sanitarie degli strumenti di misurazione dell'integrazione e, pertanto, essa non è rintracciabile in nessuna scheda obiettivo o *report* dei risultati raggiunti.

I sistemi informativi delle aziende sanitarie hanno avuto un robusto sviluppo negli ultimi anni sia sul versante economico-amministrativo, sia sul versante clinico. I sistemi informativi clinici ragionano prevalentemente per singola materia e disciplina, e se si integrano tendono a proporre un approccio olistico e verticale che concentra tutti i dati disponibili sul paziente (Caccia, 2008). Per l'integrazione professionale di tipo orizzontale, servirebbero, invece, dei sistemi informativi clinici che trasferiscono tra i professionisti informazioni più sintetiche sul paziente, soprattutto confrontandole con le prestazioni e i consumi sanitari attesi da PDTA codificati. Inoltre, serve la possibilità di dialogare con il collega, chiedendo pareri e consigli, e non solo di rendicontare le prestazioni effettuate o i parametri di salute. In altri termini, per l'integrazione professionale, servono SI più orientati a rendere visibile alla rete dei professionisti gli scostamenti o le carenze rispetto ai PDTA programmati, affinché qualcuno intervenga a colmare i gap e le eventuali incoerenze, e SI efficaci per supportare il dialogo professionale in remoto tra professionisti (Huxham e Vangen, 2000).

Tutte le aziende del campione si sono orientate verso una marcata territorializzazione dei servizi, attraverso lo sviluppo di attività ambulatoriali messe in rete tra di loro e la crescita della componente domiciliare. La riduzione dei ricoveri è un processo robusto e rilevante nel SSN, così come lo sviluppo dell'attività diurna, ambulatoriale e domiciliare, in coerenza al quadro epidemiologico emergente e all'abbreviarsi delle procedure mediche (Cantù, 2010). Il pacchetto di servizi e prestazioni e servizi che si sta sviluppando è meno specialistico, intenso e tecnologico degli standard ospedalieri tradizionali ed è più intenso e strutturato delle cure primarie e dei servizi distrettuali come siamo abituati a conoscerli. È un "terreno di mezzo", rispetto al quale nasce una legittima contesa organizzativa e professionale tra unità organizzative ospedaliere e territoriali. Rispetto a questa contesa, le aziende USL possono lasciare decidere l'esito allo sviluppo della dialettica interna e ai rapporti di potere in essere o guidarla in maniera decisa in una delle due direzioni. Non è facile decidere quale delle due opzioni sia opportuna: oggettivamente, lo sviluppo di competenze e funzioni delle unità organizzative territoriali non può che focalizzarsi su questi nuovi servizi e patologie croniche emergenti, così come è oggettivo che in molte aziende le competenze professionali necessarie sono oggi presenti nelle unità operative ospedaliere. Ovviamente, si può anche decidere di trasferire competenze o di ridisegnare completamente la geografia delle unità operative. In ogni caso, una scelta emergente è sempre osservabile *ex post*, andando ad osservare dove sono collocati organizzativamente i professionisti *hub* dei percorsi clinici.

Nelle evidenze raccolte, pur in presenza di patologie croniche e di PDTA sufficientemente strutturati, che prevedono tutte le prestazioni e i servizi necessari per i pazienti, il modello logico di fondo rimane quello della medicina di attesa, salvo per l'oncologia. In altri termini, è il paziente che rimane imprenditore e protagonista della *compliance*, essendo responsabile dell'accesso autonomo alla

prestazione successiva e della ricomposizione informativa, riportando le informazioni ai diversi professionisti coinvolti nel percorso. Questi ultimi rimangono fondamentalmente inseriti in una logica prestazionale e di debole presa in carico. Paradossalmente, gli ingredienti più vicini alla medicina di iniziativa (osservazione attiva della *compliance* del paziente, *recall* del paziente) si ritrovano maggiormente nei servizi specialistici ospedalieri, che sono quelli più attrezzati sia sul piano dei sistemi informativi, sia sul piano del personale di contatto. Questo, paradossalmente, contraddice le missioni dichiarate per le cure primarie/distretto e l'ospedale. Il primo dovrebbe essere il *case manager*, quindi il principale responsabile di logiche di medicina di iniziativa, mentre il secondo dovrebbe operare come erogatore specialistico. Questo apparente paradosso ci riporta alla precedente discussione su cosa si intenda per *territorializzazione*. Le AUSL dovrebbero decidere se vogliono modificare le missioni ufficialmente assegnate o se vogliono modificare i contenuti e le prassi di lavoro.

Sul piano più operativo, ciò che affievolisce in modo rilevante il pieno sviluppo di logiche di medicina di iniziativa sono, soprattutto, le caratteristiche delle procedure di accesso, prenotazione e refertazione alle prestazioni. Esse sono ancora di natura puntuale per singola prestazione, con un orizzonte che guarda da una prestazione all'altra, senza una visione d'insieme di lungo periodo. Inoltre, si basano sulla proattività del paziente e non hanno diffusi meccanismi di controllo sui livelli di *compliance* allo schema di *follow up* da parte del singolo paziente. Di per sé potrebbe apparire come un dettaglio, perché molti degli altri ingredienti necessari per la medicina di iniziativa sono presenti nel sistema (Tozzi, 2004): il disegno di PDTA, l'identificazione dei professionisti coinvolti, la definizione del centro o professionista *hub*, un seppur rudimentale meccanismo di circolazione delle informazioni cliniche, ecc. Manca, però, l'assegnazione al centro *hub* o al *case manager* della gestione del sistema informativo di accesso (salvo in qualche ospedale, in controtendenza ai tentativi di centralizzazione informativa della prenotazione) e, quindi, la possibilità di essere proattivi nei confronti del paziente e di verificarne sistematicamente la *compliance*. I sistemi informativi e le procedure di accesso ai servizi sono prevalentemente appoggiati alle direzioni amministrative e, quindi, scorrono su un binario di responsabilità e di finalismi parallelo ai case manager, senza incontrane, quindi, le esigenze.

Nella transizione di un paziente da un ambito di cura all'altro, prevale una prassi e una cultura di invio anonimo a strutture sanitarie di riferimento, senza indicare nominativamente il professionista da coinvolgere nella rete del PDTA. Questo è coerente alla prassi e alla cultura del SSN, dove l'accesso ai servizi da parte degli utenti è sempre anonimo, al primo professionista disponibile, in nome del principio di equità nell'accesso e dell'uniformità delle competenze e dei comportamenti. La mancata individuazione nominativa del professionista di riferimento per un paziente in prima battuta rende più complessi i processi di integrazione professionale, soprattutto in assenza di procedure codificate e sistemi

informativi strutturati in questo senso, perché i *care giver* delle singole prestazioni non sanno precisamente con chi devono integrarsi rispetto alla rete del PDTA. Ovviamente, si tende a vicariare questa debolezza con relazioni personali, ma questo non favorisce la nascita di una logica di sistema, bensì privilegia lo sviluppo di reti professionali parziali che si attivano in maniera privilegiata solo per utenti selezionati, che rientrano nella sfera di interesse di qualche clinico.

Le evidenze discusse sottolineano la rilevanza della logistica dei professionisti, ovvero dei luoghi dove lavorano e dove possono incontrare altri colleghi, soprattutto in assenza di altri strumenti codificati di connessione. In questa prospettiva, ovviamente, gli ospedalieri risultano più integrati tra di loro e i MMG più isolati. Questo impone la riflessione se la vicinanza logistica sia o debba essere lo strumento privilegiato di integrazione professionale. Se la risposta fosse affermativa, allora è necessario iniziare a ripensare la geografia logistica, promuovendo maggiore vicinanza fisica soprattutto tra MMG, specialisti ambulatoriali e infermieri. Se, invece, non fosse questa la leva che si intendesse privilegiare per aumentare la connessione professionale, allora bisognerebbe, al proposito, selezionare altri strumenti.

Alla luce di queste criticità, proponiamo ora possibili linee di azioni manageriali per aumentare il tasso di integrazione e di continuità delle cure percepite dai pazienti.

4. Implicazioni manageriali

La prima indicazione è che l'integrazione professionale e la continuità delle cure percepita dai pazienti possono essere rilevate, direttamente dalle aziende, in maniera economica, poco dispendiosa in termini di raccolta dati e di loro rielaborazione, utilizzando strumenti informatici semplici. La presente ricerca propone alcuni indicatori calcolati, partendo da informazioni quantitative e qualitative raccolte attraverso questionari strutturati rivolti ai professionisti. Gli indici sintetici desunti dalla rielaborazione di tali informazioni, lungi dal voler fornire una chiave interpretativa univoca dei fenomeni studiati, mostrano come sia possibile calcolare i concetti di integrazione e continuità attraverso indicatori che siano allo stesso tempo misurabili, semplici e omogenei da confrontare. Il problema principale connesso alla rilevazione della continuità in molte realtà nazionali e internazionali (Freeman et al., 1997, Haggerty et al., 2001) è stata l'indeterminatezza dello stesso concetto di integrazione, cui si è associata un'accezione puramente qualitativa, difficilmente coniugabile con metodologie puntuali di rilevazione. Lo studio presentato dimostra, invece, come, indipendentemente dai risultati emersi dalla ricerca, l'integrazione e la continuità siano due concetti misurabili e confrontabili in realtà geografiche e organizzative differenti. Il punto più critico in rilevazioni di tale tipo è costituito dal livello di

consenso/coinvolgimento dei professionisti. Il vantaggio dell'oggetto di lavoro "integrazione" è che essa risulta rilevante sia per il management, sia per i clinici, rappresentando un potenziale ponte tra i due mondi, diversamente da contenuti finanziari o di tecnica clinica (Lega, 2008). Questo rende più facile il coinvolgimento dei professionisti, sia in sede di ideazione validazione degli strumenti, sia in fase di raccolta dati e loro analisi. L'esperienza vissuta con questo studio sembra dimostrare ciò. I professionisti, nel momento in cui sono stati coinvolti attivamente nella definizione del metodo di rilevazione, hanno percepito i vantaggi che tale rilevazione può avere sia per i pazienti sia per la comprensione delle loro stesse esigenze di coordinamento, partecipando attivamente al processo di misurazione dell'integrazione (Del Vecchio, 2001).

Parallelamente, la definizione di un metodo di rilevazione dell'integrazione consente anche di valutare l'impatto e l'efficacia degli sforzi già condotti dalle aziende e dai professionisti in tale direzione. È possibile valutare l'efficacia di differenti scelte micro-organizzative (per esempio, dove collocare l'*hub* del percorso), di configurazione dei PDTA, di coordinamento tra professionisti o di sistemi informativi disponibili, disponendo di indicatori di esito intermedi (il livello di integrazione) rilevanti e potenzialmente condivisi.

Sappiamo che integrazione professionale e continuità delle cure percepita dai pazienti sono due dimensioni tra di loro non correlate o solo debolmente correlate, ma entrambe importanti: la prima per migliorare l'efficacia sostanziale dei servizi, la seconda per migliorare la qualità percepita di essi. Non è, quindi, possibile rinunciare a nessuna delle due polarità perché nessuna delle due rappresenta la condizione sufficiente per l'altra ed entrambe sono necessarie. Ma ognuna delle due dimensioni dipende da leve di governo proprie e specifiche: l'integrazione professionale dalla condivisione di PDTA, dallo scambio informativo, dal confronto professionale, dall'organizzazione della presa in carico proattiva; mentre la continuità delle cure dipende dall'intensità relazionale, dalla facilità di fruizione e accesso. Come è facile osservare, si tratta di leve micro-organizzative completamente autonome tra di loro. Questo significa che, per lavorare contemporaneamente su integrazione professionale e continuità delle cure, è necessario adottare un doppio registro manageriale, distinti e specifici strumenti attuativi, ognuno dotato di proprie razionalità, distanti tra di loro quanto il *gap* tra qualità sostanziale e percepita in sanità (Kickert et al., 1997).

Questo ci porta ad interrogarci su chi sia responsabile, in azienda, di queste dimensioni. La responsabilizzazione sullo sviluppo dell'integrazione e della continuità delle cure non può che essere diffusa in tutta l'azienda, a tutti gli operatori e tutte le unità organizzative, così come lo è l'efficienza economica o l'efficacia clinica. Questo rende più complesso e articolato l'individuazione di una più precisa geografia delle responsabilità e la definizione della collocazione delle competenze per sviluppare queste dimensioni (Del Vecchio, 2001).

Esistono, inoltre, alcune peculiarità rispetto a questo tipo di responsabilizzazione. Innanzitutto, essa non può che essere una responsabilità condivisa da due o più unità operative perché ci si integra tra più nodi. Quindi, siamo davanti a responsabilità di *cluster*, gruppo o rete. Inoltre, l'integrazione richiede il coordinamento di processi clinici e la loro armonizzazione con le procedure di accesso e di supporto alla fruizione, rendendo necessario il contemporaneo contributo del settore amministrativo, logistico e clinico. Alla luce di queste considerazioni, chi è responsabile e dove collochiamo le competenze consulenziali interne per il presidio e lo sviluppo di processi integrati. Le strutture organizzative intermedie delle aziende sanitarie del SSN, i distretti, i dipartimenti, i presidi, hanno una vocazione distintiva e specifica all'integrazione delle unità operative, avendo il mandato di coordinare gli specialismi clinici. La responsabilità di un direttore di dipartimento non è costituita dalla sommatoria dei risultati delle unità operative che compongono il dipartimento, ma, al contrario, ha dei contenuti propri di lavoro, che sono quelli di promuovere il coordinamento e l'integrazione tra unità operative, per migliorare l'efficacia delle cure, razionalizzare l'utilizzo delle risorse e semplificare i processi di fruizione degli utenti (Bergamaschi, 2000). Pertanto, sono le strutture organizzative intermedie le responsabili elettive dell'integrazione e della continuità delle cure, che dovrebbero trovare in questa dimensione uno dei principali *item* di valutazione. Sappiamo, dalle evidenze raccolte, che più le strutture intermedie sono grandi (es. i distretti), meglio riescono ad agire la responsabilità di costruire processi integrati, per l'indisponibilità di meccanismi di coordinamento informali di tipo sociale e per un'evidente crescita delle economie di scale e di specializzazione per poter costruire procedure ingegnerizzate. Pertanto, le aziende devono responsabilizzare a fondo sull'integrazione le proprie strutture intermedie, avendo avuto l'accortezza di disegnarle ampie.

L'integrazione è, però, agita attivamente dalle singole unità operative in raccordo con le altre. Quindi, questa deve essere una parte del contenuto di responsabilità di ogni singola unità operativa, condivisa congiuntamente con altre. Essa può essere inserita in uno degli strumenti di valutazione delle performance, indifferentemente collocabile in quelli più economico-gestionali, come il budget di unità operativa, o quelli più di governo clinico. Rimane da collocare la funzione di supporto organizzativo e consulenziale interno, per questa dimensione molto legata alla reingegnerizzazione di processo e all'*operation management*. Essa può trovare spazio in punti diversi dell'organizzazione. Presso coloro che si occupano del disegno di PDTA, partendo più da un approccio clinico. Può essere di competenza di chi promuove l'ingegnerizzazione di processo o l'*operation management*. Può essere compresa nelle competenze di chi si occupa di percorsi di accesso, fruizione e refertazione. Cruciale è la capacità del consulente interno di formare e diffondere competenze, in prima battuta, ai responsabili delle strutture organizzative intermedie e poi, a cascata, a tutte le unità operative aziendali.

Entrando nello specifico dei driver per aumentare l'integrazione professionale, sappiamo che la dimensione su cui le aziende del SSN sono più deboli è la frequenza degli scambi tra professionisti, sia a distanza, sia *de visu*. Per aumentare la frequenza e l'intensità degli scambi informativi tra professionisti abbiamo a disposizione tre strategie alternative. La prima privilegia la vicinanza fisica durante la pratica clinica. A titolo esemplificativo, se l'esigenza è di coordinare gli specialisti con gli MMG, possiamo spostare l'attività ambulatoriale a turno dentro ambulatori associati dei MMG o mettere gli ambulatori associati dei MMG nei poliambulatori specialistici. Questo è un approccio molto caldo, che costruisce relazioni sociali di vicinanza, ma anche molto costoso, perché comporta lo spostamento e la rotazione fisica di professionisti e il loro incontro congiunto o addirittura momenti di pratica congiunta. La seconda strategia possibile è quella di strutturare incontri periodici di *audit* e di confronto sui casi clinici tra i professionisti della rete del PDTA. La difficoltà maggiore è individuare i professionisti che hanno in carico un certo tipo di pazienti in un modello che privilegia l'invio alla struttura e non al professionista individuato nominativamente, oltre al fatto che i gruppi di pazienti seguiti dai singoli medici non sono tra di loro omogenei, e, quindi, ogni professionista dovrebbe partecipare a molti gruppi diversi. Si può risolvere questa questione assegnando gruppi omogenei di pazienti sempre alla stessa rete inter-disciplinare, oppure promuovendo *audit* su dati aggregati e non sui propri pazienti in carica. Anche questa soluzione è molto costosa, ma garantisce un significativo meccanismo di *peer reviewing*. La terza possibile strategia è quella di promuovere strumenti di scambio informativo e di consultazione in remoto, strutturati per paziente e per PDTA. In questo caso, il dialogo sarebbe di tipo telematico sul singolo paziente, sulla sua *compliance*, integrando informazioni e concertando opzioni cliniche. Questa strategia permette di lavorare in modo asincrono. È la soluzione più costo-efficace sul piano organizzativo e che meglio valorizza il tempo dei professionisti, anche se chiede un certo investimento iniziale di sviluppo di sistemi informativi integrati. È una soluzione umanamente più fredda rispetto alla prima, che attiva un processo di *peer review* a distanza a due, meno collettivo e socializzato della seconda strategia. Le singole AUSL si stanno orientando in maniera diversa rispetto a queste tre possibili strategie: sono tutte plausibili, è cruciale essere consapevoli della strada imboccata e condurla con coerenza, sostenendone i limiti e godendone dei vantaggi relativi.

Per lo sviluppo della continuità percepita delle cure da parte dei pazienti è importante costruire meccanismi di prenotazione a pacchetto e di refertazione di tipo automatico. Il paziente cronico deve poter prenotare congiuntamente tutte le prestazioni che necessita per un certo periodo di tempo (es. 6 mesi) e questo dovrebbe essere possibile immediatamente in coda alla sua ultima prestazione. La refertazione dovrebbe essere automatica, inviata via web al paziente e a tutti i *care giver* della rete, risparmiando tempi e personale di consegna. Numerose sono, nel paese, le esperienze già disponibili in questa direzione..

Rimangono, però, da gestire altre due questioni cruciali: il meccanismo che garantisce l'assunzione di una logica di medicina di iniziativa e la costruzione di percorsi di fruizione unitari.

Per il primo punto, è rilevante che l'azienda, a partire dal pacchetto di prenotazioni in essere, ne controlli la *compliance* e attivi meccanismi di *recall* del paziente in caso di suoi mancati consumi sanitari programmati. Come sappiamo, esistono molte tecniche di prevenzione delle cadute di *compliance* (allerta via SMS il giorno prima della fruizione, lettere, e-mail, colloqui di controllo con un case manager, ecc.) che devono essere attivati, in maniera selettiva, in funzione delle patologie e dei diversi *cluster* di utenti. La funzione di verifica della *compliance* e di *recall* può essere assegnata ad una unità operativa centrale e specializzata dell'azienda, oppure alle strutture organizzative intermedie (es. distretti), oppure al *case manager* o *hub* del PDTA. Chiunque sia l'assegnatario, ciò che conta è la coerente assegnazione dei fattori produttivi necessari per eseguire questo compito cruciale.

L'unitarietà della fruizione si costruisce stabilizzando il *care giver* del paziente cronico, facendo in modo che, per ogni ambito di cura, esso sia seguito sempre dallo stesso professionista, fino a quando questo sia coerente con lo stadio della sua patologia (Mallarini, 2004). Questa maggiore stabilità, probabilmente, semplificherebbe anche i processi di integrazione con i colleghi. Inoltre, è necessario concepire la logistica delle prestazioni in modo tale che ci si possa accostare sempre più a pacchetti di prestazione, in un tempo e un luogo unitario. Lo sviluppo della territorializzazione, intesa in senso logistico (servizi in ambulatorio o a domicilio), a prescindere dalla geografia dei poteri professionali tra distretto e ospedale, può sicuramente favorire uno sviluppo in questa direzione.

Come si è potuto evincere, vi è una serie di logiche e di strumenti da attivare per promuovere l'integrazione professionale e la continuità delle cure percepite dai pazienti che, prese singolarmente, non risultano particolarmente complesse o costose. Ciò che va sviluppata è una cultura d'insieme per queste leve e una sensibilità strategica e organizzativa per l'integrazione (Kooiman, 2003), che probabilmente è capace di portare maggiori risultati in termini di efficacia ed efficienza delle cure rispetto a molti altri investimenti che nominalmente sono più correlati con lo scopo.

Bibliografia

Bergamaschi M. (a cura di), *Organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000.

Caccia C., (2008), *Management dei sistemi informativi in sanità*, Mc Graw-Hill, 2008.

Cantù E. (a cura di), (2010), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.

Censis, (2010), *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, Fondazione Censis, Roma.

Compagni A., Tediosi F., Tozzi V., (2010) L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie, sta in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.

Fattore G. and Salvatore D., (2010), Network organizations of general practitioners: antecedents of formation and consequences of participation, *BMC Health Services Research*, 10:118.

Corsalini E. e Vendramini E., *Integrare la rete dei servizi territoriali*, Milano, Egea 2010.

Del Vecchio M., *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, Egea, 2001.

Del Vecchio, *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, Egea, 2008.

Kickert W.J.M., Klijn E.H., Koppenjan J., *Managing Complex Networks: strategie for the Public Sector*, London, Sage Publications, 1997.

Kooiman J., *Governing as governance*, London, Sage Publication, 2003.

Huxham C., Vangen S., Leadership in the shaping of collaboration agendas: how things happen in a (not quite) joined up world, *Academy of Management Journal*, n 43, 2000.

Landau J. and Borgonovi E., (2008), *Relationship Competence for Healthcare Management*, Palgrave Macmillan.

Lega F., *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano, 2002.

Lega F., *Management dell'azienda brain intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea, 2008.

Longo F., Del Vecchio M., Lega F., (2010), *La sanità futura*, Egea, Milano.

Gavino M. e Comodo N, (2011) *Igiene e sanità pubblica , Manuale per le professioni sanitarie*, Carocci.

Mallarini E., (2004) *Fiducia in sanità*, Egea, Milano.

Tozzi, V., *La gestione per processi in sanità*, Mecosan, n. 50, 2004.

Villa S, Barbieri M, Lega F., (2009), Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases, *Health Care Management Science June*;12(2):155-65.

Capitolo 3

Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali

di Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli

3.1 Il budget come strumento di programmazione e motivazione all'interno delle aziende (di Stefano 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 Domenico 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 Stefano Tasselli)

3.4 Quali gap nei sistemi di programmazione e controllo in essere (di Francesco Longo)

3.1 Il processo di budget come strumento di integrazione organizzativa e professionale.

Analisi della letteratura e disegno della ricerca

di Stefano Tasselli

1. L'impatto del budget all'interno dell'organizzazione: benefici potenziali e rischi da gestire

Gli impatti del processo di budget all'interno delle organizzazioni, siano esse imprese, aziende pubbliche o sanitarie, aziende non profit, sono stati a lungo studiati in letteratura, con attenzione focalizzata sia sui potenziali benefici in termini di coesione organizzativa, sia sui possibili rischi derivanti da un utilizzo non adeguatamente strutturato dei sistemi di programmazione e controllo (Ansari, 1979; Argyris, 1977; Bartlett & Ghoshal, 1993; Emmanuel, Otley, & Merchant, 1990; Hedberg & Jonsson, 1978; Hope & Fraser, 2003; Johnson & Gill, 1993).

Gli autori, che si sono soffermati sui rischi connessi al processo di budget, hanno monitorato gli eventuali effetti contrapposti rispetto a quelli auspicati tramite l'introduzione di tale strumento. Tali riflessioni possono essere sintetizzate in alcuni punti principali:

- Argyris (1977) individua potenziali rischi di “autoreferenzialità” per la strategia aziendale, conseguenti al processo di budget, derivanti dalla mancanza di apertura verso l'esterno e dalla conseguente possibile riduzione della capacità di innovazione nel lungo periodo. Il budget, infatti, da strumento di programmazione strategica dell'attività dell'organizzazione, nel medio-lungo periodo rischia di trasformarsi in un “rituale burocratico” (Meyer and Rowan, 1977; Di Maggio and Powell, 1983), depotenziato della propria capacità di definizione strategica e

orientato tendenzialmente alla riproduzione statica, anno dopo anno, di strategie pregresse, modificate in via puramente incrementale.

- Argyris (1960) sottolinea, invece, la possibilità di conflitti tra differenti unità all'interno dell'organizzazione, come conseguenza di attribuzioni di funzioni, responsabilità e/o risorse ritenute inique o non adeguatamente negoziate. Il budget, infatti, se non adeguatamente legittimato nell'organizzazione, rischia di essere percepito non più come strumento di integrazione, bensì come strumento impositivo, ottenendo l'effetto di acuire tensioni e conflitti organizzativi che sarebbe, invece, chiamato a contenere, istituzionalizzare e ridurre. Altri autori, sviluppando tale concetto, hanno declinato in maniera più puntuale i rischi di conflittualità indotti dal budget (Brownell, 1981; Hopwood, 1972), classificandoli come rischi di "comportamento anti-manageriale", ovvero di condotte ostruttive nei confronti della direzione aziendale, rischi di comportamenti opportunistici, volti a privilegiare gli interessi di un singola unità organizzativa a scapito dell'intera organizzazione, e rischi di tensioni e conflitti tra individui nella stessa unità organizzativa, qualora si considerassero "strutturalmente equivalenti", ma percepissero squilibri nei riconoscimenti da parte dell'organizzazione. Burt (1980, 1987) ha studiato a lungo il tema delle dinamiche competitive connesse all'equivalenza strutturale in una prospettiva di social network *analysis*, individuando come la competizione condotta all'eccesso non soltanto riduca la coesione organizzativa (vale a dire le interazioni tra gli individui nello stesso contesto organizzativo), ma rischi anche di fare venire meno la fiducia verso l'organizzazione.
- Merchant (1990) analizza come il processo di budget, soprattutto qualora fortemente connesso a meccanismi incentivanti per i singoli individui, possa portare a programmazioni di "breve termine", volte a massimizzare i potenziali benefici derivanti dal raggiungimento di obiettivi misurabili (e monetizzabili) in un limitato arco temporale. Questa mentalità, parallelamente, può comportare seri danni alla strategia aziendale, dal momento che inibisce la capacità di definire un orientamento strategico di lungo periodo.
- Un ulteriore potenziale punto di debolezza dell'applicazione del budget è relativo al rischio di sovra considerazione delle stesse capacità dello strumento, e di una sua interpretazione in chiave "finalistica" e non "strumentale". Il processo di budget, come gli altri strumenti che costituiscono i sistemi di programmazione e controllo, è un "mezzo", e non un "fine". Può facilitare l'integrazione all'interno dell'azienda e la capacità di orientarne in maniera più consapevole la strategia, ma deve essere governato in chiave strategica dal management. Pensare, all'inverso, che la sola introduzione del processo di budget sia foriera di benefici per l'organizzazione, rientra all'interno di un ragionamento di "utopianismo

strumentale” (Giddens, 1984; Walsham, 2001), che rischia di rivelarsi controproducente in virtù delle eccessive aspettative riposte nello strumento, chiaramente disilluse dalla successiva consapevolezza della sua intrinseca incapacità di essere, di per sé, fonte di beneficio organizzativo. Ogni strumento, budget in primis, infatti, deve essere governato strategicamente per contribuire a effetti positivi per l'organizzazione.

Diversi autori, comunque, soprattutto negli ultimi anni, si sono concentrati prevalentemente sull'analisi puntuale degli effettivi benefici indotti dal processo di budget nelle organizzazioni, soffermandosi soprattutto sul contributo del “processo” di negoziazione di obiettivi e risorse in termini di integrazione organizzativa, consapevolezza del ruolo organizzativo e senso di appartenenza.

Macintosh (1995) analizza il ruolo del processo di budget nella riduzione delle possibili ambiguità connesse all'identificazione dei ruoli all'interno delle organizzazioni, e sottolinea come la negoziazione di obiettivi e risorse contribuisca a rendere più “razionale” la distribuzione delle competenze e responsabilità non soltanto tra unità organizzative, ma anche e soprattutto tra le persone che lavorano nell'organizzazione. Lo studio di Macintosh costituisce un punto di riferimento significativo per successivi studi (Ittner & Larcker, 1998; Webb, 2004), basati sull'assunto che il budget eserciti i propri effetti organizzativi grazie e per effetto della sua capacità di orientare e modificare i comportamenti degli individui. In tale ottica, il budget è strumento di integrazione organizzativa in quanto meccanismo in grado di facilitare, attraverso momenti caratterizzati da differenti livelli di formalità (riunioni, incontri, negoziazioni) l'integrazione tra individui, collocati ai medesimi o a differenti livelli organizzativi e gerarchici, che precedentemente non avevano opportunità di contatto e di confronto. Chenhall (2003), comunque, rivendica l'importanza di ulteriori studi in materia, indicando come i precedenti lavori teorici non riescano a spiegare in maniera completa il meccanismo di transizione dei “benefici” connessi al budget dal piano dell'individuo a quello dell'organizzazione. Similmente, Covaleski, Evans, Luft, and Shields (2003) evidenziano come molti degli studi tradizionali sugli impatti del budget partano dall'assunto di isomorfismo nei comportamenti dei singoli individui e giustifichino, attraverso tale variabile “comportamentale”, il legame tra effetti a livello individuale e organizzativo, dedicando poca attenzione allo studio delle variabili organizzative e strategiche capaci di orientare il processo di budget e di incrementarne l'efficacia in termini di integrazione organizzativa.

Magner, Welker e Campbell (1995) provano a dare risposta a tale aporia, focalizzandosi su come i meccanismi di partecipazione dei singoli individui al processo di budget, attraverso momenti di discussione, negoziazione e condivisione degli obiettivi, possano essere una chiave esplicativa della capacità dello stesso processo di apportare effetti benefici per l'organizzazione. Sostengono che anche

una percezione non favorevole da parte degli individui degli obiettivi di budget (poiché ritenuti ingiusti o eccessivamente sfidanti rispetto alle aspettative), per effetto della partecipazione al processo, può portare a benefici organizzativi, in termini di (1) maggiori livelli di fiducia verso i superiori e l'organizzazione e (2) maggiore senso di compartecipazione agli obiettivi dell'organizzazione. La partecipazione degli individui al processo, perciò, è lo strumento cardine attraverso cui il budget può essere interiorizzato dalle persone come strumento di confronto e di crescita organizzativa. Essa può avvenire secondo distinte modalità: 1) confronto con i superiori e spiegazione degli obiettivi assegnati; 2) opportunità di voce; 3) influenza sulla definizione degli obiettivi. Fondamentale, in ciascuna di queste circostanze, la definizione di momenti formali o informali di confronto in fase di negoziazione, fase intermedia e di *follow up* sui risultati ottenuti.

Marginson e Ogden (2005) procedono a un livello ulteriore di dettaglio nell'analisi degli impatti del processo di budget su individui e organizzazione, declinando cinque ipotesi puntuali:

- H1: la performance individuale è connessa in maniera inversamente proporzionale all'ambiguità del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione
- H2: livelli troppo elevati di *empowerment* in un contesto di assenza di obiettivi organizzativi conducono a maggiori livelli di ambiguità del proprio ruolo
- H3: chi vive quotidianamente incertezze connesse alla definizione del proprio ruolo organizzativo, tendenzialmente risponde positivamente alla definizione di obiettivi di budget (in quanto danno maggiore certezza relativamente ai propri ambiti di attività)
- H4: maggiore è l'inclusione e la partecipazione delle persone nella definizione degli obiettivi di budget, maggiore è la condivisione del budget stesso
- H5: il livello di condivisione da parte delle persone degli obiettivi di budget è connesso in maniera direttamente proporzionale alla performance individuale.

L'interazione tra variabili individuali e organizzative del processo di budget è sintetizzata dal Diagr. 1 attraverso il quale Marginson e Ogden rappresentano graficamente le proprie ipotesi concettuali:ZZ

Diagramma 1 Effetti del budget sulla chiarezza del ruolo organizzativo (Marginson e Ogden, 2005)

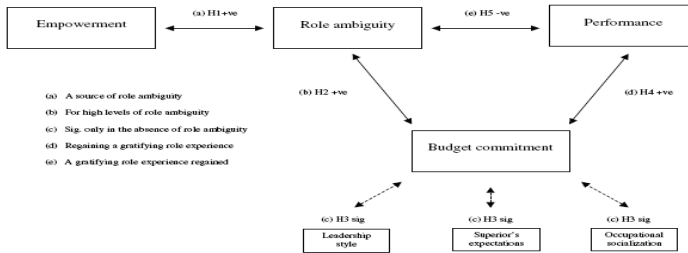


Fig. 1. Diagrammatic representation of the arguments.

Il diagramma evidenzia come:

- lo sforzo organizzativo da parte dell'azienda nella definizione di un processo di budget "aperto" e "inclusivo" verso i propri dipendenti, ossia strutturato in momenti informali e formali di negoziazione e discussione, sia la variabile chiave per spiegare la capacità del budget di influenzare in maniera positiva le performance delle persone nell'organizzazione;
- la chiarezza del ruolo delle persone nella propria unità organizzativa, resa possibile dalla definizione delle responsabilità di budget, sia strettamente collegata sia alla performance individuale, sia alla capacità degli individui di assumersi responsabilità e crescere professionalmente.

Hall (2008) propone un modello analogo a quello precedente (Diagr. 2), estendendo l'analisi dal processo di budget al campo più vasto dei sistemi di misurazione delle performance (PMS, *Performance Measurement Systems*).

Diagramma 2 Effetti dei sistemi di misurazione delle performance su chiarezza del ruolo organizzativo e performance (Hall, 2008)

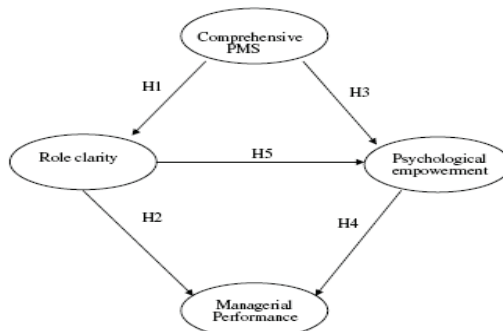


Fig. 1. Theoretical model: comprehensive PMS, role clarity, psychological empowerment and managerial performance.

Lo studio di Hall, nello specifico, sottolinea la rilevanza dell'impatto psicologico della chiarezza del ruolo organizzativo, indotta dal processo di budget, sulla performance dell'individuo e dell'organizzazione.

2. Come misurare l'impatto del processo di budget sulle variabili individuali e organizzative?

Diversi studi hanno tentato di misurare l'impatto del processo di budget sul comportamento degli individui e variabili organizzative (Brownell, 1983; Hirst, 1981; Abernathy & Brownell, 1999 Marginson e Ogden, 2005; Hall, 2008). La metodologia prevalente di analisi dell'impatto del processo di budget su variabili individuali e organizzative è costituita da interviste/questionari strutturati sulla rilevazione del grado di valutazione da parte degli individui delle seguenti variabili: livello di condivisione da parte delle persone degli obiettivi di budget; livello di partecipazione al processo di budget e alla definizione degli obiettivi; livello di *empowerment* all'interno dell'organizzazione; ambiguità del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione; aspettative dei superiori e dell'organizzazione riguardo al proprio lavoro; performance individuale e organizzativa.

Marginson e Ogden (2005), nello specifico, hanno condotto un'analisi degli impatti del budget attraverso un campione di 225 questionari, focalizzandosi su sette dimensioni:

- Orientamento al budget da parte degli individui;
- *Empowerment* individuale conseguente alla partecipazione al processo di budget;
- Contributo del budget alla riduzione delle ambiguità circa il ruolo degli individui nell'organizzazione;
- Stili di leadership e impatto sulla partecipazione degli individui al processo di budget;
- Relazioni tra differenti livelli gerarchici indotte dal processo di budget;
- Impatto del budget sull'adesione degli individui agli obiettivi dell'organizzazione;
- Impatto in termini di performance.

Hall (2008), nel suo studio sugli impatti dei sistemi di misurazione delle performance, ha strutturato un questionario impostato secondo la precedente classificazione, approfondendo, però, alcune tematiche specificamente connesse all'impatto del processo di budget sulle variabili psicologiche individuali. Si sofferma, in particolare, sulle seguenti variabili, a cui sono dedicate specifiche sezioni del questionario:

- Percezioni individuali di incremento di competenze professionali;
- Maggiore chiarezza del proprio ambito di responsabilità nell'organizzazione;
- Soddisfazione individuale circa il proprio ruolo organizzativo;
- Opportunità di *voice* e capacità di negoziazione/discussione dei propri obiettivi e dei propri carichi di lavoro;
- Chiarezza percepita dei propri obiettivi e delle proprie mansioni;
- Trasparenza percepita della valutazione;
- Livello di condivisione degli obiettivi dell'organizzazione, e allineamento con gli obiettivi individuali.

Il questionario formulato da Hall (2008) è stato sottoposto a un campione di 83 manager.

3. Il processo di budget come strumento di integrazione organizzativa e professionale all'interno delle ASL italiane. Gli obiettivi della fase 3 del Laboratorio.

La fase 3 del Laboratorio FIASO sul Governo del Territorio, focalizzata sul processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali, si propone tre macro-obiettivi di fondo tra loro correlati:

- Descrivere e analizzare i sistemi di programmazione e controllo, e nello specifico il processo di budget, all'interno di un campione rappresentativo di aziende ASL italiane;
- Confrontare gli obiettivi delle unità operative territoriali che emergono dalle schede di budget con (1) il percepito dei dirigenti responsabili di tali unità operative (a livello aziendale e a livello di sub-articolazione distrettuale o funzionale) e (2) il percepito di altri dirigenti ed eventualmente quadri che lavorano all'interno di tali unità operative;
- Valutare l'impatto del processo di budget su alcune dimensioni individuali e organizzative. Nello specifico, si analizzano la modalità di lavoro degli individui nell'organizzazione e la compartecipazione agli obiettivi aziendali, la chiarezza del ruolo organizzativo degli individui, l'individuazione di leadership condivise e stili di leadership, livello di *empowerment*, livello di performance individuale.

Il disegno metodologico della ricerca, comprensivo della struttura degli strumenti utilizzati per la *survey*, è oggetto specifico del successivo capitolo.

Vengono, poi, presentati i principali risultati della ricerca, analitici per singola azienda partecipante e con misure di sintesi. Oltre alla presentazione dei dati rielaborati, vengono proposte possibili relazioni tra variabili dipendenti e

indipendenti, volte a comprendere quali dimensioni (e con che efficacia) sono in grado di influenzare il comportamento degli individui e le loro performance.

Da ultimo, i risultati ottenuti vengono utilizzati quale punto di partenza per una riflessione sulle opportunità offerte alle aziende dal processo di budget, in ottica strategica, e quale strumento di integrazione organizzativa e professionale.

Bibliografia

Abernathy, M., & Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24, 189–204.

Ansari, S. L. (1979). Towards an open systems approach to budgeting. *Accounting, Organizations and Society*, 4(3), 149–161.

Argyris, C. (1960). Organizational effectiveness under stress. *Harvard Business Review*, 3, 137–146

Argyris, C. (1977). Organizational learning and management information systems. *Accounting, Organizations and Society*, 2(2), 113–123.

Bartlett, C. A., & Ghoshal, S. (1993). Beyond the M-form: towards a managerial theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 14, 23–46.

Brownell, P. (1983). Leadership style, budgetary participation and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society*, 8, 307–322.

Burt, R. S. (1980). Models of network structure. *Annual Review of Sociology*, 6, 79–141.

Burt, R. S. (1987). Social contagion and innovation: Cohesion versus structural equivalence. *American Journal of Sociology*, 92, 1287–1335.

Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28, 127–168.

- Covaleski, M. A., Evans, J. H., Luft, J. L., & Shields, M. D. (2003). Budgeting research: three theoretical perspectives and criteria for selective integration. *Journal of Management Accounting Research*, 15, 3–49.
- Di Maggio, P. J., and W. Powell 1991 'Introduction' in *The new institutionalism in organizational analysis*. W. W. Powell and P. J. Di Maggio (eds), 1–38. Chicago: University of Chicago Press.
- Emmanuel, C., Otley, D., & Merchant, K. (1990). *Accounting for management control*. London: Chapman & Hall
- Giddens, A. *The Constitution of Society*, Polity Press, Cambridge, UK, 1984.
- Hall M, 2008, The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance , *Accounting, Organization and Society*, 33 (2008) 141–163.
- Hedberg, B., & Jonsson, S. (1978). Designing semi-confusing information systems for organizations in changing environments. *Accounting, Organizations and Society*, 3(1), 47–64.
- Hirst, M. K. (1981). Accounting information and the evaluation of subordinate performance: a situational approach. *Accounting Review*, 771–784.
- Hope, J., & Fraser, R. (2003). *Beyond budgeting: how managers can break free from the annual performance trap*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Hopwood, A. G. (1972). An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation. *Empirical Research in Accounting*, 12, 156–182 (Supplement to *Journal of Accounting Research*).
- Ittner, C. D., & Larcker, D. F. (1998). Innovations in performance measurement: trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10, 205–238.
- Johnson, P., & Gill, J. (1993). *Management control and organizational behaviour*. London: Chapman.
- Macintosh, N. B. (1995). *Management accounting and control systems: an organizational and behavioral approach*. New York: Wiley.
- Magner, Welker e Campbell, 1995, The interactive effect of budgetary participation and budget favourability on attitudes toward budgetary decision makers: a research note, *Accounting, Organization and Society*, 20/ 7-8.

Marginson, D., & Ogden, S. (2005). Coping with ambiguity through the budget: the positive effects of budgetary targets on managers' budgeting behaviours. *Accounting, Organizations and Society*, 30, 435–456.

Merchant, K. A. (1990). The effects of financial controls on data manipulation and management myopia. *Accounting, Organizations and Society*, 15, 297–313.

Meyer, J. W., and B. Rowan 1977 'Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony'. *American Journal of Sociology* 83: 340–363.

Walsham G 2001, *Making a world of Difference: IT in a global context*, Wiley, UK.

Webb, R. A. (2004). Managers' commitment to the goals contained in a strategic performance measurement system. *Contemporary Accounting Research*, 21, 925–958.

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 Domenico Salvatore

1. Premessa

Come le precedenti fasi del Laboratorio FIASO sul Governo del territorio, l'impianto della ricerca cerca di conciliare l'obiettivo di descrivere uno o più aspetti dell'oggetto di analisi (in questo caso il processo di budget), l'obiettivo di offrire interpretazioni dei dati raccolti e l'obiettivo di fornire alle aziende partecipanti un meccanismo di *benchmarking* e auto-valutazione. La metodologia ha, quindi, adottato una strategia mista (Bryman, 2001; Tashakkori & Teddlie, 2003) che combina metodi qualitativi con metodi quantitativi. I metodi qualitativi utilizzati sono stati l'analisi dei documenti aziendali, i *focus group* che ciascuna azienda ha svolto al proprio interno e le discussioni emerse tra i partecipanti al laboratorio durante i *workshop*. I dati quantitativi analizzati provengono, invece, da questionari somministrati in ogni azienda a professionisti a vari livelli dell'organigramma aziendale e al responsabile dello staff che si occupa del processo di budget.

Come nelle altre fasi del laboratorio, gli obiettivi della ricerca non nascono solo da un'approfondita analisi della letteratura ma anche da incontri preparatori con alcuni esponenti del management delle aziende partecipanti. Da questi incontri è emersa la forte sensazione che in sanità, e soprattutto nella sanità territoriale italiana, si aggiunga una criticità aggiuntiva al processo di budget. Una diffusa cultura, che assume che i rapporti tra professionisti sanitari e management debba essere necessariamente conflittuale, differenze cognitive e di linguaggio tra i sanitari e i manager, rappresentazioni stereotipiche dei due gruppi e un approccio burocratico al processo di budget, possono far sì che all'interno delle unità operative aziendali gli obiettivi di budget non si conoscano o si conoscano in modo

distorto. Per questo motivo, uno degli obiettivi principali dello studio, come discusso nel paragrafo precedente, è quello di confrontare gli obiettivi delle unità operative territoriali, che emergono dalle schede di budget, con il percepito dei dirigenti responsabili di tali unità operative e il percepito di altri dirigenti e quadri che lavorano all'interno di tali unità operative.

L'insieme delle evidenze qualitative e quantitative utilizzato all'interno di questa fase del laboratorio può essere così sintetizzato:

- schede di budget per singola unità organizzativa e reportistica intermedia;
- rappresentazione delle architetture dei Centri di Responsabilità (CdR) per quattro unità organizzative che sono state scelte come oggetto della ricerca, della mappatura dei centri di costo;
- un questionario compilato dal responsabile aziendale del controllo di gestione con descrizione qualitativa del processo di budget e giudizio sulle priorità strategiche;
- questionari cui hanno risposto dirigenti e funzionari delle unità organizzative territoriali;
- rapporto sui risultati di un *focus group* che si è svolto in ogni azienda con la partecipazione del responsabile del controllo di gestione aziendale (il controller), di tre direttori di dipartimento, di due direttori di distretto, di due responsabili di CdR e di due dirigenti di linea. Il *focus group*, della durata massima di un'ora, è stato, in alcuni casi, registrato tramite registrazione audio e video e inviato poi al Centro di Ricerca.

2. L'analisi dei questionari

La parte quantitativa della ricerca, che ha avuto luogo attraverso questionari strutturati somministrati, in ogni azienda, a diverse tipologie di lavoratori, è stata utilizzata per raccogliere dati su:

- il grado di concordanza tra gli obiettivi assegnati dall'azienda, così come percepiti dal *controller* aziendale con il supporto delle schede di budget, e quelli percepiti da diversi livelli gerarchici della *line* operativa della azienda;
- il livello di partecipazione al processo di budget;
- l'impatto del processo di budget su modalità di lavoro e compartecipazione a obiettivi aziendali;
- l'impatto del processo di budget sulla chiarezza del ruolo organizzativo;
- l'impatto del processo di budget su individuazione di leadership condivisa e relativo livello di fiducia;
- l'impatto del processo di budget su *empowerment* e livelli individuali di performance.

Ciascuna azienda ha somministrato il questionario al proprio interno, seguendo dei criteri concordati nel primo *workshop* per selezionare il campione in modo quanto più omogeneo possibile. All'interno di ognuna delle aziende del Laboratorio sono stati estratti, a caso, tre distretti e al loro interno sono state prese in considerazione quattro unità organizzative (U.O) territoriali (con riferimento all'ambito di assistenza), selezionate in base alla loro rilevanza sul totale della spesa territoriale, come emerso dalla fase 1 del Laboratorio. Queste unità, che possono avere denominazioni diverse all'interno delle aziende, sono:

- l'unità organizzativa responsabile delle cure primarie e della medicina generale;
- l'unità organizzativa responsabile per le strutture per anziani;
- il dipartimento di salute mentale;
- il dipartimento di prevenzione o di sanità pubblica.

Soprattutto con riferimento al dipartimento di salute mentale e al dipartimento di prevenzione o di sanità pubblica, qualora non distrettualizzati, sono state prese in considerazione le unità organizzative aziendali e le loro sottoarticolazioni (3 sottoarticolazioni o servizi). Nel caso in cui una o più delle quattro unità organizzative territoriali non fossero presenti all'interno dell'azienda, è stato chiesto alle aziende di selezionare le unità organizzative più simili a quelle individuate per tipologia di attività svolta. Nell'elaborazione dei questionari, nel caso in cui le U.O. prese in considerazione dalle aziende fossero state giudicate dal gruppo di ricercatori troppo disomogenee rispetto a quelle richieste (ad esempio "Veterinaria" come sostitutiva delle "Cure Primarie"), i dati riportati in tali questionari non sono stati inclusi nell'analisi.

Inoltre, per la scelta degli individui da selezione per l'inclusione nel campione nel *workshop*, è stato concordato di includere:

- il responsabile dell'unità operativa che si occupa del processo di budget dell'azienda (spesso chiamato *controller*);
- i quattro responsabili a livello aziendale delle unità organizzative individuate (il responsabile aziendale delle cure primarie, il direttore della salute mentale, il direttore della prevenzione e sanità pubblica, il direttore del settore anziani);
- i direttori dei 3 distretti individuati;
- per ciascun distretto (o nel caso di aziende dipartimentali in ciascuno dei servizi individuati), all'interno di ciascuna delle quattro subarticolazioni organizzative individuate, i questionari sono stati somministrati a tre professionisti, tra cui:
 - il responsabile dell'unità organizzativa;
 - un dirigente medico che lavora all'interno dell'U.O.;

- un funzionario di comparto che riveste un ruolo di coordinamento nell'U.O.

In totale, perciò, in ogni azienda sono stati selezionati per l'inclusione 43 professionisti.

3. Scale di misurazione

Sono state seguite due strategie diverse per lo sviluppo delle misura delle caratteristiche del processo di budget e del grado di concordanza tra le percezioni degli obiettivi assegnati.

Per quanto riguarda le caratteristiche del processo di budget, è stato chiesto ai dirigenti e funzionari delle U.O. territoriali di esprimere il proprio giudizio, lungo una scala ordinale da 1 a 5, su una serie di domande relative alla valutazione delle caratteristiche del processo di budget. Il questionario e tutti gli *item* che lo compongono sono riportati in appendice. Questi *item* sono stati adattati da Marginson e Ogden (2005) e Hall (2008) dopo una *review* della letteratura e una discussione e un test con i partecipanti al laboratorio. Nello specifico, le variabili rilevate sono state:

- livello di partecipazione nel processo di budget;
- modalità di lavoro e compartecipazione agli obiettivi aziendali; chiarezza del ruolo organizzativo;
- individuazione leadership condivisa e livello di fiducia;
- *empowerment* e livelli di performance individuali.

Per quanto riguarda il grado di concordanza tra le percezioni degli obiettivi assegnati, invece, è stato necessario sviluppare una scala specifica che si adattasse al contesto organizzativo e alle necessità della ricerca. Questa scala intende misurare il grado di accordo tra gli obiettivi assegnati dall'azienda, così come percepiti dal controller aziendale con il supporto delle schede di budget, e quelli percepiti da diversi livelli gerarchici della line operativa della azienda. Per rilevare questa variabile, è stato chiesto a ciascuno degli individui cui è stato somministrato il questionario di indicare in ordine decrescente di importanza quali sono le dimensioni strategiche rilevanti del processo di budget con riferimento agli obiettivi dell'unità organizzativa in cui l'individuo opera, utilizzando lo schema riportato nella Tab.1. Le otto categorie di obiettivi sono prima state proposte dal gruppo di ricercatori, discusse e modificate con alcuni dei partecipanti al laboratorio e, infine, discusse e modificate nel *workshop* con tutto il laboratorio di ricerca, in modo da arrivare a una classificazione sufficientemente rappresentativa degli obiettivi dati alle aziende e sufficientemente comprensibile dai professionisti che hanno risposto al questionario.

Tabella 1 Tabella del questionario in cui gli individui riportano l'ordine di priorità degli obiettivi di budget della propria unità

Dimensioni strategiche considerate	Ordine di rilevanza (1: la più rilevante; 8: la meno rilevante)
- Obiettivi di razionalizzazione delle risorse finanziarie e umane impiegate/input	
- Obiettivi di volumi di prestazione/output	
- Obiettivi di appropriatezza	
- Obiettivi di qualità percepita/ <i>customer satisfaction</i>	
- Obiettivi di <i>outcome</i> / esito clinico	
- Rispetto delle procedure amministrative/ flussi informativi	
- Progetti di innovazione organizzativa (ad esempio associazionismo MMG)	
- Progetti di innovazione clinica	

In ciascuna unità operativa coinvolta nell'indagine, questa tabella è stata, quindi, sottoposta a tutti i livelli gerarchici dell'organigramma aziendale, cioè, al *controller*, che, in rappresentanza della direzione aziendale, ha una visione sugli obiettivi assegnati a tutte le unità operative, il responsabile a livello aziendale delle unità operative individuate, il direttore di distretto, il responsabile dell'unità organizzativa all'interno del distretto, un dirigente medico, che lavora all'interno dell'unità organizzativa, e un funzionario del comparto, che riveste un ruolo di coordinamento nell'unità organizzativa.

Il livello di accordo delle diverse categorie di professionisti sull'ordine di priorità degli obiettivi strategici è stato calcolato attraverso un indice di concordanza *W*, che varia in valore assoluto tra 0 e 1. L'indice misura quanto i professionisti siano d'accordo sugli ordini di importanza che hanno attribuito ai

criteri. Un indice di concordanza *W* uguale a 1 indica che l'ordine d'importanza assegnato agli obiettivi è identico tra tutti gli interlocutori considerati¹.

¹ La formula per calcolare l'indice è la seguente:

$$W = \frac{12 * S}{m^2 * (n^3 - n)}$$

Sulla base dei *ranking* ordinali decrescenti (da 1 a 8) attribuiti dalle differenti categorie di professionisti agli obiettivi strategici (definiti “criteri”), per tutti gli otto criteri si è anche calcolata la media della somma dei ranghi (MSR), ossia la media del *ranking* ordinale relativo attribuito da più soggetti al medesimo criterio. Tale valore indica in media la posizione nella scala d’importanza occupata da quel particolare criterio. Come è evidenziato dall’esempio in tabella, una MSR di 1,67, quando le modalità da ordinare sono 8 (come gli obiettivi appunto), indica che in media i professionisti aziendali hanno ritenuto quella voce di particolare importanza, cioè vicina alla posizione 1 di massima importanza. Una MSR di 7 indica, invece, che l’obiettivo non è ritenuto affatto prioritario.

Bibliografia

Bryman, A. (2001). *Social Research Methods* (p. 560). Oxford University Press.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (p. 768). SAGE.

Si tratta del coefficiente di concordanza W di Kendall, che è una misura di associazione utilizzabile con valori ordinali. Per quanto riguarda il numeratore della formula, S è la somma dei quadrati delle differenze fra i totali dei ranghi assegnati e la media dei ranghi; quindi, per ciascun obiettivo e per ciascun professionista che ha risposto al questionario, si è fatta la differenza tra il rango assegnato all'obiettivo dal professionista (ad esempio 1, se secondo il professionista si tratta dell'obiettivo più importante) con la media dei ranghi totali calcolata secondo la formula:

$$\bar{R} = \frac{1}{2} m(n + 1)$$

dove m è il numero delle persone che forniscono i giudizi, n è il numero delle modalità da ordinare. La somma dei quadrati di queste differenze è, quindi, tanto più piccola quanto più i ranghi assegnati a ciascun obiettivo sono differenti tra persona a persona, e più ampia quando questi i ranghi assegnati sono uguali. Il denominatore dipende ancora dal numero delle persone che forniscono i giudizi e dal numero delle modalità da ordinare, ed è strutturato in modo tale da far sì che l'indice possa variare tra 0, nel caso di massima discordanza, e 1, nel caso di completo accordo.

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 13 aziende italiane

di Stefano Tasselli

1. Premessa

I risultati relativi ai processi di programmazione e controllo delle attività territoriali delle aziende sono presentati sulla base di quattro dimensioni di analisi:

- analisi dei sistemi di programmazione e controllo all'interno delle aziende del campione: le aziende sono state confrontate sulla base delle diverse fasi che compongono il processo di budget (fase iniziale di negoziazione, fase di reportistica intermedia e fase finale di valutazione delle performance), evidenziando i punti di forza e di debolezza delle soluzioni adottate; inoltre, si presentano le evidenze emerse dalle correlazioni effettuate tra le differenti dimensioni di analisi dei processi aziendali di budget;
- analisi delle priorità strategiche aziendali, per le quattro Unità Organizzative territoriali selezionate (Cure Primarie, Salute Mentale, Prevenzione, Anziani), secondo tre differenti passaggi logici: valutazioni qualitative dei *controller* su obiettivi attesi e innovazioni adottate; percepito dei professionisti aziendali sulle priorità strategiche degli obiettivi di budget; livello di concordanza dei differenti attori del sistema sugli obiettivi assegnati;
- risultati emersi dall'analisi sull'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dirigenti territoriali;
- Correlazioni tra le tre precedenti dimensioni di analisi: livello di concordanza sugli obiettivi, struttura del processo di budget e impatto del processo sui dirigenti e funzionari.

2. Come le aziende hanno strutturato i propri processi di Programmazione e Controllo?

Attraverso l'analisi dei sistemi di programmazione e controllo presenti nelle aziende del campione, ci siamo proposti i seguenti obiettivi di ricerca: (1) mappare le caratteristiche principali delle tre fasi che compongono il sistema di Programmazione e Controllo (fase negoziale, fase intermedia e fase finale), evidenziando le specificità della programmazione per le attività territoriali; (2) analizzare in chiave preliminare alcune correlazioni fra le diverse dimensioni di analisi che compongono il sistema di programmazione e controllo; (3) fare emergere dalle analisi i principali punti di forza e di debolezza dei sistemi adottati, e proporre eventuali suggerimenti per migliorare la gestione del processo.

2.1 Le fasi del processo di budget

Il processo di budgeting è stato scomposto in tre fasi principali: negoziazione, fase intermedia e fase di controllo e riprogrammazione strategica. Per ognuna delle tre fasi, si sono analizzate le principali dimensioni di analisi del processo.

Fase negoziale

Relativamente alla fase negoziale, le aziende sono state confrontate sui seguenti *item*:

- Chi fa la proposta di budget. Tra le 12 aziende che hanno risposto correttamente al questionario, si individuano 6 differenti soluzioni adottate, quattro delle quali prevedono il coinvolgimento di più attori, mentre nelle due restanti la proposta proviene da un solo soggetto. Nei primi quattro casi, la proposta viene o da almeno un membro della Direzione Strategica congiuntamente al Responsabile del Centro di Responsabilità (2 aziende), o dal *Controller* congiuntamente al Direttore di Dipartimento (2 aziende) o da un membro della Direzione strategica congiuntamente con il *Controller* (3 aziende), o infine dal Direttore del Dipartimento previa consultazione con il responsabile del CdR (1 azienda). Negli ultimi due casi, la proposta viene, in maniera unidirezionale, o dalla Direzione strategica (3 aziende) o dal Responsabile del CdR (1 azienda). L'indicazione più rilevante, che emerge da tale analisi, è come il Responsabile del singolo CdR sia scarsamente coinvolto nel processo di proposta di budget dalla maggior parte delle aziende del campione.
- Chi è presente alla negoziazione. Anche in questo caso non esiste una soluzione univoca, ma emerge una netta prevalenza di aziende (8 su 12) che prevedono il coinvolgimento di tutti gli attori (Direzione strategica, Controller, Direttore di Dipartimento, Responsabile del CdR).
- Sede fisica della negoziazione. Nella maggior parte delle aziende (8), avviene presso la sede della Direzione Generale.

- Numero di livelli di negoziazione. La metà delle aziende (6) ricorre a due livelli di negoziazione, anche se ci sono aziende che utilizzano un solo livello (4) e aziende che ne prevedono tre (2).
- Percentuale di costi negoziata sul totale dei costi. In media, durante il processo di budget si negozia il 43 per cento dei costi complessivi. In sole 2 aziende la forbice dei costi negoziati è pari al 75-100 per cento, mentre in 4 aziende è pari allo 0-25 per cento.
- Numero medio di indicatori per Centro di Responsabilità. Fra le aziende del campione ci sono differenze significative riguardo al numero di indicatori di attività e performance: per singolo CdR territoriale, in media ce ne sono 6,1 (la ASL di Bassano ne prevede solo uno mentre la ASL di Piacenza ne prevede 14); per singolo CdR ospedaliero, la media è di 8,4 indicatori (le ASL di Cremona e Trieste non ne prevedono nessuno, mentre la ASL Roma E ne prevede 17).
- Presenza di meccanismi di pesatura degli obiettivi. In 9 aziende sono presenti sistemi di pesatura degli obiettivi assegnati; in 3 aziende sono assenti.
- Mese di chiusura della negoziazione. 6 aziende riescono a chiudere la negoziazione entro marzo; 4 aziende, invece, oltre maggio.
- Livello di declinazione degli obiettivi. In 6 casi sono aggregati per CdR, in 5 casi sono declinati obiettivi individuali, in un solo caso sono declinati per qualifiche analoghe.
- Quali fattori produttivi rientrano nella responsabilità del processo di budget (Tabella 1). Tutte le aziende del campione negoziano attraverso il budget i Beni sanitari, 10 aziende il Personale, 9 aziende i Beni e servizi non sanitari. Il budget sembra, invece, avere limitata responsabilità sulla negoziazione di prestazioni sanitarie intermedie, acquisto di beni tecnologici, consumi in strutture non aziendali e governo della mobilità.

Tabella 1 **Fattori produttivi considerati nel processo di budget**

Azienda	Personale	Prestazioni sanitarie intermedie	Beni sanitari	Acquisto tecnologie	Beni e servizi non sanitari	Consumi in strutture non aziendali	Governo mobilità	Altro
Alba	X	X	X		X			Ammortamenti
Bassano			X	X				
Bologna	X		X		X	X		
Cremona	X		X	X	X	X		
Ferrara	X		X		X			rette in case protette o acquisti di prestazioni
Firenze	X	X	X		X	X	X	
Lanciano			X					Beni non sanitari
Piacenza	X	X	X	X	X	X	X	
Roma	X	X	X	X	X			Budget formazione
Savona	X		X	X	X	X		
Thiene	X		X			X	X	
Trieste	X		X	X	X			
Numero	10	4	12	6	9	6	3	

Fase intermedia

Relativamente alla fase di reportistica intermedia del processo di budget, è stato richiesto alle aziende del campione di indicare le principali dimensioni che caratterizzano tale fase:

- Numero report intermedi. 2 aziende prevedono un solo report intermedio e 2 aziende ne prevedono fra due e tre; la maggior parte del campione (8 aziende) prevede più di tre report intermedi (con scadenza perciò almeno trimestrale);
- Presenza di momenti di discussione durante l'anno. In solo 1 azienda non sono presenti durante l'anno momenti di discussione degli obiettivi tra Direzione e CdR;
- Percentuale di CdR coinvolti nella discussione. La media dei CdR coinvolti nella discussione è pari al 72 per cento dei CdR, con differenze molto significative fra le aziende del campione (nella ASL di Lanciano la percentuale è pari a 0; nelle ASL di Bassano, Cremona, Firenze e Trieste si riscontra, invece, un coinvolgimento molto più attivo dei CdR);
- Numero di momenti di discussione per singolo CdR. Principalmente vi è un solo momento di discussione durante l'anno (5 aziende); in 2 aziende i sono due, e in 3 aziende sono più di tre. Una sola azienda non prevede alcun momento di discussione;
- La struttura della partecipazione agli incontri. Gli incontri avvengono principalmente fra il Direttore Generale ed il CdR (9 aziende – in 4 aziende partecipa solo il responsabile del CdR; nelle restanti gli incontri sono allargati ad altri dirigenti del CdR). Nelle due restanti aziende, gli incontri avvengono o fra il direttore del dipartimento ed il responsabile del CdR, o fra il Comitato di budget e il responsabile del CdR.

Fase finale

Relativamente alla fase finale di valutazione delle performance, è stato richiesto alle aziende del campione di indicare le principali dimensioni che la caratterizzano:

- Quota di raggiungimento degli obiettivi. In tutte le aziende del campione tutti i CdR raggiungono almeno il 50-70 per cento degli obiettivi a loro assegnati, e in media il 95 per cento dei CdR raggiunge l'80-90 per cento (la ASL Roma E si posiziona su un valore nettamente inferiore alla media, con il 77 per cento di CdR che raggiungono tale quota di obiettivi). In media, il 69 per cento dei CdR raggiungono il 100 per cento degli obiettivi (l'intervallo di variazione raggiunge l'ampiezza massima con una significativa dispersione: la ASL di Thiene ha un valore dell'1 per cento, mentre le ASL di Bassano e Cremona riportano un valore del 100 per cento).
- Quota del premio di risultato allocata. La quota di premio di risultato allocata sulla base della valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget è in media del 73 per cento, anche in questo caso con un intervallo di variazione ampio, ma con una maggiore concentrazione di valori attorno alla media. Tali evidenze sono sintetizzate in Tabella 2.

Guardando, poi, alla presenza di incontri tra i responsabili dei CdR e comparto durante le tre fasi che compongono il processo di budget, dall'analisi emerge che tutte le Aziende organizzano dei momenti di discussione nella fase di negoziazione e nella fase di valutazione finale (ad eccezione di 1 sola Azienda), mentre per la fase di confronto sui report intermedi le Aziende sono divise in due.

Tabella 2 Processo di budget: fase di valutazione finale

Azienda	% CdR che raggiungono il 50-70% degli obiettivi	% CdR che raggiungono l'80-90% degli obiettivi	% CdR che raggiungono il 90-95% degli obiettivi	% CdR che raggiungono il 95-100% degli obiettivi	Quota del premio di risultato allocata dalla valutazione del livello raggiungimento obiettivi di budget
Alba	100%	100%	98%	96%	75-100%
Bassano	100%	100%	100%	100%	75-100%
Bologna	100%	100%	100%	99%	75-100%
Cremona	100%	100%	100%	100%	75-100%
Ferrara	100%	80%	71%	63%	50-75%
Firenze	100%	100%	91%	83%	0-30%
Lanciano	100%	95%	60%	25%	75-100%
Piacenza	100%	99%	96%	66%	75-100%
Roma	98%	77%	54%	26%	75-100%
Savona	100%	100%	90%	80%	75-100%
Thiene	100%	97%	12%	1%	0-30%
Trieste	100%	100%	100%	90%	75-100%

Da questa analisi dei sistemi di budget delle aziende del campione, emergono alcuni primi spunti di riflessione. Indipendentemente dalla presenza formale di un processo di definizione di obiettivi strategici di budget per le U.O. territoriali, le aziende sembrano evidenziare un forte differenziale di maturità nella definizione dello strumento. Le risposte fornite dalle aziende, relativamente alle dimensioni analizzate, presentano significative dispersioni, segno di una sostanziale eterogeneità fra i sistemi di P&C implementati. Se da un lato la presenza di un numero eccessivo di obiettivi per CdR può sottintendere una sostanziale ingovernabilità dello strumento, dall'altro lato aziende con una struttura ancora embrionale di budget sul territorio (pochissimi obiettivi poco differenziati per CdR) sembrano non essere in grado di utilizzare in chiave strategica il processo.

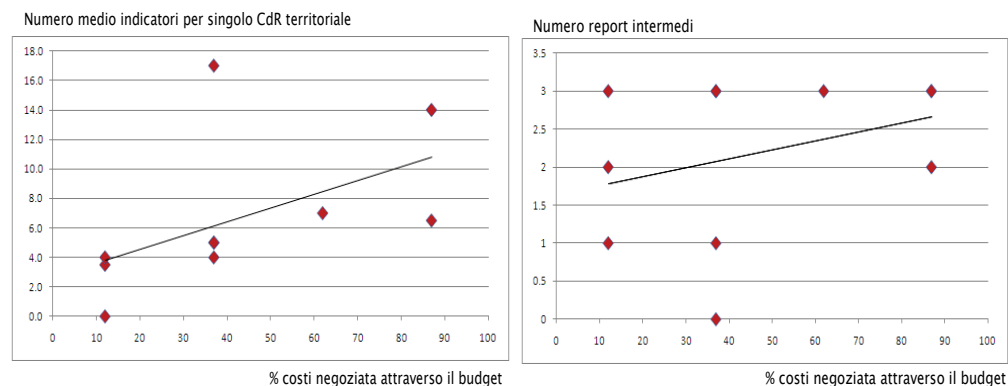
2.2 Correlazioni tra le dimensioni di analisi dei processi aziendali di budget

Sulla base dei risultati emersi dall'analisi dei processi di programmazione e controllo nelle aziende del campione, si indagano di seguito alcune possibili correlazioni tra le dimensioni che compongono il sistema di budget.

Percentuale di costi negoziata a budget e funzionalità del processo

Le prime due correlazioni presentate hanno l'obiettivo di indagare se la percentuale di costi negoziata a budget influisca su alcuni aspetti del processo, in particolare sul numero di indicatori per singolo CdR territoriale e sul numero di report intermedi previsti (Graf. 1). Dall'analisi dei risultati emerge come, all'aumentare dei costi negoziati, aumenti anche la numerosità di indicatori utilizzati per valutare l'effettivo raggiungimento dei risultati. Allo stesso modo, aumenta anche il monitoraggio delle attività durante l'arco dell'anno, con un incremento del numero di report prodotti dai singoli CdR. Tali evidenze suggeriscono che all'aumentare della rilevanza del processo di budget (espressa in termini di costi negoziati), aumenta anche la volontà di controllo da parte dei vertici aziendali sull'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi. Con riferimento al numero di indicatori, nello specifico, non sembrerebbe emergere dalle aziende una *one best way*. Il controllo effettivo sul processo può essere raggiunto attraverso diversi livelli di granularità nel numero di indicatori analizzati. Un numero troppo esiguo di indicatori, così come un numero eccessivo, difficilmente, però, caratterizzano un sistema di P & C in grado di incidere realmente sul controllo dei costi e delle attività: nel primo caso (pochi indicatori), infatti, il sistema appare ancora in fase embrionale e inefficace nell'investigare le principali dimensioni di attività; nel secondo caso, invece, la presenza di un numero eccessivo di indicatori sembra inibire la loro efficacia nel presidiare le principali dimensioni strategiche dell'azienda.

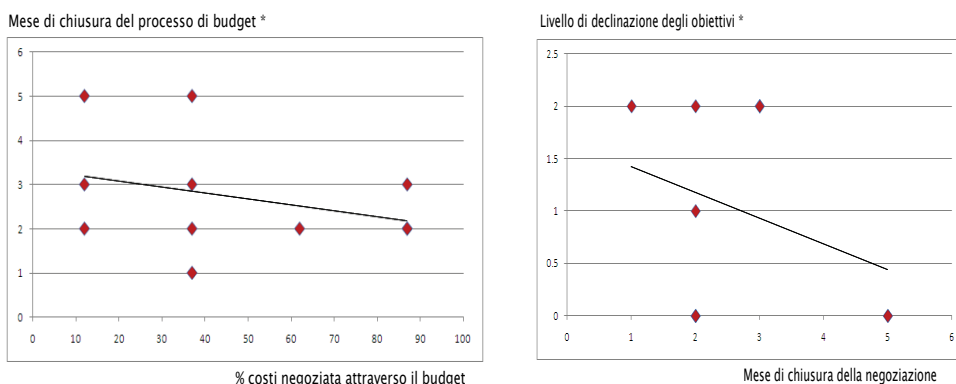
Grafici 1 Percentuale di costi negoziata a budget e funzionalità del processo



Antecedenti ed effetti della durata del processo di budget

Dalle due correlazioni che seguono, che indagano, invece, i possibili fattori in grado di influenzare la durata del processo di budget e i suoi effetti sul processo stesso, emerge come il mese di chiusura del processo non sia collegato né alla percentuale di costi negoziata a budget né al livello di declinazione degli obiettivi. La minore efficienza in termini di durata del processo non trova, quindi, spiegazione nel maggior livello di complessità delle variabili che sono in gioco (volume di risorse coinvolte e livello di dettaglio degli obiettivi collegati). Al contrario, efficienza nella gestione della durata del processo rappresenta una volontà strategica da parte delle aziende di presidiare il processo stesso e di renderlo efficace.

Grafici 2 Antecedenti ed effetti della durata del processo di budget



* 1 entro gennaio; 2 febbraio - marzo; 3 marzo - aprile; 5 maggio e oltre

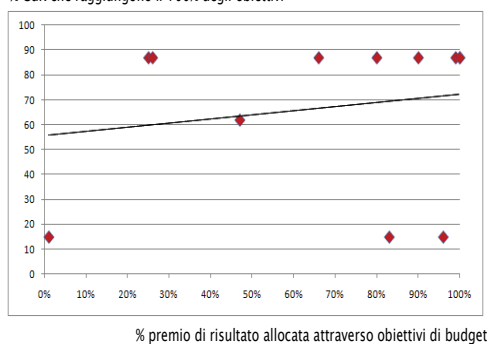
* 0 aggregati per CdR; 1 aggregati per qualifica analoghe; 2 declinati in obiettivi individuali

Raggiungimento degli obiettivi e valutazione delle performance

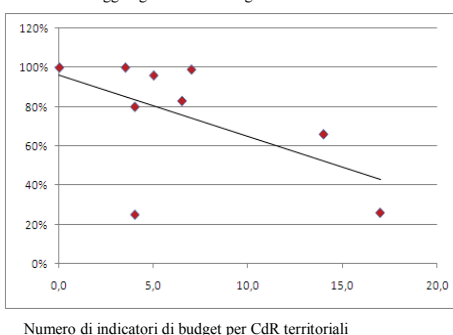
Nelle ultime due correlazioni, la percentuale di Centri di Responsabilità che raggiungono il 100 per cento degli obiettivi è messa in relazione con la percentuale di premio di risultato allocata attraverso il budget e il numero di indicatori di budget per CdR territoriali. La prima correlazione evidenzia un ininfluente collegamento fra le prime due variabili, ma il suo significato resta ambiguo e difficile da svelare: da un lato la correlazione potrebbe indicare come il budget sia effettivamente utilizzato come strumento di valutazione dell'operato aziendale, e non come mero meccanismo distributivo delle risorse, inducendo, perciò, i CdR ad una maggiore attenzione al rispetto degli obiettivi prefissati. Allo stesso tempo, però, potrebbe indicare un'evidenza opposta, ossia che il budget è utilizzato per una ripartizione a pioggia degli incentivi, senza una reale valutazione delle performance. La seconda correlazione, invece, suggerisce che, all'aumentare del numero di indicatori utilizzati per valutare le performance individuali, diminuisca la quota di raggiungimento degli obiettivi, confermando che, per avere un processo efficace di budget, c'è necessità di raccogliere un numero minimo di indicatori sull'operato dei CdR.

Grafici 3 Raggiungimento degli obiettivi e valutazione delle performance

% CdR che raggiungono il 100% degli obiettivi



% CdR che raggiungono il 100% degli obiettivi



3. Punti di forza e di debolezza del processo di budget e implicazioni manageriali

L'analisi dei principali punti di forza e di debolezza dei sistemi di programmazione e controllo, attualmente presenti nelle aziende del campione, è stata condotta attraverso due modalità di analisi: da un lato, è stato sottoposto a *controller* e dirigenti delle unità organizzative campionate un questionario finalizzato a valutare le criticità dei processi di budget aziendali; dall'altro, sono stati organizzati dei *focus group* aziendali all'interno di ogni azienda del campione, con l'obiettivo di discutere le evidenze emerse.

Punti di forza

Per quanto riguarda la strutturazione del processo di budget, tra i principali punti di forza si evidenzia come il budget rappresenti un'opportunità di creazione di meccanismi iterativi di negoziazione – monitoraggio – ridefinizione degli obiettivi, grazie a un confronto che aiuta a chiarire gli intenti e a orientare il lavoro. Quando il processo è bidirezionale, ha, poi, l'indubbio vantaggio di affiancare il controllo da parte della Direzione strategica con la possibilità, per i singoli CdR, di avanzare proposte strategiche. Inoltre, favorisce una cultura diffusa della responsabilità verso il conseguimento degli obiettivi strategici individuati ed aumenta il livello di auto-responsabilizzazione individuale. Permette, infine, di diffondere la cultura del confronto in azienda e logiche di lavoro in team, con il superamento di logiche autoreferenziali e lo sviluppo di capacità di analisi relative all'effettiva capacità di perseguimento degli obiettivi.

Punti di debolezza:

Il principale punto di debolezza emerso dalle valutazioni aziendali concerne la sua tempistica spesso inappropriata. Il budget è, di frequente, un processo tardivo con riferimento sia alla fase di negoziazione degli obiettivi che alla scarsa tempestività della reportistica. In questo modo, rischia di diventare uno strumento focalizzato principalmente sulla valutazione sul raggiungimento degli obiettivi, piuttosto che uno strumento di orientamento verso il perseguimento degli obiettivi aziendali. L'efficacia del processo di budget sembra anche risentire della scarsità di momenti di confronto fra i vari livelli e di comunicazione tra CdR e all'interno dei CdR, aggravata dal fatto che alcuni obiettivi, data la loro trasversalità e sovrapposibilità, richiedono una costante relazione con le varie figure professionali coinvolte.

Suggerimenti per migliorare il processo di budget

Sulla base delle criticità presenti, le aziende del campione hanno indicato alcuni suggerimenti manageriali che potrebbero migliorare il processo di budget. Le aziende, nello specifico, dovrebbero incentivare i seguenti punti:

- maggiore differenziazione degli obiettivi alla luce delle specifiche *mission* dei singoli CdR e definizione di obiettivi maggiormente governabili e monitorabili;
- adeguamento dei sistemi informativi alle esigenze di monitoraggio - maggiore quantità, qualità e attendibilità dei dati, maggiore tempestività nella rielaborazione e comunicazione dei report;
- organizzazione di incontri strutturati tra Direzione Strategica e responsabili dei singoli CdR in fase di negoziazione degli obiettivi, anche attraverso un crescente coinvolgimento del comparto;
- migliore rappresentazione dell'aspetto qualitativo degli obiettivi rispetto al numero finale, che identifica solo la parte quantitativa e, a volte, non è rappresentativa dell'intero lavoro svolto;
- maggior consapevolezza, a livello aziendale, della complessità e strategicità di alcuni obiettivi, che in alcuni casi richiede di valutare anche

il grado di interdisciplinarietà degli obiettivi affidati, attraverso una pesatura degli obiettivi, sulla base del grado di effettiva governabilità degli stessi.

Dall'analisi congiunta delle evidenze emerse dai questionari e dai *focus group* organizzati dalle aziende, è possibile individuare alcune importanti riflessioni. Il processo di budget deve essere considerato come momento fondamentale per la diffusione del senso di appartenenza e la condivisione degli obiettivi aziendali, prima ancora che come meccanismo di premiazione delle performance individuali, incentivando logiche di lavoro multiprofessionali basate su meccanismi di collaborazione. Solo se il budget diventa uno strumento condiviso all'interno dell'organizzazione, infatti, esso può guidare la direzione e gli altri attori verso una traiettoria organizzativa rivolta al raggiungimento degli obiettivi strategici. Proprio per questa sua funzione di orientamento dei comportamenti, è necessario il rispetto dei tempi (sia nella fase iniziale in cui vengono definiti gli obiettivi, che nella fase di reportistica intermedia) e il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, promuovendo momenti di confronto che aiutino a chiarire e condividere le priorità strategiche.

4. Analisi dei processi di budget aziendali: le priorità strategiche delle aziende

L'indagine delle priorità strategiche aziendali è stata condotta attraverso l'analisi dei seguenti oggetti di ricerca:

- valutazioni qualitative dei *controller* su obiettivi attesi e innovazioni adottate, rilevate attraverso la compilazione di questionari con risposte aperte da parte dei *controller*;
- grado di priorità attribuito agli obiettivi dai professionisti aziendali; in questo secondo oggetto di analisi, è rilevato il percepito di diverse categorie di professionisti, poste a differenti livelli gerarchici lungo il processo di budget, relativamente agli obiettivi strategici ritenuti prioritari in fase di negoziazione, all'interno di una lista potenziale di 8 obiettivi (Tabella 3.4) ordinati in *ranking* decrescente per livello di priorità percepita;
- livello di concordanza dei differenti attori del sistema sugli obiettivi; per ciascuna delle 4 unità organizzative territoriali (Cure Primarie, Salute Mentale, Prevenzione, Anziani), viene misurato il livello di concordanza delle diverse categorie di professionisti relativamente al grado di priorità attribuito ai diversi obiettivi, attraverso un indice di concordanza W , che misura quanto i professionisti siano d'accordo sugli ordini di importanza che hanno attribuito ai criteri. L'indice W varia in valore assoluto tra 0 e 1, in cui 0 indica l'assenza totale di concordanza e 1 indica, invece, che l'ordine d'importanza assegnato agli obiettivi è identico tra tutti gli interlocutori considerati.

L'analisi è stata condotta in quattro Unità Organizzative territoriali particolarmente rilevanti: Cure Primarie, Salute Mentale, Prevenzione, Anziani.

Tabella 3 **Obiettivi strategici considerati nell'analisi**

Possibili obiettivi strategici	Codice
Obiettivi di razionalizzazione delle risorse finanziarie e umane impiegate/input	Ob 1
Obiettivi di volumi di prestazione/output	Ob 2
Obiettivi di appropriatezza	Ob 3
Obiettivi di qualità percepita/ customer satisfaction	Ob 4
Obiettivi di outcome/ esito clinico	Ob 5
Rispetto delle procedure amministrative/ flussi informativi	Ob 6
Progetti di innovazione organizzativa (ad esempio associazionismo MMC)	Ob 7
Progetti di innovazione clinica	Ob 8

4.1 Gli obiettivi aziendali per l'Unità Organizzativa territoriale Cure Primarie

Da una prima analisi basata su valutazioni qualitative da parte dei *controller*, è emerso che i principali obiettivi strategici per l'Unità Organizzativa di Cure Primarie sono i seguenti:

- individuazione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici, accompagnata ad una maggiore integrazione degli attori all'interno dei percorsi per patologia, al fine di assicurare ai pazienti una migliore continuità assistenziale;
- obiettivi di miglioramento del governo clinico;
- maggiore appropriatezza prescrittiva;
- dimissioni protette, attraverso l'individuazione di un processo di "passaggio organizzato" dalla dimissione ospedaliera per il domicilio.

Parallelamente, già alcune aziende del campione hanno adottato innovazioni organizzative relativamente a:

- promozione di PDTA condivisi con altri attori istituzionali;
- introduzione della figura del case manager per malati cronici identificabile con l'infermiere per l'ADI, responsabile anche del coordinamento con le strutture ospedaliere per le dimissioni protette;
- attivazione del punto unico di accesso.

Il grado di priorità attribuito dai professionisti aziendali agli obiettivi per l'U.O. Cure Primarie è stato, poi, analizzato tramite una metodologia quantitativa, con il calcolo della media della somma dei ranghi. Tale metodo consente di misurare la

media del *ranking* ordinale assegnato dai rispondenti ai diversi obiettivi. Dal momento che *ranking* 1 identifica l'obiettivo ritenuto più rilevante e *ranking* 8 l'obiettivo meno rilevante lungo una scala discendente, gli obiettivi con media della somma dei ranghi più vicina a 1 sono i più rilevanti. I risultati emersi evidenziano i seguenti aspetti:

- per i *Controller*, l'obiettivo prioritario (media 2) sono i progetti di innovazione organizzativa, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 6) riguarda i progetti di innovazione clinica;
- per i responsabili dell'U.O. Cure Primarie, il principale obiettivo perseguito (media 2,2) riguarda la razionalizzazione delle risorse finanziarie e umane impiegate (obiettivo di input), mentre l'obiettivo meno rilevante (media 6,5) riguarda, come per i *controller*, i progetti di innovazione clinica;
- per i Responsabili delle sub-articolazioni organizzative, i dirigenti e i funzionari di comparto, l'obiettivo prioritario (media 2,73) è l'appropriatezza, e anche in questo caso l'obiettivo meno rilevante (media 5,70) riguarda i progetti di innovazione clinica insieme al rispetto delle procedure amministrative/ flussi informativi (media 5,80);
- se si guarda, infine, a tutta la catena dell'U.O. Cure Primarie, gli obiettivi di input risultano avere un peso maggiore degli altri (media 3,01), mentre l'obiettivo meno perseguito rimane quello di sviluppo di progetti di innovazione clinica (media 5,82).

Si è, poi, analizzato il livello di concordanza dei diversi soggetti impegnati nel processo di budget rispetto agli obiettivi aziendali. Dall'analisi effettuata emerge (Tabella 4) in media un buon livello di concordanza sia fra i *Controller* e i Responsabili dell'U.O., che fra i Responsabili dell'U.O. e i Responsabili delle sub-articolazioni organizzative, mentre risulta un livello di concordanza inferiore fra i responsabili delle sub-articolazioni organizzative e il comparto.

Nella sua media complessiva, però, il livello di concordanza fra tutti i soggetti della "catena aziendale" presenta notevoli criticità. Ciò è ben evidenziato dal fatto non esiste uniformità riguardo all'obiettivo prioritario da perseguire, che è differente per i tre livelli considerati (*controller*, responsabili di unità organizzativa, responsabili e comparto delle sub-articolazioni organizzative).

Tabella 4 **Livello di concordanza – U.O. Cure Primarie**

Azienda	Controller - Responsabile UO aziendale	Responsabili UO aziendali - Responsabili subarticolazioni organizzative				Responsabili subarticolazioni organizzative - comparto				Tutta la catena aziendale
		sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	
ALBA	0,512	0,643	0,988		0,815	0,762	0,417		0,589	0,337
BASSANO	0,619	1,000	0,405	0,857	0,754	0,738	0,500		0,619	0,401
BOLOGNA	0,405	0,714		0,714	0,714	0,354	0,365	0,386	0,369	0,185
CREMONA	0,714	0,690	0,393	0,714	0,599	0,683	0,397	0,730	0,603	0,306
FERRARA	0,881	0,024	1,000	0,976	0,667	0,249	0,349	0,312	0,303	0,330
LANCIANO	0,762									0,750
PIACENZA	0,738	0,774		0,702	0,738	0,767		0,354	0,561	0,570
SAVONA	0,333	0,476	0,702		0,589	0,471	0,810		0,640	0,398
THIENE	0,726	0,774	0,250		0,512	0,582	0,111		0,347	0,585
TRIESTE		0,845	0,738	0,714	0,766	1,000	0,595	0,250	0,615	0,371
Medie concordanze	0,632	0,660	0,639	0,780	0,684	0,623	0,443	0,407	0,516	0,423

4.2 Gli obiettivi aziendali per l'Unità Organizzativa territoriale Salute Mentale

Le valutazioni qualitative dei *controller* relative al Dipartimento di Salute Mentale evidenziano i seguenti obiettivi strategici:

- presa in carico e individuazione di case management territoriali;
- osservanza delle procedure amministrative e definizione di innovazioni organizzative;
- efficienza e contenimento dei costi;
- appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- promozione di interventi multiprofessionali, multidisciplinari e intersettoriali, e integrazione tra medicina generale e specialistica.

Accanto a tali obiettivi, le innovazioni organizzative adottate da alcune aziende del campione riguardano:

- il miglioramento della comunicazione tra equipe e familiari dei pazienti presi in carico, attraverso l'attivazione di gruppi di training familiare;
- attività di integrazione sociale e inserimenti lavorativi volte al contrasto della cronicità, attraverso la definizione di programmi personalizzati;
- identificazione di piani di fabbisogno della salute mentale per area distrettuale di riferimento.

I risultati emersi dall'analisi sul grado di priorità attribuito agli obiettivi aziendali possono essere così sintetizzati:

- per i *Controller*, gli obiettivi prioritari sono (media 3,9) obiettivi di input e progetti di innovazione organizzativa, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 5,3) riguarda l'obiettivo di miglioramento della qualità percepita/*customer satisfaction* da parte dei pazienti;
- per i responsabili dell'U.O. Salute Mentale, i principali obiettivi perseguiti (media 2,8) riguardano la razionalizzazione degli input (come per i *controller*) e il miglioramento dell'appropriatezza, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 5,9) riguarda il rispetto delle procedure amministrative/flussi informativi;
- per i Responsabili delle sub-articolazioni organizzative, i dirigenti e i funzionari di comparto, l'obiettivo prioritario (media 2,63) è, come nei due casi precedenti, l'obiettivo di razionalizzazione delle risorse finanziarie e umane impiegate, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 6,07) riguarda i progetti di innovazione clinica;
- se si guarda infine a tutta la catena del Dipartimento di Salute Mentale, gli obiettivi di input risultano avere un peso maggiore degli altri (media 2,88), mentre l'obiettivo meno perseguito rimane quello di sviluppo di progetto di innovazione clinica (media 5,75). La situazione complessiva appare quindi identica a quanto emerso per l'U.O. Cure Primarie.

Per quanto riguarda il livello di concordanza (Tabella 5), i risultati presentano una fotografia identica a quanto visto nell'U.O. Cure Primarie, con buoni livelli di concordanza per *Controller* e Responsabili dell'U.O. e per Responsabili dell'U.O. e Responsabili delle sub-articolazioni organizzative, con valori insufficienti relativamente a responsabili delle sub-articolazioni organizzative e il comparto. La media del livello di concordanza per tutta la catena presenta un valore inferiore rispetto a quanto visto per l'U.O. Cure Primarie. Infatti, dall'analisi sul grado di priorità assegnato agli obiettivi, emergono differenze sia per gli obiettivi considerati prioritari che per quelli considerati meno rilevanti.

4.3 Gli obiettivi aziendali per l'Unità Organizzativa territoriale Prevenzione

Le valutazioni qualitative dei *controller* relative all'Unità Organizzativa territoriale di Prevenzione evidenziano i seguenti obiettivi strategici:

- capacità di governare in maniera proattiva il territorio, utilizzando le attività di prevenzione quale punto di partenza per un'attività più ampia di governo della sanità territoriale;
- promuovere l'*empowerment* delle professioni tecniche nelle attività di prevenzione;
- avviare azioni di promozione della salute con crescente coinvolgimento della realtà locale di riferimento.

Tabella 5 **Livello di concordanza – U.O. Salute Mentale**

Azienda	Controller - Responsabile UO aziendale	Responsabili UO aziendali - Responsabili subarticolazioni organizzative				Responsabili subarticolazioni organizzative - comparto				Tutta la catena aziendale
		sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	
ALBA	0,560	0,845	0,952	0,964	0,921	0,407	0,159	0,566	0,377	0,387
BASSANO	0,607					0,122	0,111		0,116	0,148
BOLOGNA	0,476	0,250	0,702	0,798	0,583	0,614			0,614	0,543
FERRARA	0,583	0,417			0,417	0,488			0,488	0,291
FIRENZE	0,690		0,250		0,250		0,201		0,201	0,483
LANCIANO	0,940	0,512	0,512	0,512	0,512					0,573
PIACENZA	0,667	1,000	0,536		0,768	0,774			0,774	0,496
SAVONA	0,774	0,738	0,869		0,804	0,869	0,750		0,810	0,589
THIENE	0,607	0,452	0,250		0,351	0,423	0,111		0,267	0,257
TRIESTE		0,548	0,250	0,476	0,425	0,471	0,111	0,640	0,407	0,220
Medie concordanze	0,656	0,595	0,540	0,688	0,559	0,521	0,241	0,603	0,451	0,399

Accanto a tali obiettivi, le innovazioni organizzative adottate da alcune aziende del campione riguardano:

- il particolare sviluppo di programmi per lo *screening* oncologico;
- il coinvolgimento delle comunità locali nella promozione di iniziative di prevenzione.

L'analisi sul grado di priorità degli obiettivi aziendali, per l'U.O. Prevenzione, ha evidenziato i seguenti aspetti:

- per i *Controller*, l'obiettivo prioritario (media 3,82) è lo sviluppo di progetti di innovazione organizzativa, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 6,09) riguarda i progetti di innovazione clinica;
- per i responsabili dell'U.O. Prevenzione, il principale obiettivo perseguito (media 2) è la razionalizzazione degli input, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 7,2) riguarda, come per i *controller*, lo sviluppo di progetti di innovazione clinica;
- per i Responsabili delle sub-articolazioni organizzative, i dirigenti e i funzionari di comparto, gli obiettivi prioritari sono due: la razionalizzazione delle risorse finanziarie e umane impiegate (media 2,94) e il miglioramento dell'appropriatezza (media 2,93), e anche in questo caso l'obiettivo meno rilevante (media 6,43) riguarda i progetti di innovazione clinica;
- se si guarda infine a tutta la catena dell'U.O. Prevenzione, gli obiettivi di input risultano avere un peso maggiore degli altri (media 2,97), mentre

l'obiettivo meno perseguito rimane quello di sviluppo di progetti di innovazione clinica (media 6,45). La fotografia è identica ai risultati ottenuti nelle prime due Unità Organizzative analizzate (Cure Primarie e Salute Mentale).

Il livello di concordanza (Tabella 6), rispetto a quanto rilevato nelle prime due Unità Organizzative analizzate, presenta valori superiori per tutti i livelli analizzati, in particolare per il terzo livello considerato (responsabili delle subarticolazioni organizzative – comparto). Rimane, comunque, inferiore alla sufficienza il livello di concordanza di tutta la catena aziendale. Questa evidenza suggerisce che, mentre c'è una maggiore condivisione degli obiettivi fra il livello superiore e quello immediatamente inferiore, questa condivisione si perde man mano che i livelli aziendali considerati si allontanano.

Tabella 6 **Livello di concordanza – U.O. Prevenzione**

Azienda	Controller - Responsabile UO aziendale	Responsabili UO aziendali - Responsabili subarticolazioni organizzative				Responsabili subarticolazioni organizzative - comparto				Tutta la catena aziendale
		sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	
ALBA	0,607	0,381	0,952	0,488	0,607	0,381	1,750	0,583	0,905	0,317
BASSANO	0,595	0,452	0,393	1,000	0,615	0,488	0,845		0,667	0,460
BOLOGNA	0,536	0,917	0,750		0,833	0,804	0,825	0,381	0,670	0,557
CREMONA	0,976	0,810	0,452	0,821	0,694	0,952	0,643		0,798	0,338
FERRARA										0,685
FIRENZE	0,786	0,821	0,917	0,714	0,817					0,600
LANCIANO	0,762									0,726
PIACENZA	1,000	0,548	0,893	0,952	0,798	0,550	0,619	0,947	0,705	0,612
SAVONA	0,393	0,667	0,726	0,202	0,532	0,376	0,989	0,413	0,593	0,192
THIENE	0,845	0,988	0,250	0,250	0,496					0,248
TRIESTE		0,250	0,714	0,250	0,405		0,868		0,868	0,521
Medie concordanze	0,722	0,648	0,672	0,585	0,644	0,592	0,934	0,581	0,744	0,478

4.4 Gli obiettivi aziendali per l'Unità Organizzativa territoriale Anziani

Le valutazioni qualitative dei *controller* relative all'ultima Unità Organizzativa territoriale analizzata, l'U.O. Anziani, evidenziano i seguenti obiettivi strategici:

- maggiore efficacia dei controlli relativi alla valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal privato accreditato;
- integrazione organizzativa dei percorsi di cura;

- monitoraggio dei dati in relazione alla *Balance Scorecard* regionale;
- sviluppo delle cure domiciliari, e gestione del riordino delle residenzialità.

Accanto a tali obiettivi, le innovazioni organizzative adottate da alcune aziende del campione riguardano:

- lo sviluppo cure domiciliari per SLA e malati terminali;
- lo sviluppo del modello ortogeriatrico / formazione e sostegno a *caregiver* per assistenza anziani.

Guardando poi al grado di priorità attribuito dai professionisti aziendali agli obiettivi per l'U.O. Anziani, i risultati emersi evidenziano che:

- per i *Controller*, l'obiettivo prioritario (media 2,5) è il miglioramento dell'appropriatezza, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 6,2) riguarda i progetti di innovazione clinica;
- per i responsabili dell'U.O. Anziani, il principale obiettivo perseguito (media 2,8) è la razionalizzazione degli input, mentre l'obiettivo meno rilevante (media 7,2) riguarda, come per i *controller*, lo sviluppo di progetti di innovazione clinica;
- per i Responsabili delle sub-articolazioni organizzative, i dirigenti e i funzionari di comparto, l'obiettivo prioritario (media 2,79) è il miglioramento dell'appropriatezza, e anche in questo caso l'obiettivo meno rilevante (media 5,98) riguarda i progetti di innovazione clinica;
- se si guarda infine a tutta la catena dell'U.O. Anziani, l'appropriatezza risulta essere l'obiettivo principale (media 2,76), mentre l'obiettivo meno perseguito rimane, come per le altre tre U.O. territoriali, quello di sviluppo di progetto di innovazione clinica (media 6,05).

Dall'analisi sul livello di concordanza (Tabella 7), la fotografia che ne emerge è simile a quanto rilevato per l'U.O. Prevenzione. A fronte di buoni risultati per tutti e tre i livelli aziendali considerati, l'intera catena aziendale, anche in questo caso, non presenta valori sufficienti, a causa di una mancanza di comunicazione fra i differenti livelli coinvolti.

Tabella 7 Livello di concordanza – U.O. Anziani

Azienda	Controller - Responsabile UO aziendale	Responsabili UO aziendali - Responsabili subarticolazioni organizzative				Responsabili subarticolazioni organizzative - comparto				Tutta la catena aziendale
		sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	sub-art 1	sub-art 2	sub-art 3	Media	
ALBA	0,667	0,250			0,250	0,619			0,619	0,438
BASSANO	0,619	1,000	0,667		0,833	0,893	0,940		0,917	0,597
BOLOGNA	0,440	0,821	0,560	0,917	0,766	0,762	0,762		0,762	0,361
CREMONA	0,893	0,679	0,060	0,774	0,504	0,386	1,000	0,947	0,778	0,343
FERRARA	0,917	0,429			0,429	0,905			0,905	0,411
FIRENZE	0,774	0,667			0,667					0,646
LANCIANO	0,750	0,810			0,810	0,481			0,481	0,453
PIACENZA	0,810	0,726			0,726	0,857			0,857	0,665
SAVONA	0,893	0,762	0,798		0,780	0,312	0,275		0,294	0,244
TRIESTE		0,869	0,714	0,619	0,734	0,534	0,265	0,720	0,506	0,291
Medie concordanze	0,751	0,701	0,560	0,770	0,650	0,639	0,648	0,833	0,680	0,445

4.5 Obiettivi strategici e concordanza: una visione di sintesi

Le analisi che emergono dalla comparazione dei livelli di concordanza circa gli obiettivi strategici di budget nelle quattro unità organizzative territoriali suggeriscono alcune riflessioni di sintesi.

Il confronto complessivo dei livelli di concordanza è illustrato in Tabella 8.

Tabella 8 Livelli di concordanza: confronto tra le quattro unità organizzative territoriali

	Cure Primarie	Salute Mentale	Prevenzione	Anziani	Media totale
Controller – Responsabili U.O. aziendali	0,632	0,656	0,722	0,751	0,690
Responsabili U.O. aziendali – Responsabili sub-articolazioni organizzative	0,684	0,559	0,644	0,650	0,634
Responsabili sub-articolazioni organizzative - comparto	0,516	0,451	0,744	0,680	0,598
Tutta la catena aziendale	0,423	0,399	0,478	0,445	0,436

Il giudizio complessivo, che emerge da tali evidenze, è che le aziende presentino, circa le priorità strategiche, un allineamento dei professionisti aziendali ancora

limitato, soprattutto con riferimento all'intera catena aziendale, e solo parzialmente appaiano in grado di impostare un sistema oggettivo di valutazione sul loro raggiungimento.

Nello specifico, a mano a mano che la condivisione delle priorità strategiche viene osservata, scendendo a cascata lungo la catena gerarchica dell'azienda, il livello di condivisione circa gli obiettivi cala in maniera sostanziale. Tale evidenza suggerisce che le priorità strategiche siano mediamente condivise in maniera soddisfacente solo tra coloro che fisicamente le negoziano (tipicamente la direzione aziendale e i responsabili di singola unità operativa), mentre, spostando il *focus* all'intera catena di relazioni gerarchiche all'interno delle unità organizzative, prevale un sostanziale disallineamento circa la comprensione delle medesime priorità.

5. Gli impatti del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dirigenti territoriali

Nella sezione precedente si è osservato in che misura le priorità strategiche indicate dal budget siano condivise all'interno della catena aziendale. Resta da rispondere, comunque, a una domanda ancora più rilevante circa l'efficacia del processo di budget: in che misura tale processo influisce sui comportamenti e le performance dei dirigenti territoriali? Il processo budget, in altre parole, si rivela in grado di esercitare un impatto sulle persone e sui loro comportamenti?

Si è tentato di dare una risposta a tale domanda attraverso la somministrazione di una *survey* ai dirigenti e funzionari delle quattro U.O. territoriali, finalizzati a rilevare l'impatto del processo di budget sul loro comportamento e sulla loro performance.

Nello specifico, ai dirigenti e funzionari delle quattro U.O. territoriali è stato chiesto di esprimere il proprio giudizio (lungo una scala ordinale da 1 a 5, in cui 1 indica l'assenza di influenza e 5 indica il massimo dell'influenza) su una serie di *item* relativi a cinque dimensioni di analisi:

- livello di partecipazione al processo di budget;
- impatto del processo di budget su modalità di lavoro e compartecipazione a obiettivi aziendali;
- impatto del processo di budget sulla chiarezza del ruolo organizzativo;
- impatto del processo di budget sull'individuazione di una leadership condivisa e relativo livello di fiducia;
- impatto del processo di budget su *empowerment* e livelli individuali di performance.

Tabella 9 Livello di partecipazione al processo di budget

Item	Media questionari (1-5)
FASE DI NEGOZIAZIONE DEGLI OBIETTIVI	
Presenza di momenti strutturati di confronto all'interno dell'unità organizzativa	3,35
Possibilità di influenzare la definizione degli obiettivi di budget	2,97
FASE INTERMEDIA	
Presenza di momenti strutturati durante l'anno di discussione all'interno dell'unità organizzativa	3,66
Soddisfazione circa il livello di confronto sugli obiettivi programmati di budget	3,42
FASE DI VALUTAZIONE FINALE	
Presenza di momenti di feedback relativi alla valutazione finale sul raggiungimento degli obiettivi	3,63
Possibilità di influenzare la definizione di nuovi obiettivi di budget	3,12
Media complessiva	3,36

Tabella 10 Impatto del processo di budget su modalità di lavoro e compartecipazione a obiettivi aziendali

Item	Media questionari (1-5)
Ruolo della struttura degli obiettivi di budget nel favorire la concentrazione delle persone sulle priorità strategiche	3,50
Entità degli adempimenti burocratici o giudicati poco rilevanti compiuti durante l'anno per soddisfare gli obiettivi di budget	2,39
Livello medio di raggiungibilità degli obiettivi definiti nelle schede di budget	3,80
Livello di coordinamento interprofessionale e modalità di lavoro di gruppo indotto dal processo di budget	4,14
Media complessiva	3,45

Tabella 11 Impatto del processo di budget sulla chiarezza del ruolo organizzativo

Item	Media questionari (1-5)
Livello di chiarezza nella definizione degli ambiti di responsabilità all'interno dell'unità organizzativa	3,93
Impatto del processo di budget nel favorire una maggiore chiarezza degli ambiti di responsabilità	3,32
Impatto del processo di budget nel favorire una maggiore chiarezza nella definizione del contributo individuale nell'organizzazione	3,19
Impatto del processo di budget nell'influenzare i meccanismi di avanzamento di carriera	2,41
Impatto del processo di budget sulla capacità di programmare i carichi di lavoro individuali nel medio periodo	3,49
Impatto del processo di budget nel favorire una gestione più razionale del carico di lavoro quotidiano	3,22
Media complessiva	3,26

La prima dimensione (Tabella 9) analizza il percepito dei dirigenti e funzionari relativamente al livello di partecipazione al processo di budget. Gli *item* considerati si focalizzano principalmente su due aspetti: la soddisfazione circa la presenza di momenti di discussione e confronto all'interno della propria unità organizzativa (per tutte e tre le fasi che compongono il processo di budget) e la percezione sulla possibilità di influenzare gli obiettivi aziendali. I risultati emersi evidenziano un buon livello di soddisfazione per entrambe le variabili considerate, con un valore medio di 3,36 su 5. Andando ad osservare i singoli indicatori utilizzati, comunque, si registra come l'unico *item* con risultato non sufficiente sia quello relativo al giudizio sulla possibilità di influenzare la definizione degli obiettivi di budget (2,97).

La seconda dimensione di analisi (Tabella 10) guarda alla capacità del processo di budget di influenzare le modalità di lavoro e la compartecipazione agli obiettivi da parte dei dirigenti e dei funzionari delle quattro U.O. territoriali analizzate. La media di tutte le variabili considerate è sopra la sufficienza, con una media totale di 3,45 su 5. Tuttavia, si può notare come il processo di budget influenzi molto positivamente il livello di coordinamento interprofessionale e le modalità di lavoro di gruppo, mentre, dall'altra parte, i dirigenti e funzionari percepiscono un'eccessiva richiesta di adempimenti burocratici o giudicati poco rilevanti per soddisfare gli obiettivi assegnati nel budget.

Anche l'impatto che il processo di budget può avere nel chiarire il ruolo organizzativo dei dirigenti e funzionari territoriali è positivo (Tabella 11), con valori sopra la media per quasi tutte le variabili considerate, e con una media totale di 3,26 su 5. L'unica variabile, sulla quale il processo di budget sembra non incidere, è rappresentata dai meccanismi di avanzamento di carriera: il budget, ovvero, è principalmente visto come uno strumento funzionale all'adempimento di meccanismi burocratici all'interno dell'azienda, e non come uno strumento realmente in grado di incidere sulle persone e sulle loro carriere.

La Tabella 12 analizza gli impatti del processo di budget sulla definizione di una leadership condivisa. Il giudizio dei dirigenti è particolarmente positivo (4,18) sul livello di interazione con i propri superiori, per un confronto relativo alla definizione degli obiettivi e al loro raggiungimento. Il giudizio è molto elevato anche in relazione all'effettiva importanza data all'interno dell'organizzazione al raggiungimento degli obiettivi di budget.

La Tabella 13 analizza l'ultima dimensione investigata, ovvero l'impatto dei processi di budget sui livelli di *empowerment* individuale. L'indicatore che rileva l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ultimo anno registra il valore massimo (4,51), sollevando alcuni legittimi dubbi sull'ambiguità intrinseca al processo stesso di budget già individuati dalle precedenti analisi: fino a che

punto il processo di budget realmente valuta le performance conseguite, o si traduce in un meccanismo di distribuzione a pioggia di incentivi? Leggermente sotto alla sufficienza, invece, sono stati valutati gli *item* relativi all'autonomia individuale indotta dal processo di budget e all'integrazione tra le persone.

In una visione di sintesi di tutte e cinque le dimensioni di analisi investigate (Tabella 14), si evidenzia come tutte le dimensioni presentino valori superiori alla sufficienza. Nessuna delle singole dimensioni rappresenta valori particolarmente elevati (ovvero, superiori al 4), il che indica un'incidenza del processo di budget sui comportamenti non realmente in grado di incidere in maniera strutturale e sostanziale sull'agito dei dirigenti. Dall'altro lato, la presenza di valori superiori alla sufficienza per ogni dimensione sottolinea come il processo di budget sia stato mediamente interiorizzato come parte essenziale del processo di programmazione e controllo di tutte le aziende.

Tabella 12 Impatto del processo di budget sull'individuazione di una leadership condivisa e correlato livello di fiducia

Item	Media questionari (1-5)
Impatto del processo di budget nel favorire una più chiara percezione dei ruoli gerarchici nell'organizzazione	3,51
Impatto del processo di budget nel semplificare l'individuazione del riporto gerarchico	3,20
Rilevanza data all'interno dell'organizzazione al conseguimento degli obiettivi di budget	3,84
Livello di interazione con i superiori, nel corso dell'anno, per un confronto relativo a obiettivi di budget difficili da perseguire	4,18
Media complessiva	3,68

Tabella 13 Impatto del processo di budget su empowerment e livelli di performance individuali

Item	Media questionari (1-5)
Impatto del processo di budget nel favorire una maggiore autonomia nell'attività degli individui	2,93
Impatto del processo di budget nel dare l'opportunità di ampliare la propria attività all'esterno della propria unità organizzativa	3,21
Impatto del processo di budget nel favorire una migliore qualità del lavoro nell'organizzazione	3,41
Incentivi da parte dell'organizzazione nel favorire l'interazione delle persone con altre unità organizzative	2,95
Livello medio di raggiungimento degli obiettivi di budget, con riferimento all'ultimo processo concluso	4,51
Media complessiva	3,40

Tabella 14 Impatto del processo di budget su comportamenti e risultati dei dirigenti territoriali: una visione di sintesi

Item	Media questionari (1-5)
A) Livello di partecipazione al processo di budget	3,36
B) Impatto del processo di budget su modalità di lavoro e compartecipazione a obiettivi aziendali	3,45
C) Impatto del processo di budget sulla chiarezza del ruolo organizzativo	3,26
D) Impatto del processo di budget su individuazione di leadership condivisa e relativo livello di fiducia	3,68
E) Impatto del processo di budget su empowerment e livelli individuali di performance	3,40
Media complessiva	3,43

6. Correlazioni tra struttura del processo di budget, impatto del processo sui dirigenti e livello di concordanza

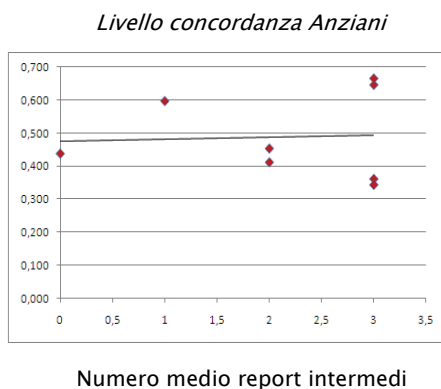
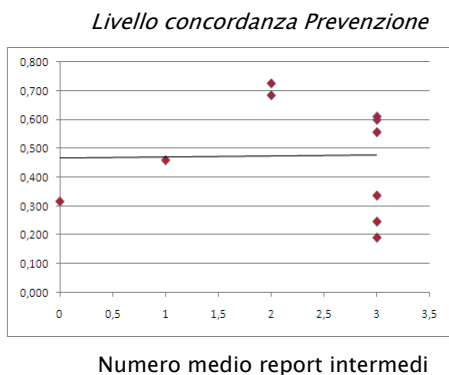
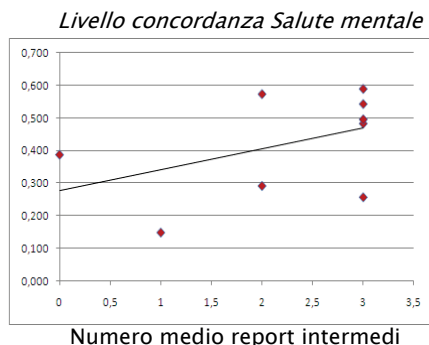
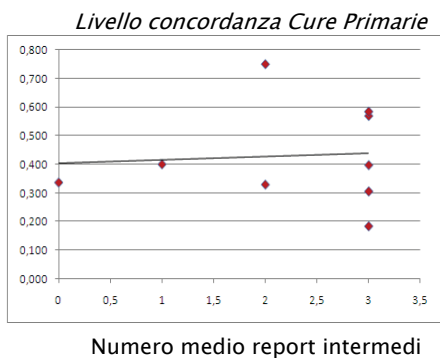
L'ultima parte della ricerca si è focalizzata sulla ricerca di possibili correlazioni fra il livello di concordanza degli individui sugli obiettivi aziendali e le altre due dimensioni indagate nella ricerca: la struttura del processo di budget e l'impatto del processo di budget sul comportamento dei dirigenti e funzionari per le quattro Unità Organizzative territoriali selezionate. Lo scopo di tali correlazioni, considerato il numero relativamente ridotto di osservazioni (11 aziende), non è quello di identificare evidenze significative dal punto di vista statistico, bensì quello di proporre alcuni spunti di riflessione relativamente alla possibilità di influenzare il livello di condivisione degli obiettivi fra tutti gli attori che operano ai differenti livelli aziendali.

Relativamente alla prima dimensione di analisi, ovvero la struttura del processo di budget, il livello di concordanza è messo in relazione con tre variabili: il numero di indicatori di budget utilizzati per la misurazione delle performance individuali, il numero di report prodotti nella fase intermedia e la presenza di momenti di discussione all'interno dei centri di Responsabilità.

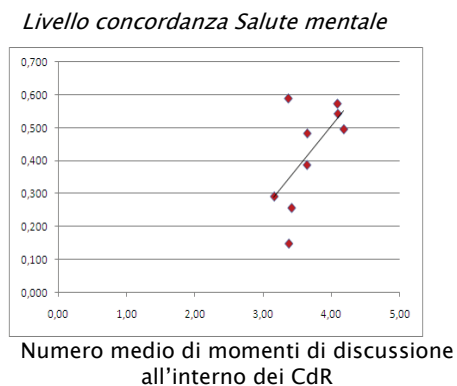
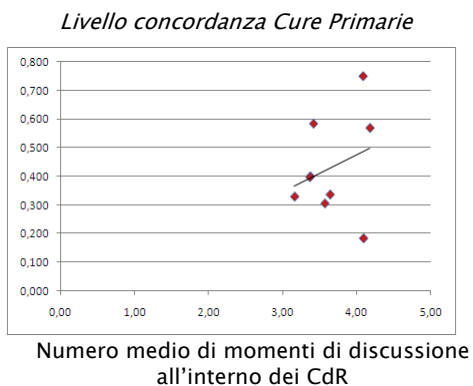
I risultati evidenziano come:

- il livello di concordanza degli individui sugli obiettivi aziendali sia correlato positivamente al numero di indicatori di budget e alla presenza di momenti di discussione all'interno dei CdR;
- il livello di concordanza degli individui sugli obiettivi aziendali non sia correlato al numero di report intermedi.

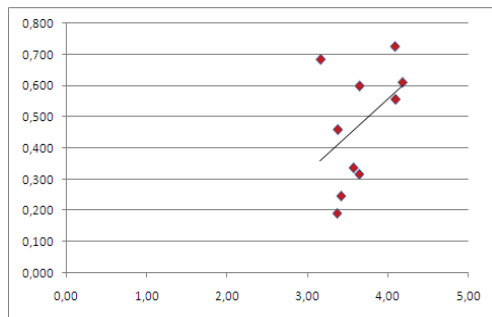
Grafici 4 Numero report intermedi– livello di concordanza



Grafici 5 Presenza di momenti di discussione all'interno dei CdR– livello di concordanza

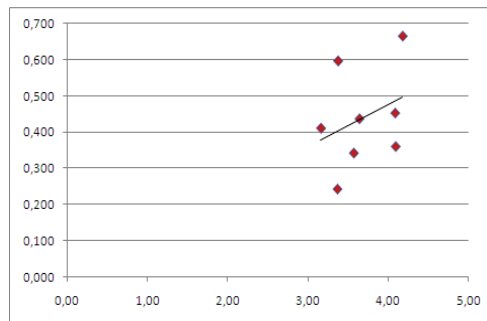


Livello concordanza Prevenzione



Numero medio di momenti di discussione all'interno dei CdR

Livello concordanza Anziani



Numero medio di momenti di discussione all'interno dei CdR

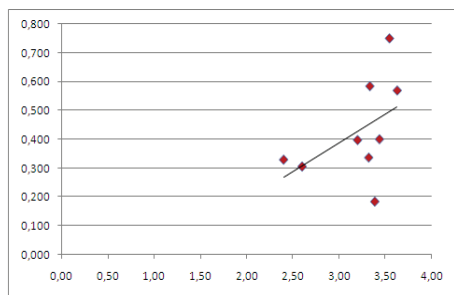
Tali evidenze suggeriscono come la presenza di momenti formalizzati di discussione e la presenza di reportistica intermedia consentano un maggiore allineamento strategico circa le priorità aziendali. Benché questo dato possa risultare abbastanza pleonastico nella sua linearità logica, esso dovrebbe indurre le aziende a sviluppare momenti di riflessione intermedi più frequenti e strutturati, coinvolgendo tutti gli attori coinvolti a diversi livelli gerarchici.

Relativamente, invece, alla seconda variabile, l'impatto del processo di budget sul comportamento dei dirigenti e funzionari, il livello di concordanza è messo in relazione con variabili micro, quali il percepito dei dirigenti e funzionari territoriali relativamente a:

- la possibilità di influenzare gli obiettivi attraverso momenti confronto,
- il livello di raggiungibilità degli obiettivi,
- la chiarezza dei propri obiettivi di budget,
- l'identificazione di una gerarchia condivisa.

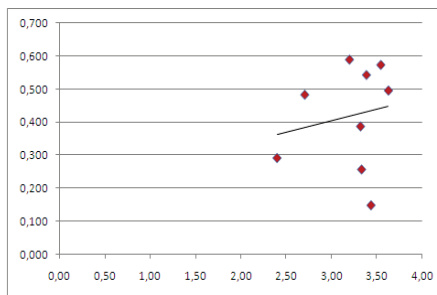
Grafici 6 Possibilità di influenzare gli obiettivi attraverso momenti confronto- livello di concordanza

Livello concordanza Cure Primarie



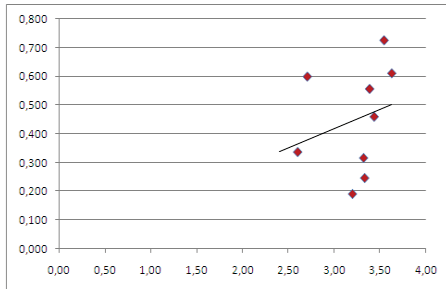
Influenzabilità degli obiettivi

Livello concordanza Salute mentale



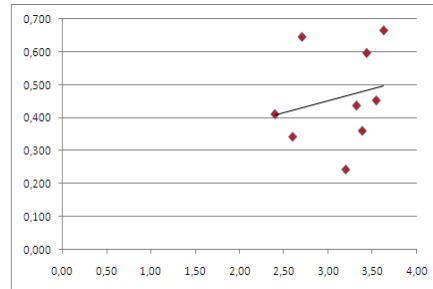
Influenzabilità degli obiettivi

Livello concordanza Prevenzione



Influenzabilità degli obiettivi

Livello concordanza Anziani



Influenzabilità degli obiettivi

Rispetto alle quattro dimensioni considerate, dall'analisi effettuata emerge che:

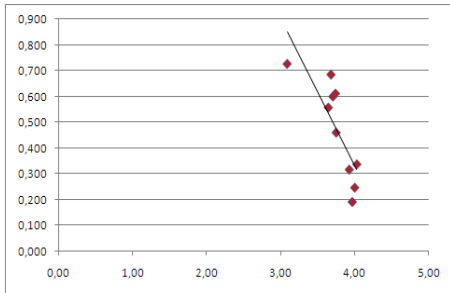
- il livello di concordanza degli individui sugli obiettivi aziendali è correlato positivamente con la possibilità di influenzare gli obiettivi attraverso momenti confronto, la chiarezza dei propri obiettivi di budget (a eccezione dell'U.O. Prevenzione, in cui la correlazione è negativa), l'identificazione di una gerarchia condivisa;
- il livello di concordanza degli individui sugli obiettivi aziendali sia correlato negativamente al livello di raggiungibilità degli obiettivi.

La prima evidenza indica come il grado di strutturazione del processo di budget sia una variabile determinante per la sua efficacia. Più il processo di budget è strutturato, in termini di presenza di momenti di confronto, possibilità di attivare *feedback* in grado di influenzare la definizione degli obiettivi e presenza di una catena di leadership chiara e condivisa, più le persone all'interno dell'organizzazione condividono gli obiettivi definiti attraverso il processo e mostrano livelli positivi di allineamento circa le priorità strategiche condivise.

La seconda evidenza, invece, sottolinea una volta di più quella che sembra un'ambiguità implicita nella definizione del processo di budget da parte di molte delle ASL analizzate. Da un lato, gli obiettivi definiti tramite il processo devono essere chiari e raggiungibili per poter essere condivisi. Dall'altro, quando tali obiettivi sono puri strumenti burocratici e/o di distribuzione a pioggia degli incentivi, e non realmente correlati con le performance, essi rischiano di non incidere. L'evidenza che correla negativamente la raggiungibilità degli obiettivi e il livello di concordanza sembra andare in questa seconda direzione: quando gli obiettivi di budget sono visti come puri adempimenti burocratici, essi impediscono un reale allineamento cognitivo da parte dei professionisti, in quanto sono percepiti come disconnessi da una reale possibilità di incidere sulle variabili strategiche aziendali.

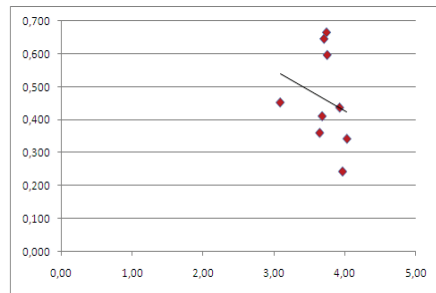
Grafici 7 Livello di raggiungibilità degli obiettivi– livello di concordanza

Livello concordanza Cure Primarie



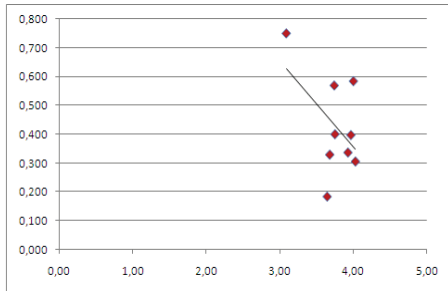
Raggiungibilità degli obiettivi

Livello concordanza Salute mentale



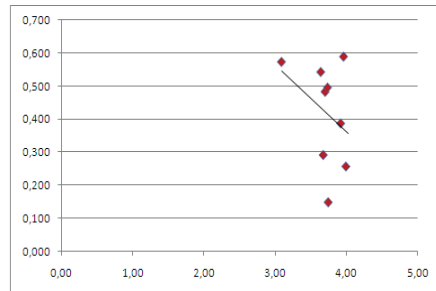
Raggiungibilità degli obiettivi

Livello concordanza Prevenzione



Raggiungibilità degli obiettivi

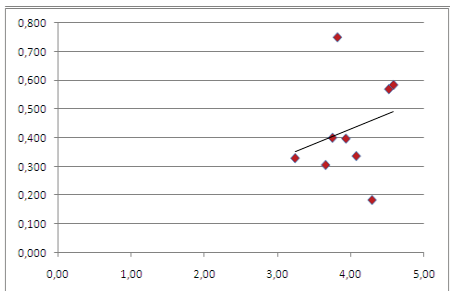
Livello concordanza Anziani



Raggiungibilità degli obiettivi

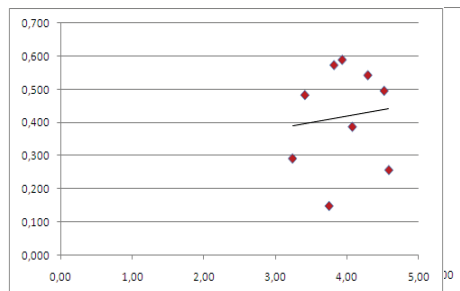
Grafici 8 Chiarezza dei propri obiettivi di budget– livello di concordanza

Livello concordanza Cure Primarie



Chiarezza degli obiettivi

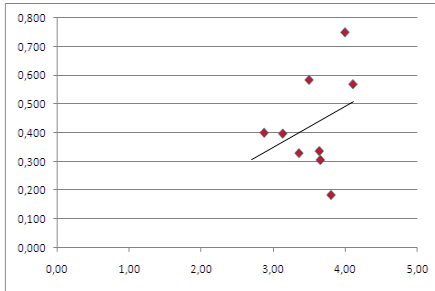
Livello concordanza Salute mentale



Chiarezza degli obiettivi

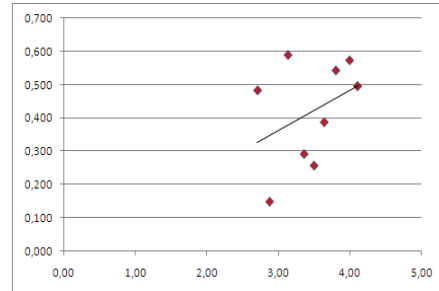
Grafici 9 Identificazione di una gerarchia condivisa – livello di concordanza

Livello concordanza Cure Primarie



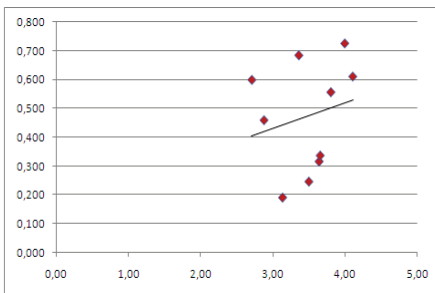
Identificazione di gerarchia condivisa

Livello concordanza Salute mentale



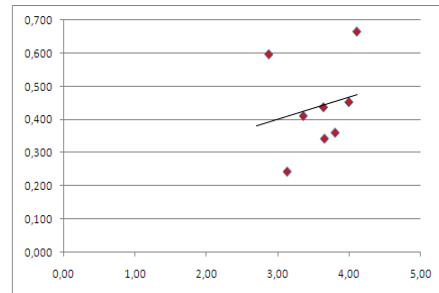
Identificazione di gerarchia condivisa

Livello concordanza Prevenzione



Identificazione di gerarchia condivisa

Livello concordanza Anziani



Identificazione di gerarchia condivisa

Cosa emerge da tali evidenze? La maggiore comprensione e condivisione degli obiettivi fra tutti i professionisti, che operano ai vari livelli, sembra essere influenzata dallo sforzo dell'azienda rivolto all'introduzione di momenti di confronto all'aumento del controllo (espresso in termini di maggiori dimensioni valutate) verso la performance individuale. La presenza di documenti formali finalizzati al monitoraggio dell'attività (per esempio, report intermedi), invece, non sembra essere correlata in maniera significativa al livello di concordanza tra i professionisti aziendali sugli obiettivi giudicati più rilevanti. Cercando di interpretare quali sono i *driver* esplicativi della concordanza tra i diversi livelli della catena aziendale sulle priorità strategiche, essi sembrano connessi a processi informali di governo, confronto e coordinamento all'interno delle aziende, più che a meccanismi formali: maggiori livelli di capacità percepita da parte dei professionisti di influenzare la definizione degli obiettivi attraverso il confronto, la presenza di momenti di discussione (più o meno formalizzati) all'interno del CdR, il livello di chiarezza nella definizione degli obiettivi stessi e la definizione di una chiara catena gerarchica sono correlati a più elevati livelli di concordanza.

3.4 I gap nei sistemi di programmazione e controllo territoriali: quali fabbisogni di innovazione?

di Francesco Longo

1. Premessa

Il processo di programmazione e controllo costituisce, oramai, un rito strutturato e maturo per la maggior parte delle Aziende USL del SSN, che contribuisce in maniera rilevante a costruire e a fare percepire l'unitarietà d'azienda, l'identità organizzativa e il ruolo dei singoli Centri di Responsabilità e del loro management (Anessi Pessina, 2002; Anessi e Longo, 2008). Possiamo affermare che il processo di programmazione e controllo, probabilmente, rappresenta l'"ossatura" del processo di aziendalizzazione, soprattutto perché ha introdotto e sviluppato un rito stabile di relazione tra il vertice aziendale e le sue Unità Operative, e tra questi e i loro membri più significativi. Il sistema di budget rappresenta, quindi, la metrica di comunicazione prevalente lungo la piramide organizzativa, chiarendo alla maggior parte degli attori il proprio ruolo organizzativo (Del Vecchio, 2000). Vista la centralità della funzione di programmazione e controllo, è importante, ciclicamente, valutare le sue caratteristiche e il suo impatto, sia all'interno della singola azienda, sia nel sistema. La presente ricerca cerca di dare un contributo alla valutazione e potenziale ridefinizione delle logiche e degli strumenti adottati nella funzione di programmazione e controllo. Essendo la funzione di programmazione e controllo espressione e garante dell'unitarietà d'azienda, essa non può essere suddivisa per ambiti di cura (sanità pubblica, distretti, ospedale, ecc.), in quanto costituisce un processo integrato. Questo non significa che, poi, esistono delle declinazioni operative che differiscono per intensità di gestione, ricchezza e rigore degli obiettivi nei diversi segmenti dell'azienda. Per questo motivo, la presente ricerca e le relative considerazioni guardano al processo di programmazione e controllo aziendale nel suo complesso, esemplificando e approfondendo le

dinamiche che si svolgono nei servizi territoriali. Ciò non significa che esistano processi di governo separati tra i diversi comparti, ma nella complessità ed eterogeneità organizzativa delle aziende sanitarie, la stessa funzione, a valle, si declina operativamente e impatta con alcune specificità a secondo dei sottosettori aziendali.

Conosciamo la complessità delle Aziende sanitarie soprattutto a causa della loro frammentazione ed eterogeneità specialistica, che si incrementa per le aziende a vocazione prevalentemente territoriali e raggiunge il suo apice nelle Aziende miste ospedale-territorio. La complessità è cresciuta negli ultimi anni in seguito alle crescenti dimensioni delle aziende SSN, che oramai, in media, coprono un bacino di circa 450.000 abitanti, con budget di risorse superiori ai 500 milioni di euro annui (Cantù, 2010). A questo proposito, i sistemi di programmazione e controllo permettono di coniugare la possibilità di interloquire con le specificità di ogni segmento organizzativo, ricollocandolo, però, nel quadro unitario aziendale complessivo (Casati, 2000 a.). Questo processo risulta più semplice nell'ambito ospedaliero e più difficile laddove le eterogeneità organizzative crescono, come nei servizi territoriali. Questi ultimi presentano, inoltre, due altre caratteristiche che mettono sotto tensione il processo di programmazione e controllo:

1) Gli utenti necessitano prevalentemente di logiche di presa in carico complessiva, dove la riduzione dei consumi e la stabilità dei parametri biologici costituiscono gli esiti di norma attesi, opposte, quindi, a logiche prestazionali tipiche della produzione ospedaliera, ma per loro natura più difficilmente misurabili e quantificabili.

2) Le interdipendenze organizzative crescono al prolungarsi del periodo di presa in carica del paziente e all'accrescersi delle poli-patologie presenti, come è tipico nei servizi territoriali; questo rende difficile stabilire i confini di responsabilità delle singole Unità Organizzative, determinando la necessità di definire rilevanti co-responsabilità, le quali possono, però, generare effetti di confusione o deresponsabilizzazione organizzativa.

Gli strumenti di programmazione e controllo, oltre a essere ampiamente diffusi tra le AUSL del Paese, sono culturalmente accettati e considerati parte imprescindibile della fisiologia organizzativa, anche da parte della maggioranza dei professionisti sanitari, sia di livello apicale sia di livello operativo (Bergamaschi, 2008).

Ovviamente, il processo di budget riflette le specificità di ogni singola azienda, sia dal punto di vista delle dimensioni, della *mission* prevalente, della struttura organizzativa, sia, soprattutto, della maturità manageriale raggiunta (Casati, 2000 b.). Pur essendo uno strumento che riflette tutte le specificità della singola azienda, presenta molti tratti comuni nel panorama complessivo delle AUSL del Paese, da cui è possibile trarre utili spunti per migliorare le caratteristiche o l'uso degli strumenti di governo adottati. Pertanto, discutiamo inizialmente le principali

criticità dello strumento, così come emerse dal presente studio, per soffermarci in seguito sulle conseguenti implicazioni manageriali.

2. La diagnosi in sintesi

Sicuramente colpisce l'evidenza che il sistema di programmazione e controllo non riesca a diffondere indirizzi unitari lungo la gerarchia aziendale. Ciò è reso dolorosamente visibile dalla relativa scarsa concordanza media rispetto agli obiettivi prevalenti che la singola Unità Operativa dovrebbe raggiungere, confrontando le percezioni dei singoli attori operanti nella medesima azienda. Gli obiettivi principali, percepiti come rilevanti dai *Controller*, non coincidono con quelli assunti dai responsabili delle Unità Operative, i quali differiscono, a loro volta, dalle mappe cognitive dei professionisti che erogano i servizi e le prestazioni. Questo effetto discorsivo registrato lungo la catena di comando delle AUSL costituisce un grave campanello d'allarme sull'efficacia effettiva del processo di programmazione e controllo nel governare le aziende. Questa evidenza contribuisce a confermare la teoria che i sistemi di programmazione e controllo producano, prima di tutto, identità aziendale e chiarezza nelle strutture organizzative, anche se sono solo parzialmente efficaci dell'azione di guida.

Ma ciò che risulta, forse, ancora più interessante è l'osservazione della penetrazione della cultura aziendale, che porta ogni attore a esprimere delle priorità quasi opposte a quelle che "fisiologicamente" ci si attenderebbe dal ruolo (Bergamaschi, 2008). I *Controller* ritengono che le aziende siano focalizzate su obiettivi di innovazione organizzativa, quando probabilmente ci si attendeva una loro quasi esclusiva attenzione alla razionalizzazione delle risorse. I responsabili delle Unità Operative, invece, assumono nelle loro dichiarazioni ufficiali l'obiettivo di contenimento dei costi come quello prevalente, laddove, all'opposto, era possibile attendersi una difesa delle risorse disponibili e la richiesta di spostare l'attenzione su altri temi, come lo sviluppo del portafoglio di offerta. I professionisti dichiarano che l'obiettivo principale dell'azienda è l'appropriatezza, autocollocandosi, pertanto, sotto l'occhio vigile del controllo clinico. Ovviamente, può darsi che l'effetto distorsivo della metodologia di ricerca adottata abbia portato i singoli attori a recitare la parte da loro attesa, per evitare di apparire tradizionalisti o corporativi. In ogni caso, segnala la forza del processo di aziendalizzazione che in questo *panel* di AUSL è, comunque, riuscito a rendere consapevole ogni attore del ruolo "virtuoso" che dovrebbe recitare, iniziando, quindi, ad allineare le mappe cognitive a una razionalità aziendale condivisa.

I tempi del processo di budget sono ancora scarsamente allineati con il contenuto di responsabilità dichiarato (Casati, 2000 b.). Le negoziazioni di budget si chiudono nelle aziende migliori nel periodo di febbraio-marzo dell'esercizio di competenze, in molti casi addirittura a maggio, quando oramai quasi metà dell'anno che si intende programmare è trascorso. I report intermedi e finali arrivano con un ampio ritardo, spesso lontani dal periodo considerato,

indebolendone l'efficacia di controllo. La valutazione finale d'esercizio è addirittura successiva alla negoziazione del budget successivo, invertendo quello che dovrebbe essere una logica sequenza che fa precedere la valutazione dei risultati raggiunti alla nuova programmazione *ex ante* (Francesconi, 2003). Nonostante questo disallineamento dei tempi, la rilevanza e la ritualità organizzativa del processo di programmazione e controllo appare decisiva nel marcare le identità aziendali e nel costruire "organizzazione". D'altra parte, ci segnala anche l'enorme potenzialità dello strumento, che, qualora riuscisse a essere più incisivo, a partire dall'allineamento dei tempi, rafforzerebbe il meccanismo di responsabilizzazione.

Il sistema di programmazione e controllo, soprattutto nei servizi territoriali, afferisce a una quota di costi che oscilla tra il 40 per cento e l'80 per cento del totale dei fattori produttivi consumati, attraverso un processo di esclusione di alcune voci. Questo è un dato che si presta a un'interpretazione ambivalente. Potrebbe essere sintomo di un ritardo dei sistemi nel responsabilizzare su tutti i fattori produttivi utilizzati, o, all'opposto, potrebbe essere indice di una capacità di selezionare i fattori produttivi più rilevanti, rispetto ai quali le prerogative gestionali dei Centri di Responsabilità territoriali potrebbero essere particolarmente efficaci.

In ogni caso, si osserva, per l'ennesima volta, un orientamento al controllo dei fattori produttivi legati alla produzione diretta di servizi da parte delle Unità Operative territoriali e una relativa debolezza rispetto all'esercizio della funzione di committenza, ovvero il governo di consumi erogati da fornitori esterni al perimetro aziendale (Macinati, 2006). Questa debolezza va sottolineata nell'ambito dei servizi territoriali, in quanto è crescente la quota di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie acquisite esternamente, che nell'ambito delle strutture intermedie (per esempio, riabilitazione, lungodegenza, strutture protette per anziani) superano abbondantemente il 50 per cento dei consumi totali (Montanelli e Turrini, 2006). La diagnosi dei processi di programmazione e controllo dei servizi territoriali delle AUSL conferma la tendenza delle aziende pubbliche a focalizzarsi sul momento di programmazione, che consuma la maggior parte delle energie, mentre si indebolisce l'intensità di governo delle fasi successive, sia rispetto all'intensità e alla frequenza degli scambi infra-organizzativi, sia rispetto alla rilevanza assegnata alla funzione e al mancato rispetto dei tempi che tendono ulteriormente a dilatarsi e ad allontanarsi dal periodo oggetto di responsabilità (la programmazione *ex ante* ha un ritardo di 3-4 mesi, la valutazione *ex post* di 6-8 mesi). L'apice dell'intensità gestionale è dedicata alla fase di programmazione, alla valutazione intermedia viene riservata qualche energia, soprattutto per riallineare agli obiettivi aziendali Centri di Responsabilità che presentano degli scostamenti in itinere eccessivi, rispetto agli obiettivi concordati, mentre la fase di valutazione *ex post* ha spesso ancora natura di adempimento burocratico, che razionalizza *ex post* le politiche di incentivazione pre-definite, anche come risposta all'esiguità del premio di risultato, rispetto al totale dei costi del personale (Anessi Pessina e Pinelli, 2003).

Le dinamiche che si registrano nella relazione tra azienda e Centri di Responsabilità sono simili anche nelle relazioni interne alle équipes, pur in un quadro di relativo modesto coinvolgimento di tutte i membri delle équipes da parte dei responsabili delle unità operative. Anche a questo livello prevale la focalizzazione sulla fase di programmazione, mentre risulta progressivamente decrescente l'attenzione alle fasi di valutazione intermedia e finale. Ciò conferma il modesto sviluppo di logiche di *peer review* sistematiche e strutturate all'interno delle unità operative e ci interroga se l'alfabetizzazione manageriale dei direttori di unità operativa sia andata nella direzione giusta. Essi sono stati formati soprattutto sulle logiche economiche e strategiche aziendali complessive, invece di farli crescere sulle logiche e gli strumenti per governare delle équipes professionali con cui sono a stretto contatto quotidiano e di cui sono i responsabili gerarchici.

Pur registrando un numero importante di aziende che definiscono anche obiettivi individuali per i professionisti dei Centri di Responsabilità, il sistema viene ancora percepito come irrilevante rispetto ai percorsi di carriera. In altri termini, i professionisti non osservano una correlazione significativa tra il loro contributo al raggiungimento degli obiettivi di budget e i loro percorsi di carriera. Questo può essere dovuto a diversi fattori. Potrebbero prevalere, nei percorsi di carriera, ancora le logiche di sviluppo di competenze tecnico-professionali, a prescindere dai risultati gestionali ottenuti. Oppure, i meccanismi di definizione e valutazione delle performance agiscono, ma non in maniera esplicita e visibili attraverso gli strumenti del budget, perché operano implicitamente, creando un humus informativo e valutativo rispetto al quale si prendono decisioni di carriera nel medio-lungo periodo. I percorsi di carriera sono, però, ancora molto influenzati dalle dinamiche di contenimento della spesa e dalla conseguente casualità di posizioni organizzative libere, che di fatto impedisce ai responsabili dei Centri di Responsabilità di valorizzare in tempi certi e correlati alle evidenze dei sistemi di performance management le professionalità meritevoli di uno *step* di carriera (Bergamaschi e Lecci, 2008).

Alla luce di queste considerazioni diagnostiche, quali sono le principali implicazioni in termini di “terapie” manageriali su cui sarebbe opportuno riflettere nelle Aziende USL del SSN?

3. Le possibili terapie manageriali

Crediamo che l'allineamento dei tempi al reale perimetro di responsabilizzazione sia un'esigenza imprescindibile per far fare un salto di qualità logica allo strumento. Un processo di budget che chiudesse la fase di programmazione prima dell'inizio dell'esercizio di riferimento, che inviasse i report 30 giorni dopo la chiusura del periodo, che valutasse i risultati complessivi entro la fine dell'esercizio, risulterebbe più incisivo ed efficace, aggiungendo alla sua imprescindibile funzione di strumento di costruzione dell'identità organizzativa e di ruolo, anche quello di sistema operativo di definizione dei target più stringente

(Casati, 2000 a.). I motivi che vengono addotti per il ritardo negoziale sono, di solito, l'attesa della definizione puntuale delle risorse assegnata dalla Regione alle AUSL. Molte imprese che agiscono sul mercato degli scambi tipici possono avere oscillazioni annue delle entrate anche del 20-30 per cento, in base all'andamento della congiuntura, eppure sono abituate a negoziare e presentare i propri budget prima dell'inizio dell'esercizio. L'oscillazione imprevedibile delle entrate delle AUSL è del 2-3 per cento all'anno, in un quadro di sostanziale stabilità finanziaria e di prevedibilità dei *trend*, laddove le risorse negoziate con i Centri di Responsabilità costituiscono il 40-80 per cento. In questo quadro finanziario, non è la modesta e prevedibile incertezza sulle risorse che spiega il ritardo del processo di programmazione, ma il ruolo organizzativo che esso ha assunto, che detta i tempi del "rito" organizzativo.

Il ritardo dei report intermedi viene, invece, spiegato con il ritardo dei dati, soprattutto ospedalieri. Anche in questo caso, è probabilmente più efficace utilizzare dei dati stimati o estrapolati, ma disponibili con coerenza ai tempi del ciclo gestionale, rispetto a dati perfetti e completi, ma in grave ritardo. Lo sfasamento temporale del processo di valutazione viene, invece, talvolta giustificato con l'affollamento dei riti aziendali di inizio esercizio (negoziare risorse-obiettivi con la Regione, negoziazione budget aziendale, pulizia dati a consuntivo), richiedendo esso una finestra dedicata e libera, necessaria per manovrare uno strumento così sensibile, che deve risultare equilibrato e concertato con i molteplici *stakeholder* interni. Proprio la rilevanza e la criticità della fase valutativa dovrebbe spingere a una sua gestione più coerente con i tempi del ciclo gestionale, assumendo pertanto la potenzialità di azioni capaci di rafforzare l'identità e la coerenza aziendale, assumendo qualche rischio per la rapidità in cui ci si costringe a gestire lo strumento per raggiungere, però, le finalità della valutazione stessa (Francesconi, 2003).

L'allineamento temporale dei processi di programmazione e controllo risulta ancora più rilevante e decisivo per il governo dei servizi territoriali, perché una quota significativa delle risorse sono assegnate a professionisti convenzionati e non dipendenti (MMG, PLS, Sumaisti, medici di continuità assistenziale, ecc.). Coloro che dipendono direttamente dalle aziende tendono fisiologicamente ad assumere comportamenti strutturalmente più coerenti alle convenienze e alla cultura dell'azienda, diversamente dagli esterni contrattualizzati, che sono fisiologicamente più sensibili ai meccanismi transazionali di scambio. Per i primi, lo sfasamento temporale della programmazione e del controllo può essere coperto dai meccanismi di adesione istituzionale all'azienda e dalla socializzazione dei comportamenti attesi; per i secondi, invece, gli schemi contrattuali di performance e i correlati meccanismi finanziari, agiscono più direttamente come leve esplicative dei comportamenti (Gibbons, 2005). Questo impone, in particolare per i comparti che hanno molti fattori produttivi esternalizzati, come i servizi territoriali delle AUSL, un maggiore attenzione ai sistemi formali di definizione degli obiettivi e del loro sistematico monitoraggio. Il discorso è analogo, se non ancora più

mercato, per i produttori privati accreditati, soprattutto di ambito socio-sanitario, di cui i servizi territoriali sono committenti.

Sicuramente l'obiettivo più critico per i sistemi di programmazione e controllo delle Unità Operative territoriali è quello di aumentare la concordanza relativa, sia delle relazioni gerarchiche tra direzione e responsabili di Unità Operativa, sia nelle Unità Operative tra le équipes e i propri dirigenti. È difficilmente sostenibile nelle AUSL l'esistenza di un processo di programmazione e controllo, dopo 15 anni e oltre di messa a regime, che non riesce a trasferire a valle gli obiettivi fondamentali che l'azienda assegna a ogni centro di responsabilità. A questo proposito, occorre spostare il *focus* progettuale dallo strumento, diminuendo l'attenzione alle tecniche di rilevazione e di rappresentazione e alla numerosità e raffinatezza degli indicatori, concentrandosi, invece, sulle architetture, la frequenza e l'intensità dei processi relazionali intra-aziendali (Vendramini, 2004). Sviluppare i processi relazionali e, quindi, incrementare l'intensità gestionale è, sicuramente, difficile nelle Aziende sanitarie, perché significa aumentare la dialettica con l'autonomia dei professionisti. Il management "teme" e "soffre" l'incontro/discussione con i professionisti, rifugiandosi, spesso, in lavori di raffinazione dello strumento di governo, dilatando e rimandando i tempi in cui, con gli indicatori di performance alla mano, si deve affrontare la discussione valutativa con i professionisti. Eppure, la qualità del management sanitario si misura prevalentemente con la qualità e l'intensità relazionale con i professionisti. Solo l'intensificazione significativa dei processi relazionali tra strutture organizzative e quelli interni alle Unità Organizzative potrà aumentare la concordanza relativa sugli obiettivi ritenuti rilevanti.

Questa necessità interroga le aziende sulla loro configurazione organizzativa. Il vertice aziendale, per intensificare le relazioni, deve diminuire il numero delle strutture intermedie con cui dialoga direttamente. Questo impone, quindi, uno sviluppo armonico delle strutture organizzative, oggi prevalentemente basate su tre livelli gerarchici (vertice, strutture intermedie, Unità Operative). Occorre ri/disegnare le strutture organizzative in funzione della effettiva possibilità di determinare un numero di afferenze organizzative dirette realmente gestibili, cioè per la quali sia possibile costruire un'intensità relazionale sufficiente per allineare la percezione degli obiettivi ritenuti strategici (Del Vecchio, 2000). Questo impone di diminuire e rafforzare i livelli di governo intermedi in modo che il vertice aziendale abbia un numero contenuto di riporti. Inoltre, richiede di rafforzare le strutture intermedie rendendole competenti ed *empowered* per gestire il processo di governo nei confronti delle singole Unità Operative di I livello.

L'intensità relazionale deve, però, crescere non solo tra le strutture organizzative delle aziende, ma anche e soprattutto dentro le unità operative. Questo soprattutto nei servizi territoriali, dove, spesso, le unità operative hanno professionalità composite perché multidisciplinari e dove, quindi, non possono essere sufficienti i meccanismi di trasmissione professionale. Inoltre, le unità

operative territoriali sono “aperte” perché si relazionano con professionisti convenzionati e dipendenti da altre aziende private accreditate o contrattate (si pensi agli operatori ADI delle cooperative). A questo proposito, diventa decisiva la capacità di formare le competenze dei responsabili di struttura complessa territoriali, che devono diventare sempre più gestori di risorse multidisciplinari a confini organizzativi aperti. Questo significa saper disegnare e gestire processi strutturati di knowledge management, di concertazione degli obiettivi, di costruzioni di identità di équipe e di *peer review* sui risultati raggiunti (Landau e Borgonovi, 2008). Il middle manager territoriale si qualifica per l'intensità e la frequenza delle relazioni che riesce a costruire in modo sistematico con le persone della propria rete di servizi, in parte dipendenti, in parte convenzionati, in parte afferenti ad altre organizzazioni.

Per aumentare la concordanza e l'incisività del processo di programmazione e controllo, è necessario selezionare e modulare meglio gli obiettivi, affinché questi possano alimentare un processo di governo chiaro (Bergamaschi e Lecci, 2008). In alcune aziende, il middle management ritiene che vi siano troppi obiettivi, oppure che non siano sufficientemente prioritizzati o che tendono a essere sempre uguali nel tempo. In alcuni casi, si registra anche la lamentela che gli obiettivi non sono realistici e correlati con le risorse e le reali prerogative di gestione disponibili.

I criteri da rispettare a questo proposito dovrebbero essere i seguenti:

- definire un set di obiettivi rilevanti e strategici che sia sufficientemente ampio, ma senza risultare dispersivo o irrealistico;
- sottolineare la diversa rilevanza dei singoli obiettivi, esprimendo delle precise gerarchie al riguardo;
- rimodulare negli anni gli obiettivi in base a standard di performance raggiunti e, quindi, considerati acquisiti, in base alle innovazioni organizzative o tecnologiche disponibili, in base ai bisogni e alle strategie aziendali emergenti (Vendramini, 2004).

Questo rilancia il ruolo del top management nel processo, che non può essere delegato come funzione amministrativa al *Controller* o a uno solo dei direttori.

Tra gli obiettivi da presidiare, una particolare e crescente enfasi di governo dovrebbe essere posta sulla funzione di committenza, ovvero di governo dei consumi che avvengono fuori dal perimetro aziendale, ma sono pagati dall'azienda (Tozzi e Tedeschi, 2004). Questi possono riguardare produttori con cui ci sono contratti o convenzioni dirette, erogatori accreditati per i cui utenti la AUSL è responsabile finanziariamente, o per fenomeni di mobilità socio-sanitaria. Questo fenomeno è particolarmente rilevante per l'ambito socio-sanitario e deve essere specificatamente presidiato, chiarendo le responsabilità organizzative (Montanelli e Turrini, 2006). In molte aziende, invece, non è chiara la geografia delle responsabilità nei confronti degli erogatori socio-sanitari esterni. A questo proposito, il budget deve recuperare la sua funzione originaria di strumento di

identificazione dei ruoli e delle responsabilità. Un sistema di budget territoriale che continuasse a focalizzarsi esclusivamente sulla produzione diretta sarebbe pericolosamente disallineato con la *mission* emergente delle Aziende AUSL.

Per i servizi territoriali è particolarmente critico organizzare e gestire le interdipendenze organizzative, per esempio con l'ospedale per le dimissioni protette, tra strutture di riabilitazione e servizi di assistenza domiciliare, tra servizi sociali e socio-sanitari, tra la Salute Mentale e i MMG ecc. La qualità dell'organizzazione delle interdipendenze spiega una quota significativa dell'efficacia dei servizi territoriali. I sistemi di programmazione e controllo, da un lato tendono a segmentare le competenze delle singole Unità Organizzative proprio perché riescono a meglio delineare compiti e responsabilità. Dall'altro, rendono visibili gli obiettivi che possono essere raggiunti solo attraverso forme di integrazione e coordinamento. Se la prima fase di introduzione dello strumento ha privilegiato il primo tipo di fabbisogno organizzativo (enucleare compiti e funzioni delle singole Unità Operative), è maturato il momento in cui prevale il secondo tipo di bisogni, ovvero riuscire a determinare processi di integrazione (Longo e Vendramini, 2003). Questi debbono, però, essere gestiti in coerenza alla loro intrinseca complessità, anche modificando in parte lo strumento e il suo processo di negoziazione e controllo. Se un obiettivo è possibile solo grazie alla stretta collaborazione tra due Centri di Responsabilità, questo deve essere esplicitamente dichiarato, favorendo la loro concertazione organizzativa, a partire da una possibile fase di negoziazione congiunta, da premialità speciali e aggiuntive in ragione della maggiore complessità degli obiettivi, dal sostegno alla definizione dei contributi specifici richiesti a ciascuno. Crediamo che tutto ciò sia l'orizzonte di lavoro più interessante e sfidante per le aziende nel prossimo futuro, soprattutto per i loro servizi territoriali, che, a questo proposito, debbono maggiormente impossessarsi dell'*ownership* dello strumento.

Le diverse Regioni stanno adottando specifici modelli di costruzione di équipe multidisciplinari di primo livello operanti nel territorio, coinvolgendo in maniera variegata diverse figure professionali: i MMG e i PLS, i medici di continuità assistenziale, le infermiere territoriali, le assistenti sociali, gli specialisti ambulatoriali, i riabilitatori, personale di supporto amministrativo ecc. Le "etichette" utilizzate per queste Unità Operative di base sono le più diverse: équipe territoriali, UTAP, nuclei di Cure Primarie, Casa della salute ecc. Esse si configurano come dei Centri di Responsabilità di primo livello, che, quindi, vanno inseriti nella "catena" di comando del processo di programmazione e controllo. Questo interroga chi debba essere il livello intermedio tra loro e il vertice aziendale (Longo e Vendramini, 2004). Tanto più la loro natura è multidisciplinare, tanto più si impone un livello intermedio caratterizzato da uno spettro di competenze ampio, come il distretto socio-sanitario integrato o il dipartimento multifunzionale. Se, invece, costituiscono un'articolazione specialistica monofunzionale, per esempio per la medicina generale, per il settore anziani o per la specialistica ambulatoriale, possono richiamare anche afferenze organizzative dipartimentali più focalizzate e

specialistiche. In ogni caso, la catena di trasmissione, anche nelle AUSL di piccole dimensioni, si sviluppa almeno lungo tre livelli (Direzione Generale, Distretto o Dipartimento, Unità multidisciplinare di base), mentre in quelle grandi potrebbe arrivare a quattro livelli gerarchici, perché si aggiunge una articolazione zonale dei dipartimenti. Questi distinti livelli gerarchici sono caratterizzati da identità organizzative significativamente lontane e tra di loro diversificate, che rende il problema dell'efficacia della trasmissione degli indirizzi e, quindi, della concordanza ancora più rilevante e acuto. Inevitabilmente, al crescere delle dimensioni aziendali e delle articolazioni interne, l'attenzione ai meccanismi di coordinamento deve costituire una delle priorità nella gestione, di cui valutare costantemente l'efficacia delle configurazioni organizzative e procedurali disegnate.

Come si è potuto osservare, molti degli importanti risultati ottenuti con il processo di aziendalizzazione sono stati veicolati dallo sviluppo della funzione di programmazione e controllo. Essa ha garantito lo sviluppo di solide identità aziendali e chiare identificazioni di ruolo. Essa, però, presenta importanti margini di miglioramento rispetto alla sua efficacia potenziale di strumento operativo di indirizzo. Inoltre, le nuove strutture organizzative emergenti, a loro volta, impongono un adattamento e uno sviluppo dello strumento, che rappresenta, quindi, una delle piste di lavoro più interessanti e promettenti per il management sanitario nei prossimi anni.

Bibliografia

Anessi E. e Longo F., (2008), 30 anni di storia delle aziende del SSN: quali coerenze tra evoluzioni delle missioni e sviluppo degli strumenti di governo? in AA.VV., *1978-2008: i trent'anni del SSN e della Fondazione Smith Kline*, Il Mulino, Bologna.

Anessi Pessina E. (2002), «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, pp. 452-470, Milano, EGEA.

Anessi Pessina E. e Pinelli N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 495-507, Milano, EGEA.

Bergamaschi M., (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill.

Bergamaschi M., Lecci F., (2008) La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in sanità, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2008*, Egea, Milano.

Cantù E. (a cura di), (2010), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.

Casati G. (2000a), a cura di, *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill.

Casati G. (2000b), «I sistemi di programmazione e controllo di gestione: risultati di un follow-up», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, pp. 391-409, Milano, EGEA.

Del Vecchio M. (2000), «L'evoluzione nelle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, pp. 211-245, Milano, Egea.

Francesconi A., (2003), *Misurare, programmare e controllare. Applicazioni alla sanità e agli enti locali*, CEDAM, Padova.

Gibbons R., (2005) Incentives Between Firms (and Within), *Management Science*, vol. 51, n.1, p. 2-17.

Landau J. and Borgonovi E., (2008), *Relationship Competence for Healthcare Management*, Palgrave Macmillan.

Longo F e Vendramini E., (2003), *Il budget e la medicina generale*, McGrawHill.

Macinati M. (2006), «L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, pp. 433-456, Milano, Egea.

Montanelli R. e Turrini A. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Milano, Egea.

Tozzi V. e Tedeschi P. (2004), *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, Milano, McGraw Hill.

Vendramini E. (2004), *Il sistema di budget nella aziende sanitarie pubbliche*, McGrawHill.

Capitolo 4

Come stimolare e governare l'integrazione tra i professionisti? Riflessioni strategiche e possibile portafoglio di strumenti attuativi

di Francesco Longo

4. Come stimolare e governare l'integrazione tra i professionisti?
Riflessioni strategiche e possibile portafoglio di strumenti attuativi
(di Francesco Longo)

4. Un decalogo per il middle e top management per l'integrazione e il governo dei servizi territoriali

di Francesco Longo

1. Premessa

Alla luce delle evidenze raccolte, delle analisi interpretative proposte e dei fabbisogni manageriali evidenziati, si propone un decalogo di possibili azioni e politiche per il middle management dei servizi territoriali e per il top management delle aziende USL. L'attenzione principale è posta ai primi, perché sono coloro che hanno le maggiori responsabilità e potenzialità di incidere sui processi organizzativi socio-sanitari. Di fronte alle enormi dimensioni delle AUSL sono, infatti, i quadri organizzativi intermedi quelli che presidiano maggiormente le dinamiche professionali periferiche ed operative, mentre il top management, inevitabilmente più lontano e concentrato sulle macro-strategie, non può che limitarsi a definire degli indirizzi di fondo, che senza la forza attuativa del middle management, sono destinati a rimanere lettera morta (Cislighi, 2006). Per middle management intendiamo, a secondo dei diversi modelli organizzativi, i direttori di distretto, di dipartimento territoriale o integrato ospedale-territorio, i direttori di unità operative complesse territoriali o integrate, i direttori delle funzioni o del personale infermieristico e sanitario, i direttori dei servizi di supporto (farmacia, controllo di gestione, ecc.), i coordinatori delle equipe di cure primarie, i responsabili di presidi territoriali ecc. Si tratta di una vasta arena di attori, dal peso critico e rilevante, a cui sono state dedicate poche riflessioni manageriali specifiche, soprattutto in termini di strumenti operativi utili per i loro compiti gestionali. Ciò che qualifica il loro ruolo è la vicinanza ai reali processi produttivi ed erogativi, che propongono l'inseparabile intreccio tra prospettive cliniche, gestionali e organizzative. Pertanto, gli strumenti utili per queste figure direttive non possono riproporre l'annosa separazione e distinzione tra strumenti tecnico-

professionali e strumenti gestionali, ma devono, inevitabilmente, garantire delle focalizzazioni composte, come lo sono i processi presidiati (Sutherland e Dawson, 1998).

Il cuore del decalogo proposto riguarda l'adozione di logiche e strumenti utili a monitorare e sviluppare l'integrazione dei processi professionali, la continuità delle cure percepite dai pazienti e lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo per governare le performance dei professionisti e delle loro équipes, in particolare nei servizi territoriali, anche se molte riflessioni potrebbero essere estese al complesso delle aziende sanitarie. Vi sono, ovviamente, anche altri temi rilevanti di management per i servizi territoriali, ma questi esulano dall'obiettivo di questo lavoro, che cerca di essere specifico e focalizzato.

Ogni decalogo rappresenta una semplificazione della realtà, perché le criticità e le leve da attivare sono più di dieci; perché le leve da attivare possono essere diverse per ogni problema, a seconda della situazione aziendale, delle contingenze storiche, delle competenze disponibili, dei fabbisogni espressi dagli *stakeholder*, mentre i decaloghi tendono a proporre una ricetta per ogni singola criticità. Inoltre, la realtà è sempre "pluripatologica" e composta, dinamica e già in corsa e, quindi, si reagisce con un insieme di risposte, che solo didatticamente possono essere esposte singolarmente e analizzate in maniera decontestualizzata (Borgonovi, 2004).

Ogni decalogo ha prevalentemente una funzione di sottolineatura di alcune specifiche criticità ritenute più strategiche di altre, di riassunto delle questioni chiave agli occhi degli autori, di *check list* semplificata che permetta al management o middle management di monitorare rapidamente la strategicità e completezza delle dimensioni presidiate e di quelle trascurate, ricordandosi che il management è l'arte delle scelte e delle prioritizzazioni e, quindi, delle esclusioni. In altri termini, questo, come ogni altro decalogo, costituisce solo uno stimolo evocativo alla riflessione strategica di ogni azienda, la quale non può che essere più composita e articolata.

2. La visione: processi, processi, processi, processi

Le competenze clinico-professionali e le singole pratiche cliniche nel SSN sono buone, così come è ricco il portafoglio di strumenti gestionali disponibili (Villa et al., 2008).

Sul piano clinico, la sequenza di singoli episodi di cura non coordinati non produce, però, buona cura, soprattutto per le patologie croniche o stabilizzate di lungo corso. L'oggetto di lavoro del singolo clinico non può che essere la prestazione puntuale, ma il punto di vista con cui viene svolto il singolo atto clinico può essere il processo assistenziale complessivo della rete dei servizi. Questo dipende dal *framework* organizzativo in cui si sente collocato il professionista (Grol, 1997). Se pensa alle conseguenze del suo atto clinico nel resto della rete dei servizi, se pensa alle interdipendenze della sua prestazione con quella dei colleghi, se conosce e si relaziona al contributo che daranno gli altri, è inserito in una

organizzazione che ha costruito per i professionisti una prospettiva di processo integrata. L'esistenza di una prospettiva di processo assistenziale integrata dipende dalla cultura dell'azienda e dalla presenza di coerenti meccanismi organizzativi che la rendono visibile e fondante l'identità aziendale. Se le misure di performance riguardano le capacità dei professionisti di coordinare le interdipendenze, si struttura una cultura per processi e si agiscono degli strumenti operativi a ciò coerenti. Se le performance da perseguire riguardano il numero delle prestazioni effettuate e la loro efficienza individuale, difficilmente si crea una cultura e una prassi capace di organizzare e valorizzare le interdipendenze.

Analogamente per il singolo utente/paziente, la qualità della singola prestazione non garantisce unitarietà della fruizione e, quindi, della continuità della cura, se non si disegnano i percorsi di fruizione per processi, ovvero interrogandosi in quanti luoghi e tempi diversi chiamiamo il cittadino e se questi non possano ragionevolmente essere accorpati. Qual è il processo di accesso e consumo a cui stiamo sottoponendo il paziente? Di norma, riducendo tempi e luoghi di fruizione, strutturalmente decrescono anche i costi di produzione.

Le aziende USL definiscono obiettivi e monitorano i risultati raggiunti per ogni unità operativa. L'intensità del processo relazione tra azienda e direttore dell'unità operativa è, però, largamente insufficiente, soprattutto in fase di valutazione intermedia e finale. Si evita e si minimizza la frequenza e l'intensità dei processi di governo delle équipes specialistiche. Il risultato di processo intermedio del management è la misura dell'intensità e della frequenza relazionale strutturata nei confronti dei direttori di struttura, orientandoli a condividere le strategie e le performance aziendali attese.

I direttori delle unità operative sono dei gestori di gruppi di professionisti, sempre più multidisciplinari e *knowledge intensive*. Per guidare le loro équipes, è decisiva l'intensità e la frequenza della relazione professionale e gestionale con i membri dell'unità operativa. È questo il modo con cui si condividono gli obiettivi, si discute come meglio coordinarsi, si confrontano i risultati per migliorare le prassi, si diffonde l'aggiornamento tecnico-professionale.

Serve assumere un'ottica per *processi* per "leggere" le interdipendenze cliniche sul singolo paziente e per rileggere le modalità di fruizione dei cittadini; è necessario intensificare i *processi* relazionali tra vertice aziendale-strutture intermedie-unità operative e tra direttori di unità operative e le proprie équipes. Nel primo caso si tratta di disegnare configurazioni organizzative efficaci, nel secondo caso di sviluppare relazioni tra gerarchie e gruppi di professionisti.

(a) STRUTTURE INTERMEDIE E UNITA' OPERATIVE GRANDI ED EMPOWERED

Le AUSL devono ridurre il numero delle afferenze organizzative dirette della direzione generale per aumentarne l'intensità e la frequenza degli scambi e delle dinamiche gestionali. Di fronte alle accresciute dimensioni delle aziende USL, questo significa ridurre il numero delle strutture intermedie (distretti, dipartimenti, presidi, servizi, ecc.) per renderle più grandi e potenzialmente forti. Meno strutture intermedie determinano meno riporti diretti al vertice aziendale. Analogamente, la riduzione delle unità operative, semplici e complesse, garantisce la riduzione delle afferenze alle strutture intermedie, permettendo l'aumento degli scambi tra questi due livelli di direzione.

Strutture intermedie più grandi e rilevanti nell'economia aziendale permettono di selezionare e dedicare professionisti competenti e motivati alla gestione e, quindi, al disegno e alla gestione di processi organizzativi. Risulta più chiara ed evidente la loro *mission* aziendale, focalizzata sull'organizzazione delle interdipendenze, rispetto a cui sviluppare *know how* e strumenti operativi specifici (Meneguzzo e Cepiku, 2008). In strutture organizzative piccole e di scarso valore organizzativo, il vertice tende a rimanere più attratto dalla dimensione clinico-professionale.

Dalle evidenze raccolte sappiamo che strutture intermedie più grandi hanno la tendenza fisiologica a strutturare di più e meglio i meccanismi di integrazione delle interdipendenze, in quanto i sistemi sociali informali di connessioni diventano inefficaci e troppo parziali.

(b) MICRO-PROGETTAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

L'intensità e l'efficacia dell'integrazione professionale dipende dalle soluzioni micro-organizzative adottate, dal coordinamento delle interdipendenze, dagli schemi procedurali dei processi di lavoro, mentre la macro-struttura è solo un elemento di contesto (Rashidian e Russell, 2003). La micro-progettazione dei processi clinici è un oggetto di lavoro distintivo per direttori di strutture intermedie e per direttori di unità operative. È il loro contenuto professionale distintivo, oltre e diversamente dai contenuti clinici e da quelli aziendali gestionali complessivi. I direttori di struttura intermedia hanno lo sguardo più rivolto ai processi trasversali tra le unità operative, i direttori di unità operativa a quelli interni, pur con i necessari coordinamenti. Sappiamo che costruire e condividere PDTA è diventato fisiologia nelle aziende mature, così come l'identificazione del PDTA coerente al profilo di ogni paziente. Ciò che è insufficiente è l'intensità dello scambio informativo e di consulenza sul singolo caso tra i professionisti, oltre a processi di *peer review* sistematici sull'aggregato dei casi, in funzione di governo clinico aggregato e di *knowledge transfer*.

Per aumentare la frequenza e l'intensità dello scambio tra professionisti sul singolo caso, è molto costoso ipotizzare prestazioni congiunte o frequenti riunioni *de visu*, che risulterebbero troppo dispersive e organizzativamente dispendiose. È opportuno sviluppare strumenti agili e facilmente fruibili di connessione telematica, che permettano di aggiornare in modo continuo le informazioni cliniche e sociali sul singolo paziente e di leggerle a tutti gli attori della rete, ma anche di scambiarsi opinioni e pareri, in format agili, veloci e asincroni (Baker et al., 1999). Dedicare ogni giorno una piccola parte del proprio tempo a rispondere alle richieste telematiche dei colleghi, sui singoli casi, dovrebbe essere parte della routine professionale.

Le riunioni sistematiche e strutturate d'équipe mono e pluri-disciplinare sono, invece, fondamentali per azioni di *peer review* sui dati aggregati, dove il singolo caso specifico diventa al massimo un elemento di discussione esemplificativo per riflessioni di natura generale.

(c) UNITARIETÀ DELL'ACCESSO

Soprattutto le patologie croniche stabilizzate e i pazienti inseriti nei PDTA possono prenotare in un unico momento un pacchetto di prestazioni che comprendano tutti i consumi sanitari previsti per il loro percorso, per un certo periodo di tempo (es. 3 o 6 mesi). Questo costruisce implicitamente e automaticamente una serie di vantaggi: (1) costituisce un meccanismo relativamente agile di costruzione di uno standard di *compliance*, almeno parziale, del paziente; (2) permette di rendere facilmente e immediatamente visibile a tutti i professionisti coinvolti nella rete di servizi l'insieme delle prestazioni previste dai colleghi per il paziente; (3) semplifica molto l'accesso ai servizi ai pazienti; (4) costruisce una base informativa robusta per azioni di *recall* del paziente per rafforzarne la *compliance*; (5) permette di valutare l'unitarietà degli schemi di fruizione alla luce della dispersione degli accessi programmati. Ovviamente, questa unitarietà viene rafforzata se permette il contestuale pagamento del ticket omnicomprendivo di tutte le prestazioni, il che aumenta la *compliance* ai percorsi (pazienti che hanno già pagato, più difficilmente disertano gli appuntamenti previsti) e la visione complessiva all'azienda degli sforzi finanziari richiesti agli utenti. Essa, se la refertazione è domiciliare o telematica, diventa completa, oltre che per il paziente, anche per la rete dei professionisti coinvolti.

(d) UNITARIETÀ DELLA FRUIZIONE

Almeno per i principali percorsi o pacchetti di fruizione è necessario lavorare su due fronti: diminuire la dispersione geografica e temporale della fruizione e stabilizzare sistematicamente i *care giver* per il singolo paziente.

A fronte di prestazioni spesso correlate tra di loro, per esempio prelievo, esami diagnostico-strumentali e visita specialistica, le aziende devono riuscire a

concentrare la fruizione in un luogo e in un tempo solo, il meno frammentato possibile. Questo si può ottenere in diversi modi: specializzando un unico operatore su più funzioni (chi fa l'ECG può anche fare il prelievo) – difficile nella cultura delle frammentazioni professionali del SSN-; oppure concentrando in un'unica piattaforma logistica gli operatori di diverse unità operative; oppure almeno coordinando gli orari di fruizione per il paziente che deve usufruire di due distinte unità operative, riuscendo a farlo nello spazio di una sola mezza giornata. L'unitarietà della fruizione favorisce, implicitamente, anche l'integrazione professionale, perché le distinte unità organizzative e i prescrittori/case manager devono concordare sui “pacchetti” di prestazioni da coordinare.

Per il secondo aspetto, la stabilità del *care giver*, deve essere generalizzato il principio per il quale la prenotazione, almeno per i *frequent user*, sia nominativa per professionista di afferenza, in modo che il paziente sia sempre visto dallo stesso operatore o da un numero ristretto di professionisti coordinati tra di loro. Questa è già la prassi in molte aziende mature, ma non ancora uniformemente presente sul territorio nazionale.

(e) LA MEDICINA DI INIZIATIVA

La medicina di iniziativa ha due elementi fondanti: il reclutamento proattivo, da parte dell'erogatore, del cittadino che ha un bisogno non ancora trasformato, in toto o in parte, in domanda esplicita e l'offerta di un pacchetto di prestazioni coerenti ad un PDTA, definito verificando costantemente la *compliance* del paziente in modo che, quando necessario, scattino automatici e sempre più robusti meccanismi di *recall*. Per il secondo aspetto, quanto discusso al punto 3. e 4., ovvero micro-organizzazione di processi di integrazione professionale e definizione di pacchetti unitari di accesso, costituisce la premessa fondamentale di partenza. Alla luce di pacchetti di prestazioni, integrati e coerenti tra di loro sul piano clinico e raggruppati nella procedura di accesso unificata, la verifica della *compliance* del paziente diventa un passaggio logico successivo e incrementale. In caso di mancata *compliance* del paziente, il sistema deve riuscire a segnalare i gap tra prestazione prescritte e prenotate e i consumi del paziente. In questo caso occorre attivare procedure di *recall* del paziente, a intensità progressivamente crescente (per esempio, prima messaggio via SMS, successivamente telefonata da operatore amministrativo e, infine, contatto da parte del case manager sanitario) fino al rientro del paziente nel percorso, salva sua esplicita decisione personale opposta.

Rimane, invece, da costruire un sistema di reclutamento proattivo dei pazienti, che hanno potenziali bisogni che non trasformano in domanda. In questo caso, vi sono tre strategie disponibili, che possono essere utilizzate anche in maniera complementare o differenziata per tipo di patologia. (1) Si possono formare e incentivare i MMG/PLS all'ottenimento di tassi di arruolamento dei pazienti coerenti ai fabbisogni epidemiologicamente stimati per singola patologia in funzione del loro portafoglio di iscritti; (2) è possibile investire su *screening* di

popolazione o di target specifici per fare emergere i bisogni non ancora conosciuti; (3) si possono valorizzare le significative masse informative disponibili, da cui estrapolare nominativamente il gap tra patologia e consumi, per esempio per gli anziani dimessi dall'ospedale per alcune patologie o per gli anziani con assegno di accompagnamento per non autosufficienza e i consumi sanitari territoriali, per verificare gap tendenziali di cura (Di Tommaso et al., 2011). A questo proposito, è utile citare le esperienze già implementate dalla Regione Liguria (progetto Nocchiero), dall'ASL di Brescia (sistema informativo delle cure primarie) e dall'AUSL di Ravenna (sistema informativo integrato sulle fragilità), che sono in fase di sviluppo e di prima diffusione nella loro utilizzazione.

(f) UN SISTEMA INFORMATIVO DI MEDICINA DI INIZIATIVA INTEGRATO

La costruzione di pacchetti clinici integrati, di logiche di accesso e di fruizione unitarie, di meccanismi di verifica della *compliance* dei pazienti e di sistemi di reclutamento proattivo dei pazienti dovrebbero costituire i quattro pilastri fondamentali per disegnare i sistemi informativi per i servizi territoriali. Essi dovrebbero, così, ragionare per paziente e per esito, per patologia e per PDTA, potendo ricostruire i consumi del cittadino rispetto al PDTA programmato, potendo verificare il tasso di reclutamento delle patologie rispetto al quadro epidemiologico atteso, potendo verificare l'efficacia sia delle politiche di *compliance*, sia dei programmi sanitari rispetto ad *outcome* clinici sperati. Si superebbe del tutto la logica opposta di sistemi informativi che si basano sulla rappresentazione delle prestazioni effettuata dalla singola unità di produzione. Ovviamente, un sistema informativo di questa portata non si costruisce rapidamente, ma per sviluppi progressivi e costanti nel tempo: ciò che risulta rilevante è avere in mente un disegno strategico complessivo, che si sviluppi per moduli. Si può iniziare privilegiando l'esplicitazione dei pacchetti di prestazioni per PDTA, sviluppando, soprattutto, la logica clinica di controllo degli scostamenti dei consumi sanitari dagli standard programmati. Oppure si può iniziare privilegiando l'accesso integrato per i pazienti. In alternativa, si può privilegiare la costruzione dei PDTA per analizzare la *compliance* dei pazienti, confrontando i consumi del cittadino con il prescritto. Come si può facilmente comprendere dagli esempi citati, i punti d'attacco possibile sono molteplici, in base alle priorità strategiche aziendali. Lo sviluppo complessivo e organico può essere, però, solo garantito dalla chiara definizione di un disegno complessivo di medio periodo, dove il sistema informativo costituisce solo una leva operativa di sistemi operativi clinici e organizzativi.

(g) FORMARE GESTORI DI INTERDIPENDENZE E DI PROFESSIONISTI

Risulta decisivo formare le competenze del middle management, soprattutto dei direttori delle strutture intermedie e delle unità operative complesse. La criticità è quella di individuare i fabbisogni di competenze distintive che hanno i ruoli gestionali delle unità cliniche territoriali. La loro specificità non è costituita dalla formazione clinica, che rientra nella sfera dei clinici, anche se alcuni compiti di governo clinico richiedono una solida conoscenza di logiche di programmazione e valutazione clinica aggregata (Cohen et al., 2004). Allo stesso modo, la loro specificità non è costituita dal management di un'intera azienda, anche se, evidentemente, devono conoscerne le logiche di fondo, con cui si raccordano e integrano. La loro formazione specifica deve riguardare la costruzione di processi trasversali che raccordino le interdipendenze, sia sul piano clinico, sia sul piano della fruizione dei pazienti. Inoltre, il loro *focus* deve essere la gestione di équipe professionali o multi-professionali, cioè saperle guidare a definire percorsi clinici, a costruire processi di *knowledge management* condivisi rispetto al sapere clinico, a definire processi strutturati di *peer review* e di *audit* sui risultati dell'équipe e sulle performance della rete di servizi in cui essa è inserita. Gestire professionisti, cioè persone abituate a lavorare da sole su singoli pazienti con modesti livelli di *accountability* esplicita, è una funzione molto complessa e specifica (Longo, 2007). Questa funzione non può nascere come premio per l'elevata abilità clinica di un professionista, ma, al contrario, deve essere una vocazione distintiva autonoma, magari legata alle stagioni della parabola professionale. Il direttore di una équipe deve considerare cuore del proprio lavoro incontrare regolarmente i membri del proprio team su temi strutturati e calendarizzati regolarmente. Solo a titolo esemplificativo, proviamo a elencare una possibile agenda annuale di incontri di un direttore di unità operativa complessa con la propria équipe. Sono difficilmente comprimibili quattro incontri all'anno per discutere i risultati intermedi del centro di responsabilità, due/tre incontri annuali per discutere le caratteristiche e i tassi di adesione ai PDTA, tre/quattro incontri all'anno di aggiornamento professionale, due/tre incontri annui per discutere gli aspetti organizzativi dell'unità operativa e le interdipendenze con le altre unità operative, due/tre incontri per preparare e riferire della negoziazione di budget con l'azienda ecc. Gestire questi tavoli in maniera strutturata ed efficace richiede competenze e attitudini specifiche.

(h) OBIETTIVI SFIDANTI PER TEMPO

I sistemi di programmazione e controllo devono diventare più efficaci nel governo dell'azienda e nella valutazione delle performance. Due sono i terreni principali che le evidenze raccolte propongono. Da un lato, gli obiettivi devono essere più realistici e dinamici nel tempo, correlandosi meglio e di più con i problemi emergenti e le strategie dell'azienda. Dall'altro, devono essere sufficientemente

sfidanti e correlati con i poteri e le risorse delegate. Soprattutto, devono aiutare a sviluppare identità e orgoglio professionale, in modo da alimentare motivazione e senso di servizio alla comunità e appartenenza all'azienda (Ashmos et al., 2000). Per esempio, chiedere, il primo anno, di costruire un sistema informativo capace di verificare i tassi di reclutamento dei pazienti ai PDTA aziendali e, il secondo, di responsabilizzare su un target stabilito di reclutamento (es. 50 per cento del bisogno epidemiologico stimato) può costruire percorsi di crescita professionale, di formazione e motivazione, oltre che performance consapevoli ed incrementali.

Ma, soprattutto, il sistema di programmazione e controllo deve allineare i tempi alla fisiologia dell'esercizio finanziario, essendo i budget concertati prima dell'inizio dell'anno solare e le valutazioni concluse a dicembre dell'esercizio in fase di verifica, utilizzando dati stimati, al massimo con qualche rettifica automatica *ex post*, al completamento finale della raccolta dei dati consuntivi.

(i) VALUTARE IL VALUTATORE

La ricerca condotta ha dimostrato che il tasso di integrazione professionale è misurabile, così come è misurabile il tasso di continuità delle cure percepito dagli utenti, così come si può verificare la concordanza degli obiettivi di budget lungo la piramide organizzativa o la tempestività delle fasi di programmazione e controllo. Questi monitoraggi possono essere fatti direttamente dalle aziende sanitarie con costi e tempi contenuti, magari su base periodica (per esempio, ogni due o tre anni). Questa dovrebbe diventare una prassi ordinata di gestione perché è fondamentale valutare il lavoro di chi si occupa di sviluppo dei servizi, di *customer satisfaction* o di governo dell'azienda (Borgonovi et al., 2008). Gli uffici predisposti a funzione di programmazione e controllo devono a loro volta porsi degli obiettivi e controllarli. Il *controller* dovrebbe ragionevolmente porsi, come obiettivo pluriennale, l'aumento della concordanza dentro la propria azienda e la riduzione dei gap temporali del processo di budget rispetto ai tempi di un processo fisiologico. I direttori di distretto o di dipartimento territoriale dovrebbero misurare l'integrazione professionale esistente e la continuità percepita della continuità di cura da parte dei pazienti, per porsi degli obiettivi di miglioramento nel tempo e, poi, andarli a verificare.

Ciò produce consapevolezza, crescita, tensione verso il futuro, realismo attuativo (Osborne e Brown, 2005).

Il decalogo proposto è molto ricco e sfidante. Probabilmente, non tutte le sue suggestioni possono essere introdotte immediatamente e contemporaneamente con uguale intensità. Esse costituiscono, però, delle possibili piste di sviluppo per la gestione dei servizi territoriali lungo le quali è possibile avventurarsi anche singolarmente e per gradi, sperando di costruire, progressivamente, nel tempo, il sistema complessivo.

Bibliografia

Ashmos D.P., Duchon D., & McDaniel R.R., (2000), Organizational Responses to Complexity: the Effect on Organizational Performance. *Journal of Organizational Change Management*, vol. 13, n. 6., 577-594.

Baker R., Lakhani M., Fraser R., & Cheater F., (1999), A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*, 318, 779–783.

Borgonovi E., (2004), *Ripensare le amministrazioni pubbliche. Tendenze evolutive e percorsi di approfondimento*, Egea, Milano.

Borgonovi E., Fattore G., Longo., F., (2008), *Management delle Istituzioni Pubbliche*, Egea, Milano.

Cislaghi C., (2006), *Gli Scenari in Sanità*, Franco Angeli, Milano.

Cohen D. et al., (2004), A Practice Change Model for Quality Improvement in Primary Care Practice. *Journal of Healthcare Management*, vol. 49 n. 3, 155-168.

Di Tommaso F., Berardo A., Falasca P., et al., (2011), Indagine sulla fragilità degli ultrasessantaquattrenni: analisi dei fattori predittivi nel contesto ravennate *BEN - Notiziario Istituto Superiore Sanità* 24(1): iii-iv.

Grol R., (1997), Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*, 315, 418–421.

Longo, (2007), Implementing managerial innovations in primary care: can we rank change drivers in complex adaptive organizations? *Health Care Management Review*, 32 (3), p. 1-13.

Meneguzzo M., Cepiku D., (2008), *Network pubblici*, Milano, McGrawHill,.

Osborne S., Brown K., (2005) *Managing change and innovation in public service organizations*, Routledge.

Rashidian A., Russell I., (2003), Towards better prescribing – a model for implementing clinical guidelines in primary care organizations in the NHS. *Int J Clin Governance*, 8, 26–32.

Sutherland K., Dawson S., (1998), Power and quality improvement in the NHS: the roles of doctors and managers. *Qual Health Care*, 7, 16–23.

Villa S., Alesani D., Borgonovi E., (2008), "Getting Health Reforms Right: what lessons from an Italian case?" *Health Services Management Research* 21: 131-140.

Parte II

**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 innovative

di Nicola Pinelli

I trend demografici e l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche attribuiscono all'assistenza territoriale un ruolo centrale - presente e futuro - nello sviluppo e nella programmazione nazionale del servizio sanitario. Al contempo rappresenta un incredibile campo di innovazione e sperimentazione per la diversità dei servizi offerti e delle professionalità coinvolte caratterizzate per un forte grado di interdipendenza. Tutti questi elementi si appalesano in modo consistente nelle esperienze prese qui in considerazione.

La parola “territorio” definisce un insieme di servizi tra loro eterogenei (servizi di prevenzione e sanità pubblica, medicina di famiglia, servizi per la salute mentale e le dipendenze, assistenza in hospice e le diverse forme di assistenza domiciliare), orientati ad una progressiva de-specializzazione dell'ambito di cura, che richiedono la partecipazione di un network multidisciplinare di professionisti e necessitano di livelli elevati di integrazione professionale.

E temi centrali per la sanità attuale e futura sono presa in carico del paziente, continuità assistenziale, integrazione socio sanitaria, valorizzazione e riqualificazione delle componenti professionali, coinvolgimento e ruolo dei MMG. Risulta di grande interesse analizzare come tali questioni vengano affrontate e realizzate concretamente. Le esperienze selezionate trasferiscono nella realtà territoriale gli elementi richiesti dalla programmazione nazionale e regionale.

Le storie di integrazione dei servizi territoriali ospitate in questo volume offrono al lettore una estesa panoramica di come alcune Aziende sanitarie abbiano definito - in modo eterogeneo perché naturalmente tarato sulle necessità, tutt'altro che omogenee, dei rispettivi territori – le proprie modalità di risposta alla domanda di salute che emerge dal territorio. Pur nelle diversità, tutte le risposte a ciascuna

esperienza, hanno dimostrato di mettere al centro i bisogni espressi dal cittadino/paziente e, al contempo, di calibrarle con le peculiarità territoriali.

Le esperienze selezionate sono state implementate in diversi contesti del territorio nazionale ma, nel loro complesso, ben descrivono le modalità del cambiamento organizzativo compiuto nella rete dei servizi territoriali. La gestione delle patologie croniche e la promozione proattiva della salute rappresentano una necessità strutturale che esige implementazione nell'assetto dei servizi offerti dal sistema sanitario.

Risultano particolarmente significative alcune esperienze realizzate per il miglioramento della programmazione dell'assistenza e la cura sugli assistiti del proprio territorio per definire le migliori soluzioni assistenziali. Integrazione socio-sanitaria ed approccio proattivo, di iniziativa, vengono indirizzati a ridurre il ricorso all'assistenza sanitaria e al ricovero e ad aumentare la qualità di vita degli assistiti.

Nel corso del loro sviluppo e razionalizzazione è possibile ritrovare varie esperienze. Alcune mutano il rapporto tra servizi di prossimità (più vicini al cittadino) e servizi a più alta specializzazione secondo un modello *hub and spoke*.

Altre affrontano la presa in carico del paziente per specifiche patologie contemplando l'inserimento in percorsi di continuità assistenziale ottimali che definiscono una risposta personalizzata mediante l'individuazione dei soggetti deputati alla presa in carico e dei contenuti assistenziali da assicurare. Le malattie croniche vengono affrontate creando un'alleanza e una rete tra specialista - *case manager* - famiglia del paziente - associazione volontariato, che sia in grado di condividere e stabilire la risposta assistenziale più vicina ai bisogni della persona. Accanto a questo team assistenziale è iniziato un nuovo rapporto tra ospedale e territorio nella fase acuta della malattia e della dimissione ospedaliera rispetto alla diversa complessità e intensità di intervento richiesto dalla patologia sofferta (tecnologico, assistenziale etc.).

L'approccio alla personalizzazione dei servizi emerge con chiarezza, ad esempio, nell'esperienza intrapresa dalla **Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste** (ASS 1 Triestina). Nel capoluogo friulano, territorio caratterizzato da bassa natalità, elevata presenza di grandi anziani e progressivo incremento della disabilità, è stato sviluppato un 'sistema' socio-sanitario che si regge su una 'rete di servizi', a sua volta imperniata in 4 Distretti sanitari. È un'idea evoluta di 'Distretto', sicuro riferimento globale di salute territoriale sul quale si regge tutta l'attività aziendale e il welfare del capoluogo. In questo sforzo atto a centrare l'obiettivo di un servizio territoriale basato sul *Chronic Care Model*, funzionante h24 e capace di rispondere in modo appropriato alle più diverse richieste, l'Azienda ha coinvolto anche il mondo degli Enti locali e quello dell'associazionismo cittadino. Quindi per personalizzare le risposte dei servizi socio-sanitari, ha fatto ricorso allo strumento del "Budget di Salute individuale", mix di risorse economiche e diservizi, di obiettivi di salute predeterminati (e auspicati) destinati al singolo paziente-utente per un determinato periodo. La

riduzione degli accessi dei residenti al Pronto Soccorso, unitamente all'incremento delle deospedalizzazioni protette, ci illustra chiaramente che l'impegno sul territorio dell'Azienda di Trieste ha intrapreso il giusto cammino. Inoltre, se è vero che le caratteristiche anagrafiche ed epidemiologiche del territorio in esame sono quelle che presenterà l'intera penisola intorno al 2040, sarà decisamente utile riflettere sulle azioni intraprese nell'esperienza triestina.

L'**Azienda USL di Ferrara** ha studiato con precisione il metodo migliore per una ristrutturazione di tutta la rete di servizi sanitari e amministrativi utili per rispondere alle nuove esigenze del territorio. Anche in questa zona è decisamente alto il numero di persone anziane, oltre che l'incidenza delle cronicità in continuo aumento. Su questa prima analisi si è basata la *governance* sia clinica che organizzativa intrapresa dall'Azienda senza perdere di vista le indicazioni di politica sanitaria della Regione Emilia Romagna, impegnata nel superare alcune criticità, come la eccessiva parcellizzazione dei punti di erogazione dei servizi sanitari. L'Azienda di Ferrara ha puntato sulla logica dell'*hub and spoke* per la messa in rete delle strutture ospedaliere e per il riallineamento del numero dei posti letto, oltre che, sul piano organizzativo, per una redistribuzione dell'erogazione dei servizi atta a superare la frammentarietà. La maggior parte degli interventi di riorganizzazione hanno investito i servizi socio-sanitari, ma anche quelli di supporto – ad esempio le funzioni amministrative e informatiche – sono passati per una decisa revisione, come ancora gli strumenti della programmazione e controllo (percorso di budget, valutazione e verifica dei risultati, etc.). Le attività di reingegnerizzazione dei servizi devono tuttavia essere accompagnate, oltre che orientate, da interventi di carattere economico-finanziario. L'Azienda di Ferrara ha puntato su azioni ragionate ed appropriate ai bisogni emergenti della popolazione, facendo attenzione a non ricorrere ai cosiddetti “tagli lineari”, la cui applicazione al delicato mondo della sanità è difficile oltre che controproducente.

Anche l'**Azienda Sanitaria di Firenze** ha sperimentato un interessante progetto che ha come obiettivo ultimo l'integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale per la gestione del paziente con dimissione complessa. Concentrandosi sugli aspetti legati alla continuità delle cure, l'Azienda ha rilevato le difficoltà che molti pazienti incontrano nel tornare alla quotidianità all'indomani di una dimissione ospedaliera complessa. Inoltre è stato appurato che talvolta un ‘collo di bottiglia’ (dinamica di tipo *push*) al momento delle dimissioni – riconducibile a percorsi disomogenei, difficoltà nel flusso informativo, tempi disallineati tra ospedale e territorio - inficiava il corretto svolgersi della dimissione complessa. L'Azienda ha pertanto cercato di puntare sulla condivisione di un metodo unico per tutte le professionalità coinvolte nel processo di dimissione, sia dentro che fuori all'ospedale. Nasce così il progetto “Un solo paziente”, imperniato su una logica *pull* in cui i servizi sono organizzati in modo da far scorrere il percorso del paziente in modo semplice, lineare, continuo (metodologia *Lean*). Si è giunti, in sintesi, al ricorso ad un'unica modalità di gestione del percorso di dimissione per tutti i pazienti dell'Azienda indipendentemente dall'ospedale, dalla struttura, dalla zona

in cui è avvenuto il ricovero. L'omogeneità del processo di dimissione è riconducibile anche all'impiego di un *software* creato *ad hoc* per la gestione informatizzata della dimissione, che permette uno scambio di informazioni in tempo reale in tutti i punti della rete di assistenza. Quindi l'utilizzo di un unico sistema informativo integrato e la presenza di un unico centro di coordinamento territoriale del processo sono certamente i principali punti di forza del nuovo modello di gestione della continuità assistenziale post-dimissione implementato dall'Azienda Sanitaria di Firenze.

L'Azienda USL di Bologna, con lo stesso approccio fondato su di un unico centro di coordinamento, ha messo in atto un progetto teso a rivedere appropriatezza ed omogeneità degli interventi riabilitativi. Dopo l'analisi di alcune problematiche riscontrate nei sei distretti afferenti all'Azienda (discontinuità della presa in carico, lungaggini e disomogeneità nell'offerta delle prestazioni, presa in carico non integrata) si è voluto puntare al loro superamento mediante l'individuazione del livello di intensità di cura appropriato, oltre che di un modello di assistenza per processi e non per singole prestazioni.

Tale approccio, in sintesi, non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma si traduce in una modalità assistenziale di sistema rivolta alla presa in carico globale per il recupero delle potenzialità della persona. Sul piano riabilitativo, inoltre, le esigenze possono essere talmente diversificate tra loro. Così l'Azienda ha puntato anche sulla personalizzazione dei servizi, sia per quanto attiene ai possibili modelli di assistenza riabilitativa, sia in ordine alla gestione degli ausili per l'autonomia. Per gestire in modo appropriato la presa in carico riabilitativa territoriale, l'Azienda USL di Bologna ha istituito in ciascun distretto il Punto di Valutazione Fisioterapica: è in questa sede che il fisioterapista, valutate tutte le informazioni su relative ad un determinato paziente, distingue il bisogno riabilitativo (complesso o semplice) e predispone percorsi differenziati. Ed è in questa sede che avviene quel confronto multiprofessionale che ha permesso all'Azienda di centrare gli obiettivi prefissi mediante la rimodulazione organizzativa degli interventi di riabilitazione domiciliare. Da ultimo, a Bologna si è riusciti a invertire la tendenza al rialzo dei costi poiché, grazie al nuovo modello organizzativo, è stata rilevata una significativa riduzione delle spese per protesi e ausili.

L'Azienda sanitaria della Capitale **Roma E** ha deciso di dedicare alla fragilità gli sforzi intrapresi nella riqualificazione dell'assistenza territoriale riabilitativa. L'Azienda è una delle più estese del territorio cittadino e sul suo territorio insistono 10 degli 80 istituti di riabilitazione del Lazio; nella regione il numero dei disabili si assesta intorno al 4,4% della popolazione. Di fronte a queste cifre l'ASL Roma E ha inteso rafforzare il proprio ruolo sia nella produzione quanto nella committenza della programmazione territoriale riabilitativa. A controllare l'appropriatezza della gestione dell'attività riabilitativa è l'Unità Clinica di Valutazione, nata come equipe multiprofessionale e divenuta più tardi, con atto aziendale, il soggetto delegato a vigilare sull'attività riabilitativa estensiva

e di mantenimento, erogata per i residenti del territorio aziendale, ovunque essi vengano presi in carico dalle strutture riabilitative. Il progetto prevede che il disabile, motorio o psichico, che necessita di assistenza si rivolga alla struttura, pubblica o convenzionata, che preferisce. A questo punto è l'istituto ad elaborare, per ciascun paziente, il progetto riabilitativo da sottoporre alla ASL di residenza del paziente. Viene azionato così, dall' Unità Clinica di Valutazione, il vaglio e la verifica dell'appropriatezza dei progetti elaborati per la presa in carico riabilitativa dei soggetti affetti da disabilità complessa: è infatti la ASL a mantenere la funzione di tutela nei confronti degli assistiti rispetto a quanto effettuato dagli istituti. L'Azienda sanitaria Roma E è stata così capace di monitorare il percorso assistenziale del disabile coordinando il processo di comunicazione fra i professionisti, i pazienti e le famiglie.

In provincia di Cuneo, invece, unitamente all'aspetto dell'integrazione dei servizi sanitari sul territorio è stato registrato un sensibile passo avanti anche sul piano dell'umanizzazione delle cure. L'**Azienda sanitaria CN2** di Alba-Bra ha intrapreso un progetto di ricovero denominato "Letti di prossimità", con la prospettiva di andare incontro alle esigenze dei pazienti con malattie croniche, e per lo più anziani, per i quali l'ospedalizzazione è una prestazione eccessiva, ma al contempo le cure domiciliari non bastano. L'Azienda ha deciso di coinvolgere le strutture per anziani presenti sul territorio e con esse, oltre che con i Medici di Medicina Generale, ha stipulato una convenzione tesa a definire, tra le altre cose, un certo numero di posti letto disponibili, il tempo di assistenza infermieristica dedicato ed i requisiti minimi dell'assistenza, la fornitura diretta di farmaci da parte della ASL. Dal progetto nasce un servizio di ricoveri a valenza sanitaria, che si avvalgono di strumenti clinico-diagnostici dedicati (ad esempio un servizio di radiologia mobile) e di rilevazione e monitoraggio dell'attività sanitaria (ad esempio con il ricorso alla cartella clinica integrata, sulla quale ogni operatore che interviene sul paziente è tenuto ad inserire i propri rilievi). Anche sul piano economico l'Azienda ha cercato di adottare un'equa possibilità di accesso al progetto, prevedendo in alcuni casi, in base a durata dell'assistenza e patologia, diverse modalità di compartecipazione da parte del paziente. Con questa esperienza di medicina territoriale l'Azienda di Cuneo ha innanzitutto promosso il "valore della prossimità", lo star vicino al proprio domicilio anche nel momento del bisogno di cure a casa non soddisfabili, ed ha inoltre rafforzato per il medico di medicina generale, un ruolo di primo piano nel progetto. Da ultimo, il principio della *clinical governance* emerge qui in tutta la sua importanza nel rapporto di stretta collaborazione e condivisione degli obiettivi tra tutti i soggetti coinvolti, avallato e sorretto dal mandato affidato al Distretto sanitario dalla Direzione Generale dell'Azienda.

L'**Azienda sanitaria locale 2 Savonese** ha concentrato i suoi sforzi di assistenza sanitaria territoriale su una delle malattie croniche a maggior impatto e diffusione, il diabete. Anche nella considerazione che la Liguria è la seconda regione italiana per alto tasso di pazienti diabetici, l'Azienda di Savona ha deciso

di sperimentare, nei loro confronti, un nuovo modello di gestione integrata. Per farlo, ha innanzitutto coinvolto i medici di medicina generale delle UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria), il cui modello di organizzazione in associazione aveva permesso, già da qualche anno, di attivare efficienti ambulatori territoriali di continuità assistenziale. All'interno di questa sperimentazione, denominata "Gestione integrata tra Diabetologia e Medicine di Gruppo", sono stati pianificati gli accessi del diabetologo territoriale della ASL nelle sedi delle medicine di gruppo dei MMG, e qui ha tenuto corsi di formazione a favore dei medici ed interventi di educazione terapeutica rivolti agli utenti. Il coinvolgimento dello specialista diabetologo ha permesso di realizzare la sperimentazione nell'ottica del *disease management*, quale approccio sistemico integrato, facendo convergere l'attività dei vari attori del sistema su obiettivi comuni con responsabilità proprie. Supportata da dati decisamente confortanti sul piano dell'incremento del numero di pazienti presi in carico, l'esperienza dell'Azienda savonese, mette in luce il raggiungimento di obiettivi di efficacia clinica e di efficienza organizzativa a risorse invariate. Essa può essere presa a modello per rispondere all'esigenza, ormai evidente per tutto il Servizio sanitario italiano, di dedicare le strutture ospedaliere alla cura delle acuzie ed indirizzare invece sui territori la presa in carico delle cronicità.

In Veneto, presso l'**Azienda ULSS di Bassano del Grappa**, è ai malati neoplastici o in fase terminale che è stato dedicato un progetto di miglioramento della qualità della rete assistenziale, inserito all'interno di una più ampia iniziativa regionale. E' stato così rafforzato il servizio territoriale di cure palliative, puntando ad una maggiore interazione tra ospedale e territorio. L'attività dell'NCP (Nucleo cure palliative) si esplica grazie alla professionalità di un *team* specializzato nella terapia del dolore capace di operare su più fronti, clinici e psicologici, sia mirati al paziente che alla sua famiglia. Al momento della dimissione di un paziente neoplastico, le strutture ospedaliere possono rivolgersi al Nucleo di Cure palliative distrettuale nel momento in cui individuano la necessità di una comune valutazione dell'assistenza post dimissione. Dal confronto tra le due realtà ne esce una valutazione dell'eventuale presa in carico domiciliare maggiormente affidabile, che mira a coinvolgere anche la famiglia del paziente ed il suo medico di medicina generale, che ne resta il responsabile clinico (*case manager*). Al contempo, sono affrontati temi quali la fornitura dei farmaci ovvero l'approvvigionamento degli ausili necessari ed ogni decisione intrapresa in ordine all'assistenza al malato entra a far parte del sistema informativo territoriale, nel quale sono archiviate le valutazioni clinico-assistenziali effettuate. Il ricorso ad un ampio confronto multiprofessionale, a strumenti standardizzati di valutazione, ad attività di rilevazione del gradimento dell'utenza ha permesso all'Azienda di Bassano di migliorare la comunicazione tra gli operatori coinvolti nel servizio assistenziale, potenziare l'accessibilità ad un'assistenza domiciliare di qualità, rafforzare la collaborazione col volontariato e gli enti locali ed assicurare un importante sostegno psicologico tanto al malato quanto ai suoi familiari.

A chiudere la carrellata di esperienze illustrate nel presente volume ed atte a riequilibrare i servizi socio-sanitari tra ospedale e territorio, è la **ASL di Avellino**. In questo caso, il progetto realizzato è stato letteralmente “territoriale”: l’Azienda, che insiste su un territorio montano impervio in cui gli spostamenti sono talvolta difficoltosi, è “andata a fare prevenzione” direttamente presso i propri utenti. Sono stati attrezzati con tecnologie all’avanguardia cinque camper, che hanno coperto in un anno 18 Comuni afferenti alla ASL. A bordo dei caravan venivano effettuate gratuitamente prestazioni mirate alla prevenzione ed alla diagnosi precoce per tutti i cittadini residenti. A spingere l’ASL di Avellino ad adottare questo progetto è stata l’osservazione della situazione clinica ed epidemiologica del proprio territorio: l’ampia incidenza di diabete, gozzo tiroideo, patologie cardiovascolari ed altre malattie croniche ha convinto l’Azienda a puntare sulla prevenzione, i cui costi.. Grazie al coinvolgimento dei volontari di una Associazione del territorio, la ASL ha così potuto implementare gli *screening* sul territorio e fare ricorso a controlli più approfonditi qualora nel caso, dopo i primi esami a bordo del camper, si sia resa necessaria una *second opinion* a garanzia della continuità assistenziale.

Da una lettura analitica delle esperienze emergono proficui modelli di riferimento.

- Le sperimentazioni risultano originali e altamente sostenibili. Rappresentano territori differenti tra loro per geografia, aspetti socio-economici, epidemiologici, programmatori, e rispondono tutte ai medesimi bisogni di salute.
- In tale contesto, viene esaltato il valore aggiunto offerto dalla cultura organizzativa locale. È l’elemento portante per i risultati di miglioramento dei servizi garantiti ai cittadini. Competenze e motivazione dei responsabili aziendali rappresentano elementi chiave nei processi di riorganizzazione e sviluppo dei servizi *centrati sul paziente*. Gli interventi sui bisogni della persona, sono stati calibrati attraverso la crescita della cultura del lavoro in *team* multidisciplinare/multi professionale.
- Le esperienze puntano all’integrazione, professionale e gestionale, quale strumento per rendere i servizi offerti più fruibili, efficaci, economici e coerenti con le attuali esigenze di coordinamento e di continuità delle cure. Tra i principali fattori di successo delle iniziative, può essere segnalato il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura: dalla componente clinica a quella assistenziale e sociale, dalle aggregazioni associative alla famiglia del paziente.
- Il medico di medicina generale si conferma figura essenziale nel sistema di servizi territoriali, che diviene sempre più complesso sia dal punto di vista dei contenuti, come da quello delle modalità di erogazione. Ma si impone anche un modello di gestione delle cure formato da un *team* eterogeneo che coordina e attiva le diverse modalità assistenziali sulla base di una responsabilità condivisa al proprio interno.

- Molte realtà maturate possono essere prese come riferimento nazionale. Sono sperimentazioni nate all'interno di una precisa programmazione regionale, quindi già collocate in un contesto di rete consolidato con certezza economica ed organizzativa tali da offrire il vantaggio di un effetto diretto in termini di appropriatezza ed efficienza nei risultati ottenuti.
- Le esperienze riflettono un forte cambiamento di prospettiva, di interpretazione e di azione nella gestione della complessità attraverso l'uso di nuovi strumenti e metodologie (ad es. Chronic Care Model, Kaiser Permanente, Lean ecc.), che hanno come presupposto la Patient Centered Care e tutti i fattori della complessità (clinici, psicologici, economici, sociali, culturali) non separabili tra loro.

In generale, viene restituito un quadro di pratiche di assistenza territoriale che sanciscono lo sviluppo e l'orientamento dell'assistenza verso il territorio. In questo contesto, la valorizzazione e la motivazione delle risorse umane giocano un ruolo determinante.

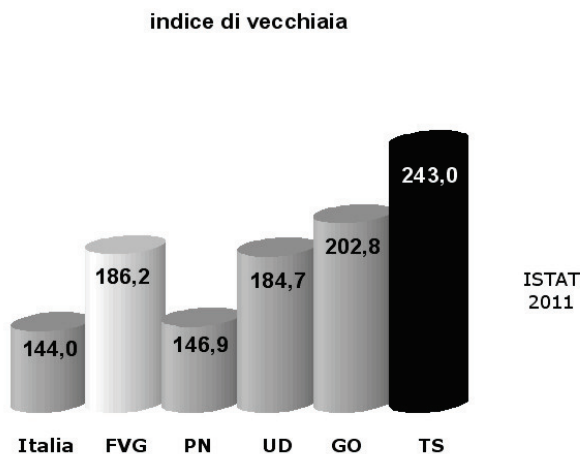
I progetti realizzati contribuiscono a sostenere la tesi di una buona sanità, governata da una reale revisione della spesa e dell'organizzazione aziendale, orientate a misurarsi con ciò che funziona in modo appropriato .

5. Trieste: un sistema di salute

di Marco Braida, Responsabile Programmazione Strategica Azienda Sanitaria n°1 Triestina

Trieste: città di confine, capoluogo della provincia più piccola d'Italia, 6 comuni per un totale di circa 240mila abitanti, popolazione molto anziana con quasi il 28% di ultrasessantacinquenni ed oltre il 14% di ultrasessantacinquenni (moltissimi dei quali vivono soli, oltre il 50% degli ultraottantenni), storicamente crocevia di etnie e di culture non solo per motivi geografici, ma anche in quanto importante porto. È per sua natura multiconfessionale - come testimoniano luoghi di culto di sette diverse religioni-, luogo oggi di immigrazione sempre più importante, vissuta con civile rispetto e solidarietà. “Città inconsueta che ha vissuto l’esperienza di Franco Basaglia condividendola e non solo accettandola: l’apertura delle porte del manicomio, la nascita della prima cooperativa sociale (1973) e i primi Centri di salute mentale sulle 24ore (1975), che dalla psichiatria anticipavano un concetto ed una pratica di sanità territoriale alternativa all’ospedale”.

Figura 1 **Indice di vecchiaia province del Friuli (Istat, 2011)**



Nel 1998 la Regione Friuli Venezia Giulia distingue tra ospedale e territorio istituendo un'azienda sanitaria territoriale divisa da quella ospedaliera. Nasce così l'Azienda Sanitaria n°1 Triestina, alquanto anomala nel panorama italiano nella sua configurazione di servizi solamente territoriali.

ASS1 opera attualmente su circa 50 sedi dislocate sul territorio provinciale con 1.269 dipendenti (2011) e oltre mille collaboratori indiretti.

Dall'Atto Aziendale dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina: "ASS1 riconosce come propria mission la promozione della salute delle persone e della comunità dell'area di riferimento territoriale cui è preposta. Per fare ciò si impegna a garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate e di alta qualità e a concorrere alla realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale. Si impegna inoltre per lo sviluppo di un welfare locale e partecipato, al fine di realizzare programmi atti a sostenere i fattori di protezione e promozione della salute (sia strutturali che inerenti i comportamenti e gli stili di vita individuali) e per individuare, valutare e contrastare i principali fattori di rischio individuali e collettivi."

Di recente si stanno sviluppando in Italia pensieri volti essenzialmente a contenere l'accesso agli ospedali ed in particolare ai Pronto Soccorso, cosa ritenuta evidentemente prioritaria da chi si occupa di politica sanitaria nel nostro paese. Raramente però in questi ragionamenti si ritrovano motivazioni e/o scelte attente anche al miglioramento della qualità di vita dei cittadini, mentre si legge di proposte che prevedono risposte organizzative settoriali e parcellizzate (ambulatorio codici bianchi, ampliamento orari dei MMG e loro aggregazioni quasi autonome cui eventualmente agganciare servizi vari, poliambulatori specialistici alternativi al Pronto Soccorso).

A Trieste è stata, da tempo, affrontata la questione in maniera diversa: si è investito nella creazione e nello sviluppo di una vera e propria rete territoriale di servizi sanitari pubblici e convenzionati, fortemente integrata con i Servizi Sociali dei Comuni, con gli altri Enti presenti sul territorio e con le forze attive della società.

La scelta di ASS1 è andata quindi verso la costruzione di una rete di servizi che interagiscono dinamicamente e che per propria natura ed organizzazione operano in costante collaborazione e simbiosi con tutte le altre realtà aziendali. In altre parole non si è voluto allestire una serie di strutture e servizi che, pur qualificati, sviluppassero la loro attività offrendo le “proprie” prestazioni, ma si è puntato verso il concetto fondante (che caratterizza tutte le scelte di programmazione strategica e operativa) di “sistema”.

Il “sistema salute” a Trieste è stato quindi organizzato con lo scopo di dare una risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari derivanti anche dalla particolare situazione demografica, socioeconomica ed epidemiologica. Tale situazione è condizionata – ben più e ben prima che altrove - dall'invecchiamento della popolazione, dal basso tasso di natalità, dall'incremento progressivo della disabilità e dei grandi anziani, dalla diffusione della cronicità. E da aspetti sociosanitari quali la prevalenza delle famiglie monocomponente, fenomeni che anticipano di almeno una decina-quindicina d'anni ciò che si verificherà anche in altre aree del paese. La domanda locale, inoltre, si presenta molto evoluta, esigente, consapevole, matura e raffinata, e quindi naturalmente e positivamente portatrice di problemi espressi e rivendicazione di diritti, oltre che di risorse.

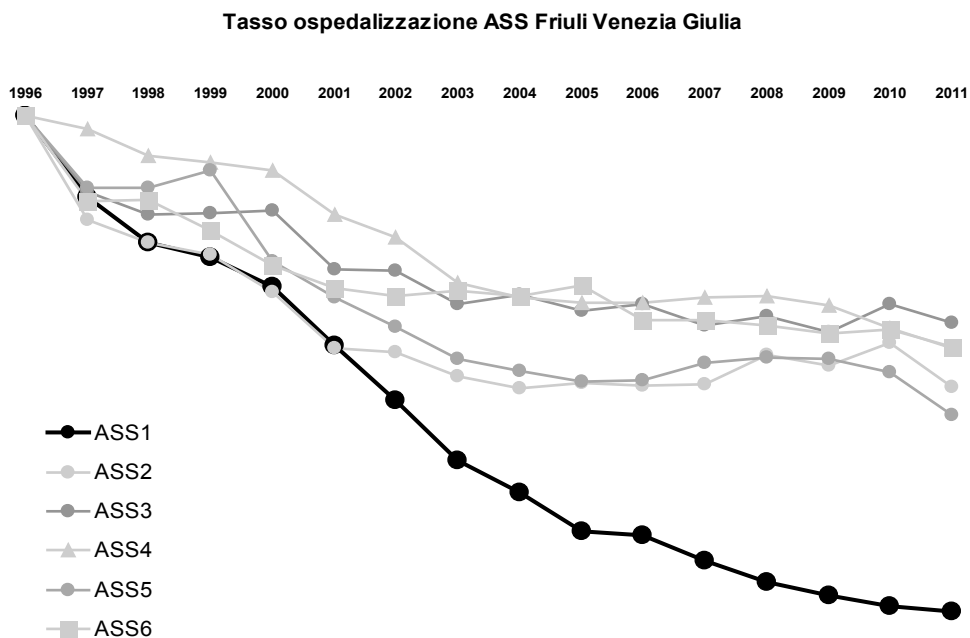
Nel campo dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, le scelte storiche di questa azienda sono state guidate dal principio secondo cui la salute richiede un approccio intersettoriale, unitario, globale, con forte attenzione su aspetti innovativi (domiciliarità, sviluppo di comunità, reti integrate, personalizzazione dei percorsi) in quanto più probabilmente in grado di assicurare vantaggi e libertà. Si è passati così da una erogazione di servizi a richiesta (visite, indagini diagnostiche, certificazioni, prestazioni, prescrizioni, ecc...) ad una politica attiva di costruzione di un sistema territoriale di salute. Questo lavoro “in progress” coinvolge concretamente non solo tutte le strutture e gli operatori aziendali e convenzionati, ma crea sinergie e rapporti con gli Enti Locali, le ASP, l'associazionismo, il volontariato, la cooperazione sociale e tutti gli altri attori attivi sul territorio, consolidando anche ovviamente un rapporto costruttivo e di grande collaborazione con gli Ospedali.

Il fatto che finire in un letto di ospedale sia cosa poco piacevole è noto, e che pertanto il ricovero debba essere limitato solo a coloro che hanno effettivamente bisogno di trattamenti specializzati e di tecnologie avanzate è un dato sulla carta quasi scontato, anche perché l'organizzazione ospedaliera deve potersi concentrare sui casi nei quali impiegare tutte le capacità professionali e tecnologiche delle quali è dotata. Ma per raggiungere l'obiettivo di ridurre la percentuale di cittadini che ogni anno occupa un letto ospedaliero non bastano le

dichiarazione di principio delle quali sono pieni i documenti di programmazione ai vari livelli, né interventi “spot” di emergenza. Ci vogliono fatti concreti e stabili, immaginati e gestiti dal servizio pubblico, che propongano possibilità e opportunità diverse per chi presenta bisogni di salute. E a Trieste questo si sta facendo ormai da tempo, con importanti risultati positivi.

Negli ultimi anni il Tasso di Ospedalizzazione dei residenti è sceso in maniera assai marcata, di molto superiore agli altri territori regionali. In pratica, e questo è un dato di importanza assoluta, ora vengono ricoverati ogni anno in ospedale 22.000 triestini in meno rispetto a 14 anni fa (circa 37.400 attuali ricoveri di residenti ASS1/anno – dato 2011).

Figura 2 **Indice di vecchiaia province del Friuli (Istat, 2011)**



Ciò si deve certamente anche alla riorganizzazione delle attività ospedaliere, ma per la maggior parte senza dubbio alla costruzione di valide e credibili alternative territoriali che riescono a fornire risposte qualificate, tempestive e appropriate.

Una volta si diceva che la vera sanità si fa in ospedale e che le strutture territoriali sono, alla fine, sussidiarie. Parte di questo assioma si ritrova ancora adesso, quando viene teorizzato che gli sforzi delle ASS debbono avere come scopo fondamentale quello di decongestionare i nosocomi, anziché quello di costruire (e, alla fine, di esserne gestori e responsabili) una politica complessiva di salute per la comunità, nella quale tutti gli attori - ospedali compresi - hanno un ruolo armonicamente coordinato all'interno di un sistema generale di welfare.

Pensiamo che l'Ospedale debba destinare tutte le proprie risorse, scientifiche ed economiche, solo ed esclusivamente alle risposte che si possono costruire solo ed esclusivamente in Ospedale. E' un rovesciamento, a 180°, del pensiero comune.

Fornire un servizio territoriale sulle 24 ore è stato un lungo e complesso percorso non ancora terminato, che si alimenta di continuo come un laboratorio in costante evoluzione: hanno avuto origine e si sono sviluppati i Distretti Sanitari (4 per circa 60mila abitanti ciascuno) che non sono più, come una volta, un contenitore di ambulatori e di uffici, né solo sedi di prestazioni mediche e infermieristiche, ma sono diventati un vero e proprio riferimento di salute territoriale e perno di tutta l'attività aziendale. Luogo anche dove si sviluppano e si concretizzano i processi di integrazione sociosanitaria.

Oggi i Distretti Sanitari dell'Azienda Triestina rispondono ai bisogni sanitari dei cittadini sulle 24ore, coordinando un mix di risorse che nei fatti traggono forza ed efficacia organizzativa, ma anche clinica ed assistenziale, dalla reciproca collaborazione. Lavorare assieme, in un riconosciuto ed organizzato sistema non solo di relazioni, ma di pratiche condivise e di scambio continuo: il Medico di Medicina Generale, il Distretto stesso con tutte le sue articolazioni per le dimissioni protette dall'Ospedale e per le persone seguite dai propri servizi (domiciliari, ambulatoriali, specialistici), il Presidio Distrettuale di Medicina Generale, il Medico di continuità assistenziale (Guardia Medica), il Centro Prime Cure attivo la notte presso l'Ospedale Maggiore (in sostituzione del Pronto Soccorso Ospedaliero), 4 Residenze Sanitarie Assistenziali, il Servizio infermieristico ambulatoriale e il Servizio infermieristico domiciliare attivo 7 giorni su 7, i Servizi di Riabilitazione ambulatoriali e domiciliari, le Strutture per la salute dei bambini adolescenti donne e famiglia – Consultori familiari e percorsi nascita compresi-, le Strutture per la salute dell'anziano e delle cure primarie, i servizi diabetologici, i Centri Specialistici territoriali Cardiologico e Oncologico, la medicina dello sport, l'Hospice.

Tabella 1 Deospedalizzazioni protette – presa in carico infermieristica distrettuale prima della dimissione da H

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
391	1.239	2.440	3.157	3.559	3.676	3.965	4.059	5.107	5.351

Non sembri ridondante insistere sull'importanza dei Distretti nell'organizzazione triestina: ad essi va circa l'80% dei budget di ASS1, al loro interno operano oltre 500 professionisti che interpretano, nei fatti concreti quotidiani, le indicazioni moderne di sviluppo dell'organizzazione di salute pubblica, cercando di colmare la distanza tra le dichiarazioni di principio che si ritrovano in ogni atto di indirizzo internazionale e nazionale e le pratiche operate.

E ciò principalmente spingendo dai Distretti la riforma volta a completare l'offerta di un circuito di cure primarie h24 7x7 fondato sul chronic care model con molta attenzione al case/care management e alla collaborazione tra professionisti.

Il Centro Cardiovascolare – oltre 7.000 prime visite all'anno e 14.000 esami all'anno – e il Centro Sociale Oncologico – 7.400 pazienti seguiti – sono strutture operative territoriali di alta specializzazione che, in stretta sinergia con i servizi distrettuali, garantiscono risposte qualificate programmando percorsi di cura e riabilitazione. Inoltre, l'Hospice per malati terminali con oltre 6.000 giornate di degenza ha contribuito non solo a migliorare la qualità e la dignità della fine della vita, ma anche a spostare il luogo di decesso dall'ospedale per acuti così come, grazie all'attività degli infermieri dei Distretti, l'assistenza domiciliare oncologica è una realtà nelle 24ore.

I Centri Diabetologici dei 4 Distretti – 12.000 visite/anno – sono in grado di supportare le problematiche specifiche che emergono dalla loro area di competenza e, agendo in stretta collaborazione con il Centro Cardiovascolare, contribuiscono a realizzare se necessario percorsi diagnostico terapeutici personalizzati e integrati.

Contribuiscono in maniera fondamentale allo sviluppo del sistema territoriale sulle 24 ore i servizi domiciliari infermieristico e riabilitativi, che ogni anno si prendono cura di oltre 10.000 persone, le Residenze Sanitarie Assistenziali distrettuali – vere RSA degenza massima 30 giorni e non case di riposo – con 229 posti letto e quasi 80.000 giornate di degenza (a fini riabilitativi e a governo distrettuale), i Medici di Medicina Generale. In ASS1 operano, strettamente collegati ai Distretti, 206 MMG, con 25 forme di associazionismo che raggruppano 137 professionisti. Vi sono, inoltre, 22 Pediatri di Libera Scelta dei quali 13 sono raggruppati in due forme associative.

Il Servizio Infermieristico Domiciliare si prende carico di oltre l'11% dei cittadini ultrasessantatrenni, e anche questo appare un dato che fotografa un grandissimo impegno verso la domiciliarità. È attivo 7 giorni su 7 garantendo anche la reperibilità notturna per i casi nei quali sia necessaria la continuità assistenziale. La qualità del Servizio è inoltre in fase di evoluzione, prendendo sempre più in carico persone che presentano problemi complessi e raccordandosi con gli altri servizi distrettuali ed aziendali, la medicina generale e gli specialisti.

Da maggio 2008 inoltre il Pronto Soccorso dello storico Ospedale Maggiore è stato trasformato, nelle ore notturne, in Centro di Prime Cure con i Medici dell'Azienda Territoriale – circa 5.500 visite/anno.

Snodo fondamentale di questa articolata organizzazione è il Sistema 118, strutturalmente inserito nell'Azienda per i Servizi Sanitari. La Centrale Operativa infatti, oltre a gestire l'emergenza alle persone e alle comunità, è il punto di riferimento telefonico per l'utenza su tutte le questioni urgenti: è quindi in grado, 24 ore al giorno, di scegliere la risposta migliore per il cittadino, attivando di volta di volta i vari servizi territoriali che se ne possono far carico. Questo da un lato offre al cittadino garanzia di una risposta calibrata esattamente sui suoi bisogni, dall'altro, mettendo in moto la complessa e articolata macchina dell'Azienda Sanitaria territoriale, evita ricoveri impropri presso l'Ospedale realizzando spesso percorsi di presa in carico distrettuale. I dati recenti dimostrano come continui a scendere il numero di cittadini che si rivolgono al PS ospedaliero, ed in particolare sono sempre meno coloro che si presentano con problemi registrati come codici bianchi.

Tabella 2 Accessi residenti adulti PS

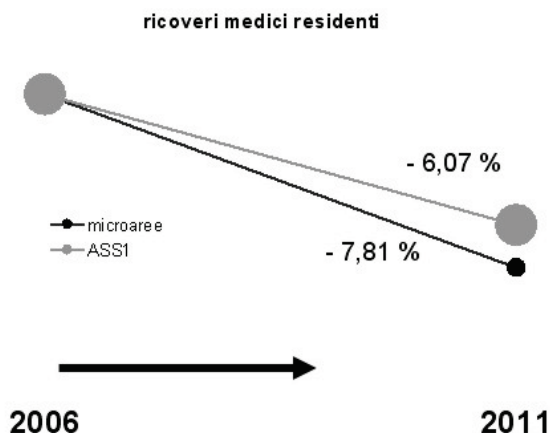
	2009	2010	2011	variazione %
totale accessi	75.196	74.679	71.251	- 5,24
dei quali codici bianchi	36.907	36.419	32.709	- 11,37
totale 118 adulti PS	23.714	23.366	22.348	- 9,97

Per centrare l'obiettivo di personalizzare le risposte dei servizi sono state adottate particolari procedure intese a rispondere congiuntamente a diversi bisogni del singolo cittadino. Lo strumento "Budget di Salute individuale" si configura come un mix di risorse economiche e dei servizi, di obiettivi di salute predeterminati, destinato ad un soggetto per determinati periodi e può attivare contemporaneamente servizi diversi: coinvolgimento del privato sociale, coinvolgimento della famiglia, partecipazione dei soggetti, attraverso la definizione concordata delle risorse assegnate. ASS1 destina annualmente alcuni milioni di euro a progetti personalizzati così definiti, a cui contribuiscono a volte Enti diversi.

Dal 2005 si sta sviluppando a Trieste un progetto pilota definito "Microaree" che potrebbe ridisegnare il futuro stesso dei servizi di welfare rappresentando un modello innovativo di collaborazione tra i diversi attori istituzionali e sociali rendendo esplicita la capacità del sistema di valorizzare i saperi e le potenzialità delle comunità ed in tal senso individua nuovi spazi di partecipazione attiva alla costruzione di un welfare locale. Infatti in oltre 10 piccoli laboratori territoriali gestiti direttamente da ASS1 (1500 – 2000 abitanti) si sta sperimentando un modo diverso di "fare salute", basato sull'integrazione tra servizi di vari Enti (in primis i Servizi Sociali dei Comuni), sull'attivazione delle risorse delle comunità, sul protagonismo dei cittadini e delle loro associazioni, sulla conoscenza attiva di tutti gli abitanti di ogni microarea. Si dimostra come con

questa politica di presenza sul territorio e di presa in carico di aree determinate della città (zone depresse per povertà, presenza di anziani, degrado) non in modo parcellizzato per competenze degli operatori, ma con una regia unica, i ricoveri ospedalieri e la spesa farmaceutica e di medicina specialistica si modificano virtuosamente in misura maggiore che nel resto del territorio.

Figura 3 **Ricoveri medici residenti**



I Dipartimenti di Salute Mentale (con i 4 Centri di Salute Mentale 24 ore) e delle Dipendenze hanno ormai da tempo acquisito una logica organizzativa territoriale integrata e si inseriscono in questa rete tutte le volte nelle quali sia necessario affrontare casi complessi che richiedono interventi multidisciplinari, oltre che gestire la loro specifica attività, ormai consolidata, a livello di quartiere. Il Dipartimento di Prevenzione è stato completamente ridisegnato passando da una struttura di verifica tecnico burocratica ad una realtà operativa che si occupa attivamente nella città di igiene, ambiente, veterinaria, alimentazione, medicina del lavoro, promozione della salute, ecc.

Un cenno particolare va riservato ai rapporti, da sempre stretti e profondi, tra ASS1 e Cooperazione Sociale. Dall'Atto Aziendale: Il reinserimento sociale e la lotta all'emarginazione sono obiettivi strategici dell'Azienda che quindi si impegna a favorire lo sviluppo della Cooperazione Sociale di tipo "b" in tutti i modi consentiti dalle normative, anche attraverso rapporti privilegiati di affidamento di servizi.

Si tratta di una scelta di campo che si inserisce nel discorso complessivo del sistema di welfare di comunità. La Cooperazione Sociale "b" non viene vista esclusivamente come un fornitore di servizi, ma è considerata un partner strategico dell'azienda per ridare lavoro, dignità ed autonomia alle persone che provengono dall'area del disagio, ottenendo anche un risultato di natura sanitaria ed economica

che consente a questi soggetti svantaggiati di uscire dall'area dell'assistenza per cercare di avere una propria vita personale, di lavoro, di relazione.

In quest'ottica va anche ribadita l'attenzione che ASS1 riserva alla formazione professionale. Sono moltissimi i progetti realizzati che hanno come scopo quello di fornire strumenti seri e qualificati per l'inserimento al lavoro di fasce deboli della popolazione, che altrimenti avrebbero difficoltà a staccarsi dal circuito dell'assistenza per approcciare, con possibilità di successo, il mondo produttivo.

Ancora, nella logica del "sistema di welfare" va segnalata la partecipazione di ASS1 a progetti universitari, nazionali e internazionali, sul tema della riqualificazione delle aree urbane degradate, nella logica di porre attenzione a tutti i determinanti di salute che influenzano il benessere della popolazione.

Tutti questi servizi e attività stanno configurando a Trieste una sanità territoriale attiva 24 ore al giorno capace di capire, ascoltare, rispondere. Un modello da sviluppare in molte sue parti (per esempio sfruttando appieno le potenzialità della medicina generale), da adeguare ai bisogni sempre maggiori e diversi, ma che proprio in un momento di difficoltà economica della cosa pubblica propone una lettura dell'organizzazione sanitaria che può reggere, legandosi strettamente alle risorse delle comunità.

Troviamo necessario ribadire quindi, per concludere, che non è potenziando un singolo servizio oppure una precisa settoriale tipologia di risposte che, a nostro avviso, si costruisce una buona sanità, ma lo si deve fare immaginando, costruendo e gestendo da parte delle Aziende territoriali un vero e proprio sistema complessivo di salute, equilibrato e capace di esaltare il contributo di tutti gli attori (intesi come organizzazioni e Enti ma anche come profili professionali che debbono interagire). Sistema che deve essere capace sempre di più non solo di dare risposte ai reali bisogni delle persone e delle comunità, ma di rendere concretamente esigibile il diritto alla salute di tutti i cittadini, nelle forme e nei modi migliori e più appropriati possibile.

ASS 1 Triestina

Numero Comuni 6	Superficie (km ²) 211,82	Distretti sanitari 4
Popolazione 239.774	Popolazione > 65 anni 27,1%	Popolazione > 75 anni 13,8%
Personale 1.269	Numero MMG 206	Numero PLS 23

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, Dirigente Medico, Direttore U. O. C. Programmazione e Controllo. Staff Direzione Strategica, AUSL di Ferrara
Paola Bardasi, Direttore Amministrativo, AUSL di Ferrara
Mauro Marabini, Direttore Sanitario, AUSL di Ferrara
Paolo Saltari, Direttore Generale, AUSL di Ferrara, Regione Emilia - Romagna*

6.1. Il contesto di riferimento

Le politiche sanitarie a livello internazionale, ormai da tempo, rivolgono la propria attenzione allo sviluppo del welfare state, inteso come stato del benessere della popolazione, ma anche come stato sociale nel suo complesso. Un'efficace risposta a queste complesse problematiche presuppone innovative scelte di programmazione strategica, caratterizzate dalla massima integrazione in stretto collegamento con le attività sociali per la realizzazione di servizi socio-sanitari, dinamici e flessibili, rivolti ai differenziati bisogni del cittadino-utente.

Una rete con processi socio-assistenziali efficaci, sicuri ed integrati, con servizi tecnici e amministrativi efficienti e sostenibili che si basi su una forte alleanza tra decisori, programmatori, professionisti, operatori socio-sanitari ai vari livelli.

Le indicazioni di Programmazione Sanitaria che la Regione Emilia Romagna sostiene, basandosi sulla centralità della persona e dei suoi bisogni, puntano al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, "integrando politiche e servizi e utilizzando al meglio le risorse economiche".

Le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna sono impegnate a mettere in campo azioni ispirate ad una più attuale interpretazione e ridefinizione dei processi di cura. A favorire, quindi, opportune modifiche della struttura dell'offerta e azioni rivolte ai risultati di salute, continuità della presa in carico, valorizzazione delle diverse competenze professionali, impegnate nella gestione del processo di cura.

Le indicazioni organizzative interessano i diversi ambiti assistenziali e prevedono strategie di intervento innovative con caratteristiche di integrazione operativa, come:

- l'ospedale (H per intensità di cura, aree di degenza integrate tra diverse specialità, presa in carico e continuità delle cure, gestione dei processi e percorsi di cura, centralizzazione/prossimità delle prestazioni e delle strutture di erogazione);
- le cure primarie (gestione integrata delle patologie croniche, percorsi diagnostici e di follow-up strutturati per le patologie oncologiche, strutturazione delle attività nelle Case della salute);
- la salute mentale (garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per le persone con sofferenza psichica, dipendenze patologiche, e supporto alle loro famiglie);
- i servizi per la non autosufficienza (rafforzamento dell'integrazione delle reti formali ed informali per la cura delle persone non autosufficienti, prevenzione della non autosufficienza e supporto persone al fine di rallentare la progressiva non autosufficienza).

In questo contesto va attentamente valutata la specificità organizzativa dei servizi territoriali, che spazia in vari ambiti: dalla prevenzione tesa a favorire diagnosi ed interventi precoci, alla presa in carico stabile dei pazienti, in particolare cronici, all'attività di integrazione socio-sanitaria, con ricadute sul livello assistenziale.

Il ruolo assistenziale del territorio, anche rispetto al futuro, è fortemente condizionato dalla progressiva cronicizzazione delle patologie, che prevedono una risposta assistenziale più efficiente ed efficace rispetto a quella dell'ospedale, rivolto agli acuti.

Sempre più il paziente deve essere inserito consapevolmente nei percorsi di cura, al fine di migliorare il livello di soddisfazione e la effettiva realizzazione di un piano assistenziale. E ciò in un'ottica di continuità, privilegiando nei servizi le caratteristiche di accessibilità, continuità delle cure, integrazione, orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, con uno più stretto rapporto di collaborazione tra medico e paziente.

La modalità di approccio più efficace è quella del lavoro assistenziale in team, utile per affrontare i bisogni di coordinamento clinico, educativo, comportamentale e di cura dei pazienti con malattie croniche.

Va rafforzato un rapporto di partnership tra medico e paziente, con esplicita condivisione del percorso terapeutico, rafforzando i livelli comunicativi ed informativi dell'organizzazione.

L'integrazione tra ospedale e territorio si dimostra di fondamentale importanza per realizzare sistemi integrati di cure sia dal punto di vista della programmazione che nell'erogazione dei servizi stessi. In particolare rispetto alle strutture riabilitative, di lungodegenza, i servizi a domicilio e le attività specifiche del territorio.

Gli strumenti per lo sviluppo dei percorsi sono legati ad investimenti in nuove tecnologie informatiche, diagnostiche e terapeutiche, ed anche ad un agile utilizzo di "prossimità" a livello locale e al domicilio del paziente stesso.

Gli ospedali della rete devono essere in grado di offrire una risposta assistenziale adeguata ai bisogni emergenti e modellati anche per intensità di cure.

Sulla base di queste indicazioni di livello internazionale e nazionale, ma soprattutto derivanti dalle indicazioni di politica sanitaria della Regione Emilia Romagna, l'Azienda USL di Ferrara ha avviato un Progetto di ristrutturazione della rete dei servizi sanitari ed amministrativi, che mette al centro la persona ed i suoi bisogni. La reingegnerizzazione dei servizi e delle funzioni amministrative rivolge anche la sua attenzione alla sostenibilità del sistema, in termini di equilibrio economico-finanziario, di efficienza ed efficacia massima in considerazione degli aspetti legati all'integrazione e alla valorizzazione delle professioni.

La governance clinica ed organizzativa è indirizzata al miglioramento di qualità ed equità, utilizzando modalità di integrazione, sia in ambito organizzativo aziendale che di Area Vasta. Così la presa in carico del paziente viene applicata con attenta considerazione ai bisogni di salute della popolazione, caratterizzati dalle particolari condizioni demografiche del territorio ferrarese con alto numero di persone anziane.

6.2. Descrizione dell'esperienza aziendale

L'esperienza proposta dell'AUSL di Ferrara è strettamente legata ai bisogni della realtà locale. Il nuovo percorso di progettazione e ristrutturazione dei servizi è stato caratterizzato da un costante rapporto di comunicazione ed informazione con gli Enti Locali e le forze sociali, utile a condividere le politiche territoriali sanitarie. È garantito dalla partecipazione diretta della Direzione al Collegio di Direzione, ai Consigli ed ai Comitati di Distretto, per arrivare all'approvazione della programmazione 2012-2014 da parte della Conferenza Territoriale Socio sanitaria, comprendente il progetto sulla complessiva attività ospedaliera e territoriale, in sinergia ed integrazione con l'Azienda ospedaliera cittadina.

Favorito anche il confronto, in termini di benchmarking, con le altre aziende della regione su alcuni parametri ormai storicizzati, come i costi medi pro-capite regionali, i costi per i DRG per ruolo e profilo professionale, le quote di assorbimento pro-capite delle risorse e dei finanziamenti regionali.

Le indicazioni epidemiologiche e demografiche riferite alla Provincia di Ferrara evidenziano fattori indicativi per lo sviluppo della programmazione ed organizzazione dei servizi.

La popolazione ferrarese è sempre più anziana e cresce lentamente, molto meno della media regionale, con un significativo decremento demografico (alto indice di vecchiaia della popolazione, AUSL di Ferrara 236,3 – media regionale 170,2 – anno 2011); mentre i dati del Bilancio di missione aziendale confermano una maggiore incidenza delle cronicità (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio, ecc..).

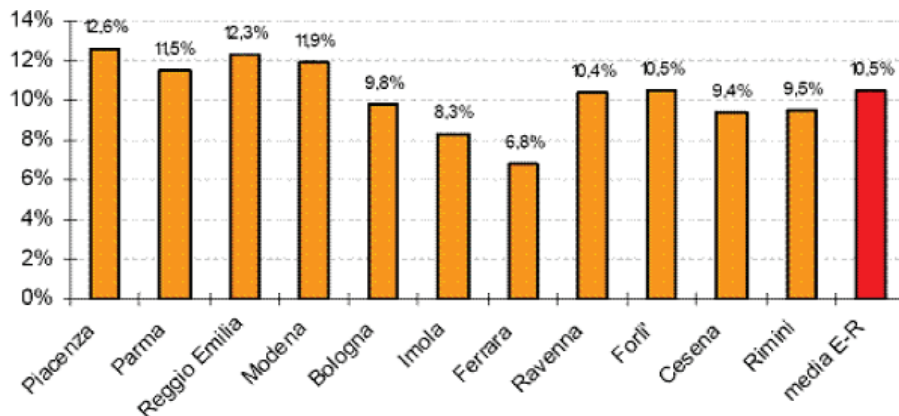
Nel 2009 le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte a Ferrara con 1780 decessi che corrispondono al 37,9% della mortalità totale. Il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause risulta pari a 447,48 per 100.000 abitanti a fronte di un dato regionale pari al 404,5. Sono la prima causa di morte per il sesso femminile (42,9%) e la seconda per quello maschile (32,5%).

Le malattie dell'apparato respiratorio (ad esclusione del tumore del polmone) hanno provocato 269 decessi nel 2009: 145 nei maschi e 124 nelle femmine. Questo gruppo di patologie rappresenta nel 2009 la terza causa di morte per entrambi i sessi. Nello stesso anno il tasso standardizzato di mortalità per la provincia di Ferrara è stato pari a 53,1 per 100.000 abitanti a fronte del 63,4 della Regione Emilia Romagna.

Patologia a forte impatto sulla salute e socioeconomico per la popolazione, nel triennio 2007- 2009 è il diabete mellito. Il 4,6% delle persone intervistate nel 2009 ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico; stima questa che corrisponde a circa 11.000 diabetici nella fascia 18-69 anni (Regione Emilia Romagna =4,3%).

In rapporto alle possibilità di crescita demografica, la Provincia di Ferrara nel corso degli anni ha fatto registrare una presenza più ridotta di stranieri rispetto alla regione: nel 2010 erano residenti 24.537 stranieri, pari a 6,8 stranieri ogni 100 abitanti.

Figura 1 Quota di stranieri per Azienda USL (2010)

QUOTA DI STRANIERI PER AZIENDA USL (2010)

Gli obiettivi della programmazione regionale prevedono, in sintesi, azioni articolate come la messa in rete delle strutture ospedaliere con riallineamento del numero dei posti letto, secondo le normative nazionali (hub e spoke); il potenziamento del sistema delle cure primarie; l'ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta; la presa in carico dei pazienti cronici e il controllo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche.

Le conseguenti azioni di livello aziendale, nella logica del progetto, sono rivolte ad orientare l'offerta assistenziale verso risposte sempre più adeguate alla cronicità; valorizzare il sistema delle cure primarie; organizzare la degenza in regime di ricovero, in sinergia con il sistema ospedaliero provinciale, e prestare attenzione al fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post-acuzie.

La progettazione e ristrutturazione organizzativa si riferisce ai principi cardine della vision aziendale. La Sicurezza, intesa come messa in sicurezza dei pazienti e degli operatori riferimento per lo sviluppo delle strategie aziendali. La Completezza relativa ai percorsi diagnostico-terapeutici a garanzia della sicurezza, della centralità del paziente e della presa in carico nel servizio sanitario pubblico. La Sostenibilità, intesa nelle diverse accezioni: politica, a salvaguardia del sistema sanitario pubblico; professionale, ovvero giustificata ed accettabile; economica, a garanzia della realizzabilità, fattibilità e continuità dei progetti.

Nell'ambito organizzativo e di articolazione delle strutture locali, le azioni si traducono nel miglioramento dell'integrazione Ospedale/Territorio ed nella razionalizzazione dei punti di erogazione per un più efficiente utilizzo delle risorse sia a livello territoriale che ospedaliero. Ne consegue un miglioramento della qualità e completezza dei servizi offerti in relazione ai percorsi diagnostici, alla presa in carico del paziente e alla messa in rete degli ospedali e delle strutture sanitarie, nella logica dell'Hub and Spoke.

6.3. Criticità

Le attività di sviluppo progettuale hanno tenuto conto delle criticità proprie del contesto demografico, epidemiologico ed organizzativo dei servizi sanitari propri della Provincia di Ferrara, prevedendo azioni più indicate al loro superamento. Sul piano dell'organizzazione sanitaria, le problematiche evidenziano un incremento dei bisogni e conseguente aumento della domanda di prestazioni.

In concreto, le maggiori criticità possono essere tradotte soprattutto nelle difficoltà a garantire i tempi di attesa e a governare la domanda sanitaria; nonché in una eccessiva parcellizzazione dei punti di erogazione, con conseguente frammentazione di risorse, ostacolo pericoloso per lo sviluppo reale e diffuso dei percorsi diagnostico-terapeutici e di presa in carico.

La risposta complessiva ad una domanda, così articolata, prende le mosse da quelle azioni che mettono al centro il paziente e nelle diverse determinanti è tesa ad elevare e migliorare l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali. In termini organizzativi - strutturali, una più logica distribuzione nell'erogazione dei servizi può consentire un migliore utilizzo delle risorse, superandone la frammentarietà. A livello clinico-organizzativo si punta, conseguentemente, al miglioramento della qualità dei servizi, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali e di presa in carico.

6.4. Tempistica e risultati

Il contesto istituzionale tiene conto, oltre che dello stretto collegamento con le indicazioni di programmazione e di politica sanitaria della Regione Emilia Romagna, anche della complessità delle azioni messe in campo e di quelle ancora a venire. Conseguentemente è stato previsto uno stretto collegamento con gli atti di Programmazione 2012 – 2014 dell'Azienda USL di Ferrara, prevedendo ampi margini di condivisione con tutti gli attori e gli stakeholder coinvolti, sia interni che esterni all'Azienda.

I risultati finora ottenuti, in una logica della sequenzialità del percorso, hanno interessato complessivamente la governance aziendale con una revisione innovativa degli strumenti e delle attività di supporto.

Gli interventi di riorganizzazione sono stati rivolti, innanzitutto, verso i servizi socio-sanitari, in particolare i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Sanità Pubblica, gestione unitaria del sistema 118 presso l'Azienda USL, nonché il completo funzionamento a regime del ruolo dei Distretti e del Dipartimento Cure primarie.

Per i servizi di supporto strategico è stata attuata una modernizzazione delle funzioni amministrative ed informatiche, in una logica di riordino e reingegnerizzazione che, in sintesi, si traduce in una riorganizzazione delle funzioni amministrative centrali e decentrate e la complessiva revisione del Sistema informativo aziendale.

È stato adottato anche uno specifico Piano strategico, riservato alla realizzazione aziendale delle attività legate all'obiettivo per una PA "senza carta".

Per sviluppare nuove e molteplici forme di servizio per gli utenti ed i fornitori, ai fini di garantire la massima liquidità e tempestività nei pagamenti, compatibilmente con le disponibilità di cassa sempre più ridotte, sono stati stipulati nuovi accordi aziendali, oltre a quelli istituzionali, con soggetti vari, come le Farmacie pubbliche e private, le strutture private accreditate, ferraresi e limitrofe, e con la Banca cittadina che di fatto sostiene l'economia provinciale.

Queste iniziative di intesa puntano ad offrire un sostegno e contributo, anche in termini economici, al territorio ferrarese, caratterizzato da una ridotta attività industriale e, come già detto in precedenza, da una popolazione sempre più anziana e fragile.

Parallelamente è stata effettuata una revisione ed innovazione degli strumenti della Programmazione e controllo strategico, in particolare del percorso di Budget, orientato più decisamente verso la programmazione regionale ed aziendale. Ciò, anche in un'ottica di revisione del sistema di valutazione dei dirigenti e del processo e di verifica dei risultati, in modo da essere in linea con le indicazioni regionali riguardanti le specifiche aree tematiche.

L'intervento di revisione tende anche a favorire un più forte percorso di continuità tra la programmazione strategica e la governance, favorendo anche un sostegno più solido alle azioni progettuali. In questa ottica, ruolo determinante è assegnato anche al rafforzamento di responsabilità decisionale e gestionale attribuita ai Dipartimenti ed ai Distretti.

La realizzazione di un percorso di Budget "dinamico" ha comportato la messa a punto e la disponibilità a livello strategico-direzionale e delle strutture organizzative aziendali, di un sistema di indicatori totalmente rinnovato relativo alle attività e ai costi, con rilevazione del personale tendente alla valorizzazione del ruolo delle Professioni Sanitarie.

Gli ulteriori interventi di sviluppo dei percorsi sanitari e tecnico-organizzativi della strategia aziendale riguardano l'integrazione e la partecipazione organizzativa nell'ambito del Governo Clinico.

6.4.1 Integrazione con l'AOU in termini di pianificazione e gestione con supporto alle iniziative tese all'avvio dell'Ospedale di Cona e accordi di fornitura

Le attività, in coerenza con la programmazione regionale, sono orientate allo sviluppo organizzativo dei Servizi Sanitari della Provincia di Ferrara ed hanno tenuto conto dei particolari ed importanti aspetti strategici legati al suo contesto. In particolare il trasferimento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "S. Anna" presso l'Ospedale di Cona; l'avvio della "Città della Salute" nell'anello dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna"; il non più procrastinabile riassetto della rete 118 Emergenza-Urgenza, con la definizione dei punti di Primo Soccorso e della rete dei mezzi di soccorso su base sia provinciale che di Area Vasta; il

miglioramento dei percorsi clinico–organizzativi con la realizzazione di Protocolli assistenziali (Stroke Care, Cardiopatie acute e croniche, Diabete, Urologia, Riabilitazione, Laboratorio Provinciale); infine l'ulteriore sviluppo dei Servizi e dei Dipartimenti amministrativi Interaziendali.

Il percorso di integrazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria ha previsto la realizzazione di specifici accordi di fornitura, in rapporto alle specificità dell'AOU di Ferrara, Ospedale di riferimento per il secondo livello specialistico per la Provincia di Ferrara, per le altre Province della Regione Emilia-Romagna e per le altre Regioni. In particolare viene mutuato il modello sanitario regionale Hub and Spoke, prevedendo la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria si caratterizza come centro specialistico di 2° livello per la gestione dei Day Service ambulatoriali (Percorsi organizzativi complessi) prevedendo l'esecuzione di indagini cliniche e strumentali plurime e/o multidisciplinari.

6.4.2 Valorizzazione degli strumenti della partecipazione organizzativa e del governo clinico

La governance aziendale ha avviato anche specifiche attività di intervento, nell'ottica del rafforzamento degli aspetti legati ad una più intensa partecipazione organizzativa, prevedendo favorevoli ricadute sulla gestione del governo clinico.

Privilegiata la valorizzazione delle professionalità, con particolare attenzione anche agli aspetti legati a Rischio Clinico e Formazione, prevedendo un coinvolgimento attivo del Collegio di Direzione e delle Professioni sanitarie.

Nell'ambito della continuità assistenziale, le azioni sono state rivolte alla presa in carico ed al contenimento dei tempi di attesa. In particolare, presa in carico del paziente fragile con sperimentazione di modelli assistenziali di livello domiciliare ed ambulatoriale, ruolo dei MMG, PLS e Specialisti convenzionati, Casa della Salute, continuità assistenziale, ecc., con impulso anche per le attività di integrazione socio–sanitaria, con il potenziamento degli interventi di sostegno a domicilio e l'accreditamento dei servizi socio – sanitari.

Incrementati gli interventi legati all'integrazione interaziendale di Area Vasta, anche in rapporto all'acquisto di beni e servizi per l'ottenimento di economie di scala e risparmi; nonché allo sviluppo di progettualità assistenziale, nella logica di Hub and Spoke.

6.5. L'impatto sui processi organizzativi

La progettazione e la ristrutturazione della rete dei servizi sanitari ed amministrativi nella sanità ferrarese favorisce, indubbiamente, cambiamenti positivi che possono tradursi nell'obiettivo "principe" del miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari, sia di carattere strutturale che clinico–organizzativo. Con particolare riferimento alla sicurezza ambienti ed

ottimizzazione dell'accessibilità; oltre che ad una tecnologia aggiornata ed avanzata; a minore frammentazione dei percorsi per l'utenza, alla completezza della presa in carico ed all'innalzamento dei livelli di efficienza organizzativa e valorizzazione delle risorse, sia professionali che tecnologiche.

L'obiettivo legato all'Orientamento dell'offerta ospedaliera, si traduce nello sviluppo di una rete integrata con l'AOU S. Anna, con l'attuazione di un piano di azione flessibile, in grado di garantire l'apertura del nuovo presidio di Cona senza comportare disagi per i pazienti. Altra azione, a supporto dei servizi ospedalieri gestiti direttamente dall'Azienda USL, riguarda lo sviluppo ed il potenziamento delle vocazioni ed eccellenze dei tre presidi ospedalieri di rete.

Di fondamentale importanza strategica per un progress dell'attività aziendale, sono le azioni riguardanti l'Orientamento dell'offerta specialistica poliambulatoriale e sulla farmaceutica, con la possibilità di realizzare una struttura organizzativa poliambulatoriale unitaria nel segno dell'efficienza delle risorse impegnate (tecnologia strumentale, Infermieri, Medici e amministrativi). Quindi sviluppare la funzione del punto di accoglienza (PDA) gestito dall'Infermiere che orienta l'utente favorendo i percorsi di presa in carico; mettere in campo azioni di appropriatezza prescrittiva sui farmaci, secondo le indicazioni regionali; infine riorientare la degenza di alcune Strutture Sanitarie verso la Post Acuzie.

Le attività di reingegnerizzazione dei servizi devono necessariamente essere orientate e sostenute con interventi anche di carattere economico-finanziario che ne garantiscano la fattibilità e la continuità.

6.5.1 Sostenibilità e qualità nell'offerta: criteri guida

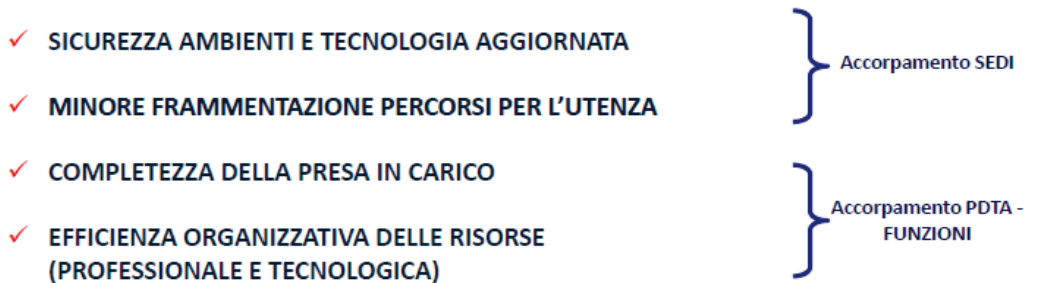
L'attuale contesto economico del Paese induce ad attente riflessioni rispetto alla sostenibilità del sistema nel suo insieme che, prevedibilmente, sarà messo ancor più a dura prova nei prossimi anni, ma anche a quella delle singole strutture. Oltre ad agire sul fronte della sicurezza e della completezza delle attività assistenziali di ricovero e/o ambulatoriali, è indispensabile affrontare gli aspetti legati alla sostenibilità tecnica, organizzativa ed economica.

In questa ottica a livello aziendale sono stati definiti criteri di riferimento a supporto della sostenibilità dell'offerta qualitativamente valida. Gli interventi previsti, in rapporto alle risorse impegnate, non prevedono "tagli lineari", ma azioni ragionate ed appropriate ai nuovi bisogni della popolazione e alle nuove risorse tecnologiche, farmacologiche e finanziarie.

Le azioni di miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari sono legate alla Sicurezza degli ambienti e all'aggiornamento tecnologico, alla riduzione della frammentazione dei percorsi per l'utenza, alla completezza della presa in carico e dei percorsi assistenziali per le diverse tipologie di pazienti. Le attività sono collegate all'efficienza organizzativa e alla valorizzazione delle risorse (professionali e tecnologiche), in termini di messa in opera aziendale ed hanno

comportato interventi di razionalizzazione, schematicamente riportati di seguito (Figura n. 2).

Figura 2 **Attività di razionalizzazione aziendale**



6.5.2 Orientamento dell'offerta specialistica poliambulatoriale

L'obiettivo, tenendo conto anche delle risorse umane impegnate e di una loro valorizzazione professionale collegata allo sviluppo del percorso stesso, tende alla realizzazione di una struttura organizzativa poliambulatoriale unitaria nel segno dell'efficienza delle risorse impegnate (tecnologia strumentale, Infermieri, Medici e amministrativi), ed a sviluppare la funzione del punto di accoglienza (PDA) gestito dall'Infermiere che orienta l'utente. Conseguentemente, ogni sede può basarsi sulla disponibilità di 15/20 ambulatori specialistici; 700/800 ore settimanali di attività medica; 15/25 Infermieri ed altri professionisti sanitari; 75.000/90.000 prestazioni in un anno e 200/300 pazienti presenti ogni giorno.

Il gap organizzativo legato all'accorpamento delle strutture, che potrebbe comportare un aumento delle distanze, è compensato sul piano qualitativo da più elevati livelli di sicurezza, da maggiore completezza del percorso diagnostico terapeutico, e conseguente riduzione del numero dei trasferimenti, dal miglioramento della qualità delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e da ridotti tempi di attesa.

6.6. Conclusioni

Le azioni, prospettate in termini di efficienza, tengono in particolare considerazione le necessità del cittadino di fronte ad un bisogno assistenziale complesso di livello ambulatoriale. Una struttura sanitaria che offre concentrate e maggiori possibilità di risposta in termini diagnostico-terapeutici, certamente è favorevole al cittadino-utente.

Il complesso ciclo di interventi è stato scomposto in diverse fasi, dalla nascita del bisogno stesso al passaggio con il proprio medico di famiglia, alla prenotazione tramite CUP, ecc.

Gli interventi di esemplificazione del percorso assistenziale, illustrato nello schema riportato di seguito, evidenziano un chiaro miglioramento organizzativo in rapporto ai percorsi, soprattutto se si considera che ogni tappa si traduce in aumento degli spostamenti, del tempo impegnato e dei conseguenti disagi, estremamente limitati dalla riduzione e concentrazione delle diverse attività.

Le azioni di progettazione e ristrutturazione organizzativa hanno riguardato i tre ambiti Distrettuali dell'Azienda del Centro Nord, Ovest e Sud Est, con l'evidente obiettivo dell'integrazione tra ospedali e territorio, e socio-sanitaria con attenzione anche al livello interaziendale.

Gli Obiettivi di sviluppo a livello aziendale, con modifiche di carattere qualitativo e quantitativo, prevedono interventi dei diversi ambiti di attività, compresi quelli trasversali e di supporto.

In atto la revisione di strutture, percorsi e funzioni sanitarie ed amministrative come i Dipartimenti interaziendali, la riorganizzazione ed il coordinamento aziendale delle Funzioni Gastroenterologiche ed Endoscopiche, la concentrazione delle sedi ambulatoriali, l'unificazione del Laboratorio provinciale, l'unificazione del Servizio 118, ecc.

In una logica di ammodernamento della Pubblica Amministrazione, vengono sviluppati processi di de-materializzazione dei flussi documentali, sanitari ed amministrativi.

L'impostazione di un nuovo processo di budget, a supporto ed in continuità con la governance, ha comportato realizzazione e sviluppo di un sistema di reporting direzionale su costi e attività secondo una scelta di indicatori Key performance.

La definizione di regole di gestione trasparenti e rispettose prevedono, tra l'altro, una riorganizzazione delle funzioni sanitarie (Gastroenterologia, Chirurgia generale, Endoscopia, Laboratorio, Salute Mentale e Sanità pubblica, Sistema 118) e tecnico-amministrative (Ingegneria Clinica, Direzione amministrativa Sanità pubblica, Salute mentale ed Emergenza, Servizio unico Economico-finanziario, Sistema informativo aziendale, conferma del Ruolo dei Distretti, committenti e del Dipartimento Cure primarie, produttore). Si procede, inoltre, alla revisione complessiva degli atti delegati e di competenza della Direzione generale e dei Dirigenti, nel rispetto della trasparenza, della correttezza e del controllo nella Pubblica Amministrazione e l'assunzione di provvedimenti di carattere contrattuale con terzi esterni, basati su regole della pubblica evidenza e non su rapporti diretti (Cooperative di tipo B, Reti televisive, ecc.), orientati alle politiche di Area Vasta.

Altro punto di fondamentale importanza, anche in termini relazionali ed istituzionali, riguarda i rapporti con soggetti esterni, con gli Enti locali, con l'Università, le forze sociali e con il tessuto produttivo della provincia, improntati

alla massima cooperazione e collaborazione, nel rispetto dei ruoli e delle rispettive responsabilità.

In definitiva, il Progetto aziendale punta ad una profonda revisione delle strutture e delle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni ospedaliere sul territorio. Andando oltre gli obblighi del rispetto finanziario, si prospetta l'avvio di una fase di revisione della realtà aziendale ferrarese tesa al superamento delle criticità, rispetto al generale contesto regionale, in termini di consumi e produttività.

AUSL di Ferrara

Numero Comuni 26	Superficie (km ²) 2.630	Distretti sanitari 3
Popolazione 358.966	Popolazione > = 65 anni 25,5%	Popolazione > = 75 anni 13%
Personale 3.050	Numero MMG 277	Numero PLS 39

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, Dirigente Area Professionale della Riabilitazione, ASF
Sheila Belli, Ingegnere gestionale, S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, ASF*

Francesca Bellini, Medico, Responsabile S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, ASF

Antonio Guarracino, Ingegnere gestionale, S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, ASF

Luigi Marroni, Direttore Generale, ASF

Giuseppina Perillo, Medico, S.C. Innovazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, ASF

Amelia Pizzi, Assistente sociale, Servizio Sociale Dimissioni Ospedaliere, ASF

Cristina Rossi, Dirigente U.O. Infermieristica Territorio Zona Sud-Est, ASF

Pierluigi Tosi, Direttore Sanitario, ASF

7.1. Il contesto di riferimento

La continuità delle cure e l'integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale rappresentano una delle maggiori sfide dei sistemi sanitari moderni e sono temi di grande importanza nei documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale fin dai primi anni 2000, diventando negli ultimi anni una necessità e non più un'opzione progettuale.

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure intra ed extraospedaliere, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi

etc.), tra i diversi livelli di assistenza e soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. (PSN 2011-2013)

Il bisogno di una maggiore integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali è conseguenza di molteplici fattori: l'invecchiamento della popolazione, che richiede servizi e competenze adatte ad assistere pazienti affetti da patologie croniche e/o da più patologie; la disponibilità di tecnologie sanitarie sempre più sofisticate che consentono il monitoraggio e la gestione delle patologie ad elevato impatto sociale; la disponibilità di livelli differenziati di assistenza per l'erogazione di servizi sanitari, attraverso una rete di servizi non più circoscritta al modello ospedaliero; e, non ultima, la spinta al contenimento dei costi e allo spostamento dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali di prestazioni ad elevata intensità assistenziale.

La carenza di strumenti e processi di integrazione può comportare conseguenze rilevanti, sia per i pazienti che per le organizzazioni, come ad esempio la riduzione dell'efficacia della cura, l'aumento dei reingressi in ospedale², la percezione da parte del paziente e dei suoi familiari di mancata presa in carico e, non meno importante, un utilizzo inappropriato delle risorse.

Presupposto importante alla continuità delle cure è la corretta gestione del processo di dimissione, in particolare per le dimissioni ospedaliere complesse (delayed discharges/bed blockers). La dimissione complessa riguarda tutti quei pazienti che, a seguito di un evento clinico acuto che ha richiesto un ricovero, hanno difficoltà a rientrare al proprio domicilio per necessità di individuare altri settings assistenziali o di attivare un intervento assistenziale domiciliare.

Nonostante i recenti progressi nello sviluppo di strumenti informatizzati (es. cartella clinica), clinical pathways, e supporti della Information and Communication Technology alcuni fattori identificati più di 20 anni fa continuano a rappresentare causa di ritardo nelle dimissioni ospedaliere: incompleta valutazione del paziente da parte degli operatori sanitari con scarso inquadramento, per esempio, della dimensione sociale; cattiva programmazione e organizzazione, ad esempio il ritardo nella prenotazione del servizio di trasporto; scarsa comunicazione tra ospedale ed erogatori dei servizi territoriali.

Insieme a questi, altri fattori concorrono a rendere difficoltosa la gestione dei pazienti con dimissione complessa:

- percorsi e modalità diversificati e disomogenei per pazienti con lo stesso problema;
- difficoltà nello scambio di informazioni;
- disallineamento nelle tempistiche ospedaliere e territoriali;
- gestione separata di alcune fasi e ripetizione di passaggi;
- difficoltà nel reperire la risposta adeguata.

Tutto ciò determina troppo spesso un prolungamento dei tempi di degenza con la creazione di un collo di bottiglia in uscita dall'ospedale che si ripercuote su

tutte le fasi del percorso di ricovero alimentando una dinamica di tipo push ,che porta spesso all'individuazione di risposte non appropriate.

Studi scientifici dimostrano che una corretta pianificazione della dimissione può ridurre la durata della degenza e il numero di reingressi evitabili con un significativo risparmio e recupero di risorse.

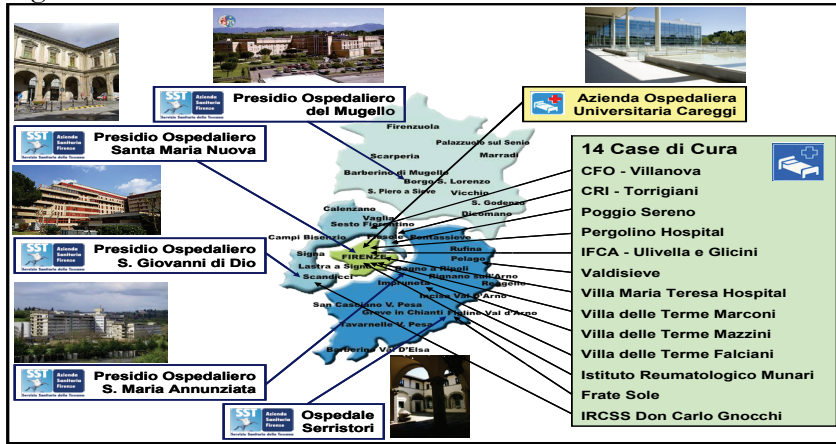
La continuità ospedale-territorio, però, richiede non solo la revisione dei processi interni all'ospedale, ma anche la rivalutazione dell'intera rete dei servizi per sviluppare un sistema integrato in grado di supportare il paziente in tutte le fasi della malattia (acuzie, stabilizzazione, riabilitazione, ecc.) attraverso la sinergia di tutti gli attori e le figure professionali coinvolte.

L'organizzazione della continuità delle cure prevede, quindi, il disegno di percorsi assistenziali condivisi che tengano in considerazione la sempre maggiore articolazione dei servizi sanitari, la complessità e la multidisciplinarietà dell'assistenza e le problematiche sociali correlate. Aspetti questi che non riguardano una singola organizzazione, ma interessano tutte le strutture erogatrici di servizi sanitari (strutture ospedaliere e strutture territoriali, settore pubblico e privato).

L'Azienda Sanitaria di Firenze si è impegnata fin dall'inizio del 2000 nello sviluppo di percorsi assistenziali (es. percorso assistenziale riabilitazione neurologica e ortopedica) come modelli di gestione della continuità e di integrazione multiprofessionale⁵. Nel 2009, in linea con le indicazioni regionali, e in un contesto di profonda trasformazione della sua organizzazione ispirato ai principi del Lean Thinking (Programma OLA, Organizzazione Lean dell'Assistenza)⁶, ha avviato il Progetto "Un Solo Paziente" per realizzare un nuovo modello di gestione delle dimissioni complesse.

Ai pazienti con dimissione complessa il progetto si propone di assicurare un percorso di continuità snello e sicuro in tutte le fasi, intra ed extra-ospedaliere, tra tutti i diversi livelli di erogazione dell'assistenza. E con una risposta tempestiva ed appropriata in tutti i punti della complessa rete assistenziale dell'area fiorentina, composta da cinque presidi ospedalieri aziendali, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, quindici strutture private accreditate di riabilitazione e low care convenzionate con l'Azienda Sanitaria, oltre alla rete territoriale. (Fig. 1)

Figura 1 Rete assistenziale dell'area fiorentina



7.2. Descrizione esperienza aziendale

Lo sviluppo del nuovo modello per la gestione delle dimissioni complesse si è articolato attraverso diverse fasi a partire dalla seconda metà del 2009.

La prima fase di lavoro è stata condotta da un gruppo di progetto, costituito da professionisti dell'Azienda Sanitaria di Firenze appartenenti a professionalità diverse, di ambito sia ospedaliero che territoriale (medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, personale amministrativo). L'attuale modello è stato disegnato con un processo di mappatura del flusso del valore secondo la metodologia Lean7. Tutte le fasi del percorso di dimissione sono state attentamente descritte, ciascuna è stata esaminata dal punto di vista del paziente, e sono stati individuati ed eliminati o ridotti tutti gli steps che non aggiungono valore. È stato quindi realizzato il nuovo modello, in cui, secondo la logica pull, sono i servizi che si organizzano in modo da far fluire il percorso del paziente nel modo più semplice e continuo.

Il gruppo di progetto ha elaborato le linee di indirizzo del percorso, i principi fondamentali (milestones), condivisi a tutti i livelli:

- stessa modalità di gestione del percorso di dimissione per tutti gli assistiti dell'Azienda indipendentemente dall'ospedale (aziendale, universitario o privato accreditato) o dalla struttura di low care in cui avviene il ricovero e dalla zona di residenza;
- modalità operative, criteri e strumenti condivisi ed omogenei per la valutazione delle necessità di assistenza in fase di post-acuzie;
- valutazione multidimensionale dei pazienti con dimissione complessa che orienta la scelta del setting appropriato dopo la dimissione;

- unico centro di coordinamento territoriale che ha la costante visione delle necessità dei pazienti in dimissione e di tutte le tipologie di risorse disponibili (lungodegenza, cure intermedie, riabilitazione ospedaliera e extra-ospedaliera, assistenza infermieristica domiciliare, assistenza domiciliare sociale, riabilitazione domiciliare e ambulatoriale) e definisce il piano di assistenza basandosi sulle indicazioni fornite dall'ospedale, assicurando l'appropriatezza della risposta e il rispetto dei tempi previsti dal piano di dimissione;
- definizione di un rigoroso modello di rispetto delle tempistiche di segnalazione da parte dell'ospedale e di risposta da parte del territorio;
- La seconda fase è stata realizzata con l'obiettivo di rendere operativo il modello disegnato:
- definizione dettagliata di tutte le tappe del percorso secondo i principi fondamentali condivisi:
 - la gestione delle dimissioni complesse è affidata a due teams, ospedaliero e territoriale; il team ospedaliero (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista) individua i pazienti a rischio di dimissione complessa, li sottopone ad una valutazione multidimensionale per consentire un inquadramento entro 72 ore dalla data di dimissione prevista ed invia la segnalazione al team territoriale; questo entro 48 ore fornisce, in base alle indicazioni dell'ospedale e alla disponibilità di risorse, una risposta proporzionata al grado di complessità dei bisogni assistenziali del paziente;
- elaborazione di set di criteri di valutazione multidimensionale e costruzione dei relativi strumenti di rilevazione:
 - sviluppo di una scheda di valutazione multidimensionale e sperimentazione della stessa realizzata tra gennaio e maggio 2010 nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze;
 - predisposizione di un software per la gestione informatizzata del percorso e lo scambio di informazioni in tempo reale in tutti i punti della rete di assistenza;
- pianificazione dell'offerta attraverso:
 - analisi della domanda per le diverse tipologie di prestazioni assistenziali;
 - ricognizione dell'offerta complessiva disponibile;
 - piano di allineamento progressivo tra domanda ed offerta.

Scheda di valutazione multidimensionale

Rappresenta lo strumento che orienta il percorso di dimissione ed è parte integrante del software utilizzato. La compilazione di ogni sezione della scheda (clinica, sociale, infermieristica, e funzionale) dà luogo ad un possibile punteggio.

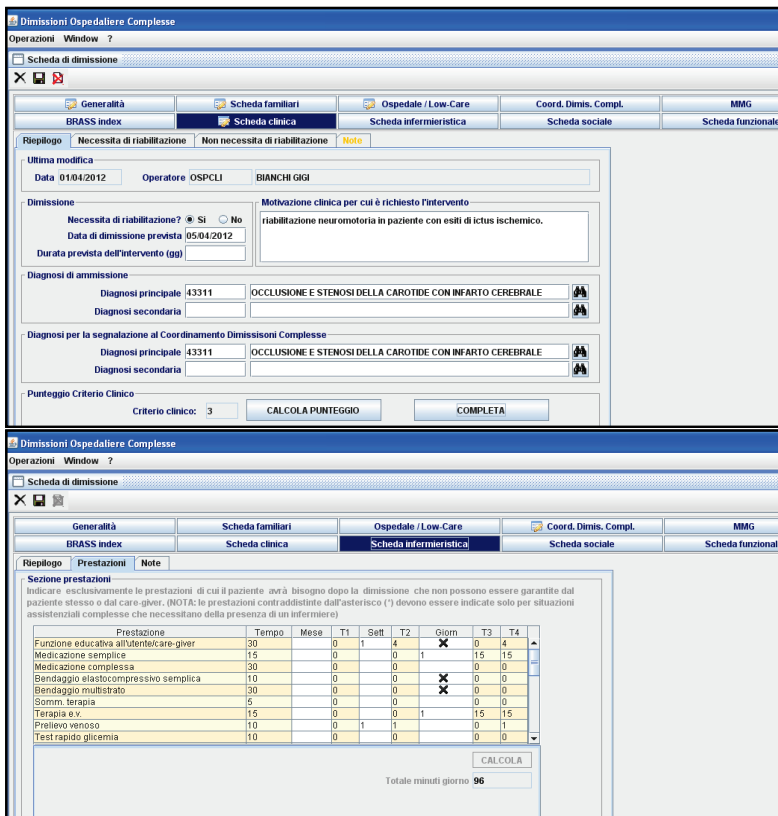
L'integrazione dei punteggi delle varie sezioni, tramite un apposito algoritmo, fornisce indicazione sul percorso appropriato di dimissione, calibrato in base alla combinazione dei risultati delle singole valutazioni.

Software per la gestione delle dimissioni complesse (Figura 2)

Rappresenta lo strumento informatizzato che permette:

- l'integrazione delle valutazioni dei professionisti (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista);
- la predisposizione, da parte del territorio, del piano assistenziale basato sulle indicazioni fornite dall'ospedale e sulla disponibilità di risorse;
- la comunicazione in tempo reale tra i vari operatori coinvolti nel percorso, lungo tutti i livelli assistenziali dei vari steps (ospedale, low care, territorio);

Figura 2 Software Dimissioni Complesse – scheda clinica e scheda infermieristica



Nel gennaio 2011 è stato avviato il piano di formazione all'utilizzo del nuovo software per tutti gli operatori coinvolti.

Il 30 maggio 2011 è stata avviata la fase operativa, che prevede un anno di sperimentazione con lo scopo di:

- monitorare l'accuratezza degli strumenti adottati;
- perfezionare la comunicazione delle informazioni tra i vari steps e il rispetto della tempistica;
- verificare il corretto utilizzo delle risorse e realizzare un progressivo allineamento tra domanda e risposta sia in termini di capacità complessiva del sistema che di differenziazione delle tipologie di settings;
- rilevare le criticità e adattare l'organizzazione.

7.3. Criticità e tempistica

Non è ancora del tutto completato il coinvolgimento dei medici di medicina generale, a causa di problemi organizzativi legati all'aggiornamento delle tecnologie informatiche per consentire un tempestivo coinvolgimento del medico di famiglia tramite la completa autonomia nell'accesso al software per la gestione delle dimissioni complesse. Per il superamento di tali problematiche è stato predisposto un piano di interventi che prevede, tra l'altro, la creazione, per ciascun MMG, di una casella di posta elettronica aziendale e l'avvio di un programma di formazione all'uso del nuovo strumento informatizzato.

La Tabella che segue descrive invece la tempistica di realizzazione delle azioni programmate del processo di implementazione del progetto "Un Solo Paziente".

Tabella 1 **Attività e tempi progetto "Un Solo Paziente"**

ATTIVITA'	TEMPISTICA
Definizione dei principi fondamentali (<i>milestones</i>) del progetto	
Definizione delle tappe del percorso di dimissione complessa	seconda metà del 2009
Sviluppo degli strumenti di valutazione	
Sperimentazione degli strumenti di valutazione	gennaio-maggio 2010
Sviluppo del software per la gestione del processo di dimissione	
Creazione dei <i>teams</i> ospedalieri e territoriale	giugno-dicembre 2010
Formazione all'uso del software per la gestione delle dimissioni complesse	da gennaio 2011
<i>Start up</i> fase operativa	30 maggio 2011

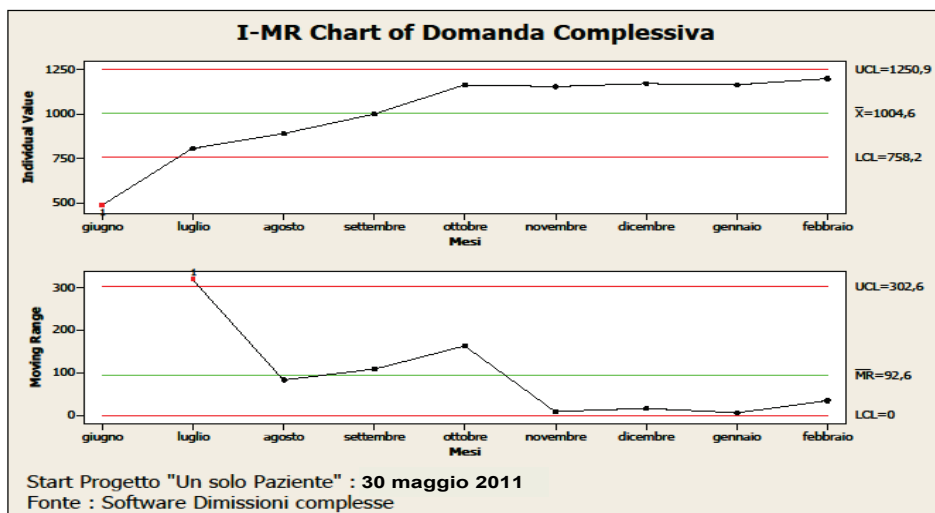
7.4. Risultati del progetto

L'analisi dei dati relativi ai primi mesi di applicazione del progetto evidenzia significativi miglioramenti in varie fasi del processo di dimissione. Nel periodo dal 30 maggio 2011 al 29 febbraio 2012 il Coordinamento Dimissioni Complesse ha ricevuto 9.041 richieste di attivazioni di percorsi assistenziali per pazienti con dimissioni complesse da una delle strutture ospedaliere dell'area metropolitana fiorentina, con una media mensile di 1.004 segnalazioni. Ogni giorno il Coordinamento Dimissioni Complesse ha lavorato in media 34 casi.

Analizzando l'andamento della domanda complessiva descritto nel grafico superiore della Figura 3 si osserva un trend crescente nella fase di start up del progetto. Da ottobre in poi si rileva una stabilizzazione del processo, con una domanda pressoché costante ed una variabilità quasi nulla. Ciò è evidente anche dalla lettura del grafico inferiore della Fig. 3 (Moving Range Chart), in cui ogni valore descritto rappresenta la differenza in valore assoluto di due misurazioni consecutive (scostamento tra il valore di x rispetto al valore di $x-1$), in questo caso la differenza tra la domanda di un mese e quella del mese precedente, mettendo in evidenza eventuali cambiamenti improvvisi che caratterizzano il processo e quindi il grado di stabilità dello stesso. Il valore di Moving Range di 92,6 significa che in media lo scostamento della domanda di un mese rispetto a quello precedente è stato di 92,6 casi, dato influenzato soprattutto dalla crescita della domanda nella fase di start up visto che da novembre in poi lo scostamento tra due mesi successivi si è quasi annullato.

E' ipotizzabile che l'andamento crescente della domanda nei primi mesi sia in parte viziato da una graduale familiarità nei confronti della nuova procedura e del nuovo strumento da parte degli operatori, oltre ad essere influenzato da altri fattori come la variabilità stagionale. Valutazioni più approfondite potranno, però, essere fatte solo quando sarà possibile analizzare i dati relativi a un periodo di tempo più lungo.

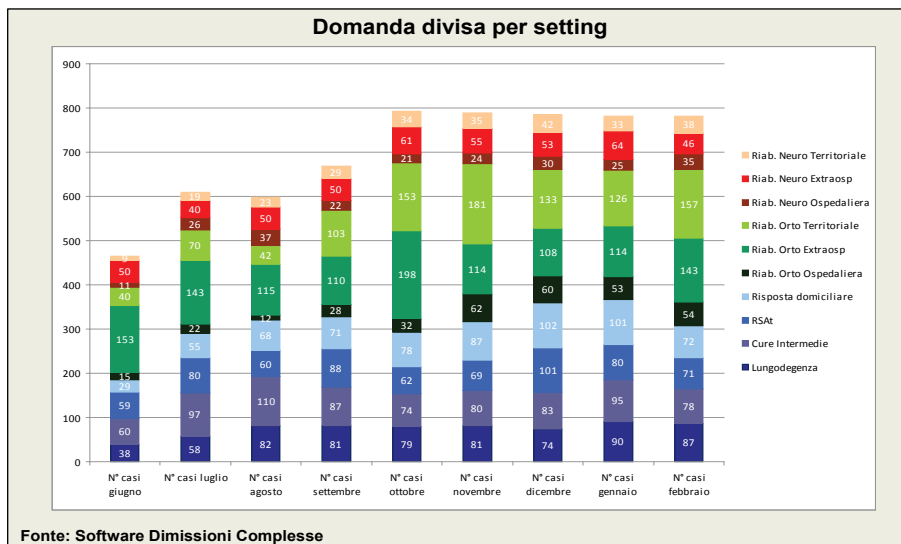
Figura 3 **Andamento e *Moving Range* domanda complessiva dimissioni complesse (giugno 2011 - febbraio 2012)**



L'analisi della domanda è orientata non solo alle valutazioni quantitative ma anche qualitative. Il sistema consente, infatti, di stratificare la domanda in uscita in base alle reali necessità dei pazienti, come risultato della valutazione multidimensionale del team ospedaliero. Il grafico della Fig. 4 descrive la distribuzione per setting, divisa per mese, che ha caratterizzato la domanda di dimissioni complesse da giugno 2011 a febbraio 2012. Da questa analisi sono stati esclusi tutti i casi segnalati che hanno avuto successivamente un esito in annullamento o decesso prima della dimissione e tutte le richieste di prolungamento dei percorsi inviate dalle strutture di low care.

L'analisi fornisce informazioni utili per la pianificazione delle risorse per la gestione della post-acuzie, evidenziando le reali necessità di assistenza nei vari settings, da quelli più intensivi (come la lungodegenza o la riabilitazione ospedaliera), a quelli più semplici come l'assistenza domiciliare, anche monoprofessionale.

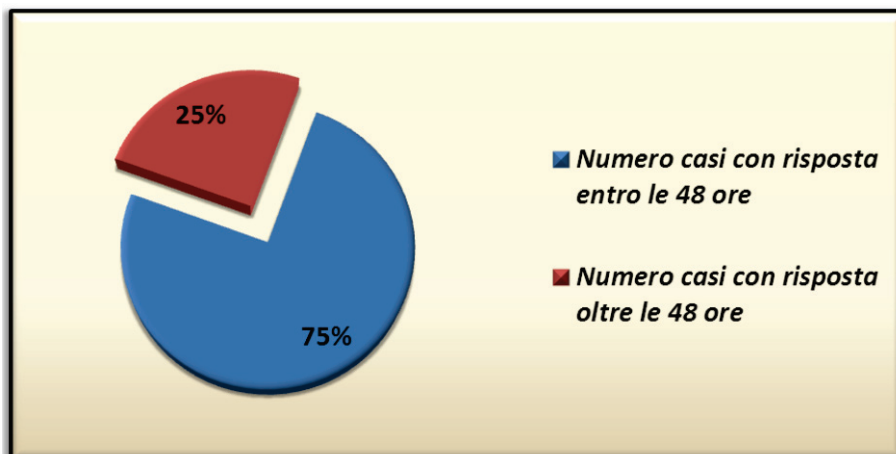
Figura 4 Domanda divisa per setting indicato dalla valutazione multidimensionale (giugno 2011 - febbraio 2012)



L'ulteriore stratificazione della domanda (es. per struttura inviante e/o per Unità Operativa) permette anche di analizzare i trends prescrittivi delle varie strutture della rete, evidenziando eventuali comportamenti o esiti clinici discordanti.

Tra gli indicatori individuati per monitorare il rispetto della tempistica definita nel nuovo modello procedurale, i risultati di performance del Coordinamento Dimissioni Complesse sono molto incoraggianti. Risulta infatti che il 75% del totale dei casi segnalati hanno avuto una risposta con predisposizione di un piano di continuità assistenziale entro le 48 h dall'invio della segnalazione. (Fig. 5).

Figura 5 Percentuale dei casi con risposta entro o oltre le 48 h (giugno 2011 - febbraio 2012)

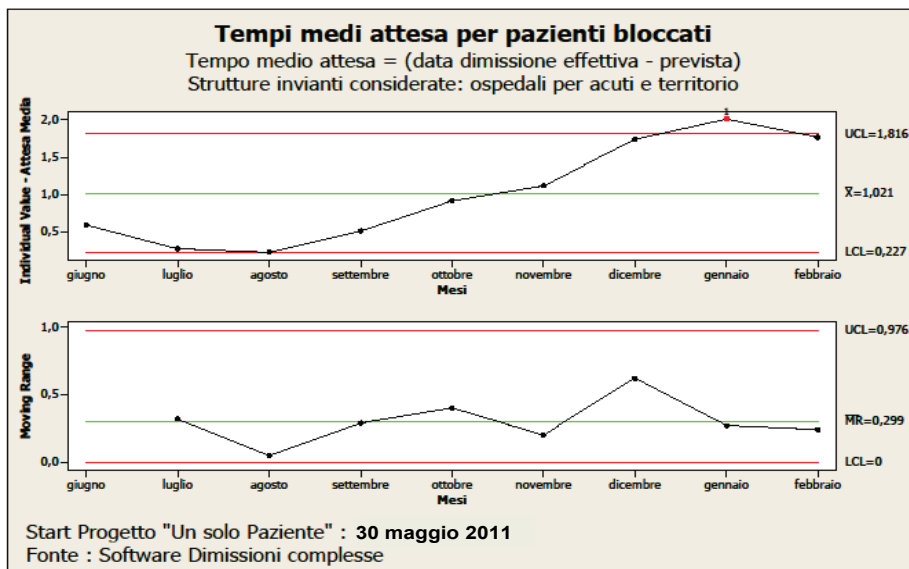


La Fig. 6 traccia l'andamento ed il Moving Range dei tempi medi di attesa per i pazienti bloccati, cioè per quelli che attendono una risposta oltre la data di dimissione prevista. Per quest'analisi sono stati considerati:

- i casi segnalati dai reparti per acuti dei presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze (ASF), dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi e delle Case di Cura private convenzionate con l'ASF;
- i casi di assistiti dell'ASF segnalati dal distretto (territorio) di appartenenza, ricoverati presso reparti per acuti di strutture ospedaliere pubbliche, o private convenzionate con il Servizio Sanitario collocate fuori dal territorio fiorentino.

Nonostante di possa osservare un trend in aumento (grafico superiore della Fig. 8), la media di questi valori è pari a 1 giorno. Inoltre, pur considerando i valori più vicini al limite di confidenza superiore (1,8 giorni), tali valori risultano comunque inferiori ai tempi di attesa medi per questa tipologia di pazienti riscontrati prima dell'avvio del nuovo modello gestionale ed il numero di pazienti bloccati in ospedale si è ridotto di circa il 75%.

Figura 6 Andamento e Moving Range dei tempi di attesa medi per pazienti che attendono una risposta oltre la data prevista di dimissione (giugno 2011 - febbraio 2012)



7.5. Impatto sui processi organizzativi e conclusioni

Valutazioni di carattere qualitativo e quantitativo, al momento soltanto preliminari ma molto incoraggianti, su indici indirettamente coinvolti nel progetto (secondo una visione end to end del processo assistenziale) quali la degenza media e i tempi di permanenza al Pronto Soccorso dei pazienti in attesa di ricovero, potranno essere consolidate solo quando la base dati a nostra disposizione sarà riferita ad un periodo temporale più ampio.

Ogni processo di riorganizzazione ha bisogno di monitoraggio continuo, rivalutazioni, riadattamenti e rinforzi. Ci sono numerosi fattori che possono incidere sui risultati. L'utilizzo di un unico sistema informativo integrato e la presenza di un unico centro di coordinamento territoriale rappresentano i principali punti di forza del nuovo modello di gestione della continuità assistenziale post dimissione implementato dall'Azienda Sanitaria di Firenze, in quanto garantiscono:

- omogeneità degli strumenti di valutazione tra i differenti attori coinvolti nel processo con garanzia di risposte basate esclusivamente sulle necessità del paziente sia nei diversi ospedali per acuti della rete che nel corso delle tappe successive della fase di post-acuzie;

- condivisione in tempo reale delle informazioni con gli erogatori dei servizi, favorendo in particolare l'integrazione socio-sanitaria ed assicurando al paziente un percorso continuo e l'assistenza in ogni tappa da parte di professionisti già informati sulle sue necessità grazie all'utilizzo di strumenti comuni di valutazione e alla comunicazione tramite un software web-based;
- gestione trasparente delle risorse, appropriatezza delle risposte e riduzione dei tempi di degenza;
- utilizzo appropriato delle risorse, con raccolta ed analisi dei dati per un progressivo allineamento delle risorse disponibili alle reali esigenze dei pazienti.

Va inoltre sottolineato come la gestione del percorso, sebbene basata sullo scambio di dati tramite un software, è affidata ad un team di medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali che sono in grado di leggere con molta accuratezza tutte le informazioni sul paziente, considerato ogni volta come un individuo cui costruire un percorso su misura, prendendo in considerazione ogni volta aspetti sanitari (patologie concomitanti, precedenti ricoveri, particolari terapie assunte) e sociali (residenza del paziente o della sua famiglia, abitazione, rete di familiari e conoscenti).

Bibliografia

Amelia Compagni, Fabrizio Tediosi e Valeria D. Tozzi. L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010. Collana CER GAS; cap. 16:519-539.

Alper E, O'Malley TA, Greenwald J. Hospital Discharge. UpToDate 2010. http://www.uptodate.com/home/content/topic.do?topicKey=genr_med/9466#H.

Il Sistema di valutazione dei sistemi sanitari regionali, Report 2010. Laboratorio Management e Sanità. <http://www.meslab.sssup.it/it/index.php?page=report-network-2010>.

Shepperd S, McClaran J et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010 Jan 20;(1):CD000313.

Francesca Bellini et al. I “percorsi assistenziali”. Salute e Territorio 2003;137:122-128.

Gemmi F, Mechi MT et al. Il progetto OLA – Organizzazione Lean dell’Assistenza. Una reingegnerizzazione dei servizi ospedalieri basata sul lean thinking, per una disposizione più efficiente delle risorse. L’Ospedale 2008;3:76-81.

Jones D, Mitchell A. Lean thinking for the NHS. London: NHS Confederation, 2006.

Marc Baker, Ian Taylor et al. Making Hospitals Work, Cambridge: Lean Enterprise Academy, 2009.

ASL di Firenze

Numero Comuni 33	Superficie (km ²) 2.779	Distretti sanitari 4
Popolazione 827.477	Popolazione > 65 anni 23%	Popolazione > 75 anni 12%
Personale 6.556	Numero MMG 662	Numero PLS 105

8. Appropriatelyzza e omogeneità degli interventi riabilitativi domiciliari a Bologna

di Massimo Annicchiarico, Direttore Sanitario, Azienda USL di Bologna

Ilaria Castaldini, Collaboratore UOC Programmazione Sanitaria

Gabriele Cavazza, Direttore Distretto di Committenza e Garanzia Città di Bologna

Anna Poli, Responsabile UO Percorsi della Riabilitazione

Adalgisa Protonotari, Direttore UOC Programmazione Sanitaria

La legge 23 dicembre 1978 n. 833 va considerata un'essenziale svolta nell'evoluzione del servizio sanitario italiano. Per la prima volta si parla di stato sociale e prende avvio il riconoscimento dell'assistenza riabilitativa come livello assistenziale autonomo del SSN (art. 26), col giusto rilievo rimarcato nell'approccio globale alla tutela della salute attraverso interventi di Prevenzione, Cura e Riabilitazione. Nel 1998 le Linee Guida sulla Riabilitazione introducono una visione più moderna della riabilitazione, enfatizzando la logica di presa in carico e continuità dell'assistenza, attraverso l'integrazione multi-professionale. In relazione alla disabilità della persona, vengono inoltre differenziati interventi e setting, con possibilità di utilizzo di strumenti specifici come il progetto riabilitativo.

I Piani Sanitari Nazionali e Regionali hanno fatto propri questi principi e progressivamente hanno sviluppato politiche volte al riconoscimento del ruolo centrale del paziente come soggetto attivo che partecipa alla pianificazione ed al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, perseguendo il rientro precoce del paziente al suo abituale ambiente di vita ed il ripristino delle sue relazioni significative. Si è, quindi, assistito ad un'evoluzione dell'assistenza con una spinta all'integrazione dell'intervento ospedaliero con quello territoriale, anche attraverso un maggior coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

Molteplici sono gli strumenti volti a favorire l'integrazione, ma il motore principale è la costruzione di sinergie tra servizi diversi, rinforzando la collaborazione fra i professionisti per la definizione e attuazione di programmi

assistenziali concordati. E ciò consente di accelerare gli interventi, ridurre il ritardo della presa in carico, assicurare continuità delle cure dedicando particolare attenzione alla qualità di vita del paziente.

Nel processo di cura il sistema della domiciliarità diviene un obiettivo di sfida da perseguire, e trascina la necessità di promuovere ed organizzare il percorso in modo da favorire il rientro a casa. Si ottiene ciò sostenendo la persona e la sua famiglia attraverso interventi volti a favorire la permanenza a domicilio della persona anche quando si trovi in condizioni di dipendenza assistenziale.

L'attenzione dei professionisti non è più concentrata sulla malattia, ma è indirizzata alla persona nella sua interezza ed anche ai molteplici aspetti della vita, attraverso un approccio multidisciplinare, organizzato ed integrato, in grado di fornire risposta appropriata ai problemi/bisogni dell'utente e della sua famiglia.

La possibilità di preservare tali elementi rassicuranti è sicuramente base per una migliore compliance e per esiti più favorevoli.

La transizione demografica, epidemiologica e socio-economica di questi anni sta rendendo più problematica l'attività di cura entro la sfera familiare per tutti i soggetti incapaci di provvedere autonomamente a se stessi per ragioni di età (bambini) o di deficienze psicofisiche (anziani non autosufficienti, adulti disabili, etc.). Per questo lo Stato e le Regioni cercano di favorire ulteriormente tali indirizzi. La Regione Emilia Romagna nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ha sottolineato la necessità di interventi a sostegno delle funzioni genitoriali e familiari, perché il lavoro di cura deve andare oltre lo svolgimento delle sole funzioni assistenziali e privilegiare l'investimento relazionale, la presa in carico dei bisogni, lo scambio di affettività. Il sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità, al ruolo essenziale delle famiglie attraverso azioni mirate all'accompagnamento e al supporto dei progetti di vita delle persone anziane e dei disabili è, pertanto, uno degli obiettivi che la Regione Emilia Romagna chiede di perseguire.

Gli indirizzi regionali sono dunque rivolti all'attivazione di strutture multi-professionali, sociali e sanitarie, integrate, che assicurino la continuità della presa in carico e l'affiancamento della famiglia e della persona con disabilità, attraverso una chiara individuazione del responsabile di riferimento e la definizione e sperimentazione di strumenti condivisi per la valutazione dei bisogni e la costruzione di percorsi personalizzati in relazione alle diverse tipologie di deficit e livelli di gravità.

8.1. Il contesto aziendale

L'Azienda USL di Bologna è una delle più grandi aziende sanitarie territoriali del paese. Nata dalla fusione di tre aziende con la volontà di dare una risposta equa e omogenea a tutta la popolazione afferente, si trova a dover rispondere ai grandi problemi emergenti nel sistema di welfare con l'aumento della

popolazione anziana in misura percentuale (23,5%) superiore ai valori nazionali, la presenza di cittadini stranieri (10,6%) in alcuni comuni superiore al 15%, il livello di istruzione e di reddito tra i più alti della regione e d'Italia (il che rende le persone più attente e consapevoli, ma anche più esigenti). Per questo l'AUSL di Bologna sta costruendo strategie capaci di intercettare le opportunità di cambiamento del contesto socio-economico, per ridisegnare la propria organizzazione al fine di mantenere o sviluppare per i bisogni del cittadino, una risposta di elevata qualità che sia nel contempo economicamente sostenibile. L'appropriatezza clinica, assistenziale ed organizzativa sta alla base delle scelte organizzative aziendali e degli obiettivi di innovazione e sviluppo. In tale direzione forte attenzione è stata dedicata alla promozione delle attività territoriali a partire dalla riorganizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), stato rinforzato nei contenuti e nella struttura.

Il DCP ha come elemento centrale i Nuclei di Cure Primarie attraverso i quali si esprime l'esercizio della responsabilità organizzativa dei Medici di Medicina Generale (MMG), indirizzata principalmente alla presa in carico "globale" del profilo clinico e assistenziale degli assistiti. E ciò attraverso la programmazione del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, l'attivazione delle risorse professionali interne od esterne al Nucleo e la relazione con i professionisti territoriali e ospedalieri.

La collaborazione multidisciplinare diviene dunque strumento per il governo clinico del sistema, dando valore all'eterogeneità istituzionale e professionale dei diversi soggetti che concorrono alla cura della persona. In particolare i legami fortemente relazionali tipici dei servizi territoriali richiedono un alto grado di fiducia, espressa anche attraverso la condivisione delle conoscenze, tal volta "tacite" e non codificate, che sono patrimonio di ciascuna professione e di ciascun operatore. Poiché i concetti di fiducia, reciprocità e reputazione assumono una posizione preminente nel condizionare funzionalità, efficacia ed efficienza dei servizi, l'obiettivo della valorizzazione delle risorse umane è condizione necessaria per avviare le trasformazioni organizzative necessarie per far fronte ai mutamenti ambientali.

Il contesto aziendale per definire un modello organizzativo per la Riabilitazione, in grado di rispondere a rinnovate esigenze, muove dalla presenza di Unità Assistenziali Riabilitative (UAR), appartenenti a differenti strutture/territori aziendali; che è poi la ragione per cui i modelli di risposta al bisogno riabilitativo domiciliare risultavano disomogenei.

Nell'ottica di omogeneizzazione e reingegnerizzazione delle risorse, nella fase successiva all'unificazione dell'Azienda è stato indispensabile rileggere i modelli presenti sul territorio, mutuando dalle esperienze locali che avevano prodotto cambiamenti e risultati positivi.

8.2. Finalità del progetto e obiettivi specifici

Poiché il modello di de-ospedalizzazione delle cure sanitarie, affermatosi negli ultimi anni, ha rafforzato la necessità di trovare risposte appropriate in ambito domiciliare, le Unità Assistenziali Riabilitative hanno sperimentato modelli organizzativi in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini attraverso interventi ambulatoriali o domiciliari. La risposta organizzativa si basa sull'individuazione del livello di intensità di cura appropriato e su un modello di assistenza per processi e non per singole prestazioni. Il che modifica sostanzialmente cultura e abitudini consolidatesi negli anni. Si sta così delineando un approccio che non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma si traduce in una modalità assistenziale rivolta alla presa in carico globale per il recupero delle potenzialità della persona.

Uno dei temi fondamentali è diventato l'agevolazione della continuità assistenziale del paziente nel suo passaggio, spesso critico, dall'ospedale al domicilio, quindi un maggior livello di integrazione tra strutture riabilitative ospedaliere e strutture riabilitative territoriali. Il modello proposto mira anche ad evitare il rischio di sovrapposizione di prestazioni idonee alla risoluzione del bisogno riabilitativo, scongiurando forme di ridondanza prestazionale che non garantiscono di fatto un miglior successo terapeutico. È fondamentale per questo stabilire quali livelli d'intervento siano necessari per ciascun paziente, certi che la risposta, spesso complessa, richieda l'apporto di professionalità diverse appartenenti non solo al mondo sanitario, ma anche sociale.

Partendo dal concetto che il criterio dell'intensità assistenziale, già dimostratosi efficace nell'ambito dell'assistenza infermieristica e medica, possa essere utilmente esteso anche all'assistenza riabilitativa, all'interno del contesto territoriale sono state utilizzate due importanti funzioni del ruolo del fisioterapista:

- funzione educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia. Ne permette il coinvolgimento attivo nel processo terapeutico e favorisce la possibilità che il contesto socio-ambientale stesso diventi "riabilitativo";
- funzione di consulenza. Identifica il fisioterapista come punto di riferimento per la ridefinizione del setting riabilitativo, per le valutazioni abitative e per l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili.

Il bisogno riabilitativo rappresenta il criterio guida per definire tipologie e caratteristiche delle prestazioni riabilitative da erogare e per la valutazione dell'appropriatezza delle attività erogate.

Sulla base della valutazione del grado di complessità che deve essere rilevata e gestita per dare risposte ad ogni singola persona presa in carico, parliamo di bisogno riabilitativo complesso e bisogno riabilitativo semplice.

Il bisogno riabilitativo viene definito complesso quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone su più "livelli di partecipazione"

(attività di vita quotidiana, comunicazione, mobilità, ecc.). Presenta indici prognostici non facilmente definibili nel breve tempo e richiede contestualmente un grado elevato di intensità, frequenza e durata dell'intervento riabilitativo. La risposta al bisogno riabilitativo del soggetto è determinata dalla condizione di complessità indicata dall'interessamento di più apparati, organi o distretti. Il coinvolgimento di più professionisti della riabilitazione si realizza in presenza di bisogni riabilitativi complessi e di norma non è necessario per il soddisfacimento di bisogni riabilitativi semplici. Il team riabilitativo elabora il progetto riabilitativo individuale. Si tratta, infatti, di utenti per i quali è necessaria una presa in carico multidisciplinare per l'accompagnamento in un percorso riabilitativo da monitorare nel tempo; utenti con gravi disabilità neuromotorie (per es. trauma cranico, stroke recenti) o con disabilità a rapida evoluzione (per es. sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla).

Il bisogno riabilitativo si definisce semplice quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone per un solo "livello di partecipazione" (ICF). Presenta indici prognostici positivi e definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale e richiede interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in una situazione contestuale favorevole.

Il bisogno riabilitativo semplice può trovare soluzione da parte del fisioterapista, in grado di programmare l'accesso e pianificare l'intervento all'interno degli ambiti di propria competenza quali le problematiche motorie e cognitive, nonché le strategie atte al raggiungimento del massimo di autonomia possibile in merito a:

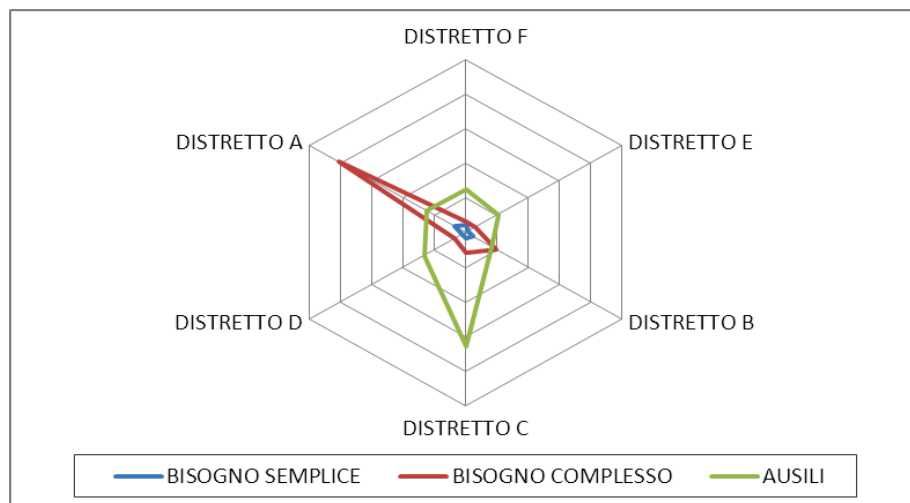
- proposta di ausili per l'autonomia e la mobilità;
- addestramento e verifica degli ausili già proposti;
- counselling ed educazione terapeutica al paziente e/o al care giver in ambito motorio, cognitivo e per le strategie mirate all'autonomia;
- addestramento di operatori addetti all'assistenza in materia di prevenzione dei danni da immobilizzazione;
- rivalutazione di pazienti già in carico che presentano uno scompenso funzionale.

Nell'ambito di questa distinzione l'elemento fondamentale è la valutazione funzionale intesa come analisi attenta, olistica ed empatica di ciò che occorre alla persona presa in carico dal servizio di Riabilitazione.

Le criticità più evidenti riguardavano la presa in carico in continuità riabilitativa per pazienti in dimissione ospedaliera e la disomogeneità nell'offerta riabilitativa in ambito domiciliare.

Nella fig. 1 sono rappresentate le difformità nell'invio/presa in carico dei pazienti al momento della prima rilevazione strutturata, nell'anno 2009.

Figura 1 Distribuzione attività per punto di valutazione fisioterapica e tipologia di bisogno. Anno 2009.



È evidente come le realtà organizzative fossero strutturate diversamente in base alle risorse presenti sul territorio, cristallizzando modalità operative ormai obsolete e disgiunte dall'evoluzione sanitaria e dalla nuova organizzazione aziendale.

Si nota, infatti, come in un'area risulti predominante l'invio di pazienti con bisogni complessi, mentre in altre predominante appaia il bisogno semplice o di fornitura di ausili. Ciò ha portato ad una riflessione sull'appropriatezza in eccesso o in difetto dell'invio e conseguentemente dell'erogazione del trattamento.

È stato quindi definito un progetto che ha inteso superare:

- la discontinuità nella presa in carico tra ospedale e territorio, con ripetizione di visite specialistiche;
- i tempi eccessivamente lunghi nella erogazione degli interventi (da 4 gg a 40 gg per presa in carico fisioterapica e da 12 gg a tre mesi per visite fisiatriche domiciliari);
- l'offerta disomogenea nei tempi e nelle modalità sulle diverse zone del territorio aziendale;
- la presa in carico non integrata del paziente;
- l'insufficiente utilizzo e valorizzazione delle differenti competenze professionali, con conseguente inefficienza nell'uso delle risorse.

Gli elementi di maggior innovazione nei contenuti del progetto riguardano i nuovi modelli di assistenza in ambito riabilitativo e la gestione degli ausili per

l'autonomia, attraverso un approccio che non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma rivolto al recupero delle potenzialità della persona.

I requisiti che sono stati ritenuti fondamentali nel progettare una nuova modalità di intervento domiciliare sono: personalizzazione; globalità/complessità; complementarità/interdipendenza; flessibilità/tempestività; integrazione; approccio proattivo.

Ci si è posti, quindi, i seguenti obiettivi che interessano i professionisti clinici e non, coinvolti nel percorso di continuità assistenziale riabilitativa del paziente:

- individuazione dei livelli di priorità dell'intervento riabilitativo;
- valutazione e pianificazione dell'intervento riabilitativo in risposta al bisogno riabilitativo semplice (counselling, educazione terapeutica dei care giver in merito a posture e trasferimenti, pianificazione delle attività di prevenzione dei danni secondari e terziari, con attivazione/consulenza di altri professionisti);
- facilitazione del passaggio, spesso critico, tra ospedale e domicilio del paziente con bisogno riabilitativo;
- pianificazione del percorso di fornitura ausili;
- attivazione della collaborazione fra tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura del paziente, anche attraverso briefing strutturati;
- facilitazione del rapporto con il Medico di Medicina Generale che, in qualità di responsabile terapeutico del paziente, è interlocutore diretto nel percorso e diviene uno dei principali attivatori del processo.

Questa modalità di presa in carico, in ambito domiciliare, è rivolta a:

- utenti con necessità di intervento riabilitativo non in grado di raggiungere strutture riabilitative, a causa di problematiche cliniche ovvero di presenza di barriere architettoniche per cui l'intervento può essere erogato solo in ambito domiciliare;
- utenti che necessitano di valutazioni ambientali per favorire l'autonomia della vita quotidiana anche attraverso ausili.

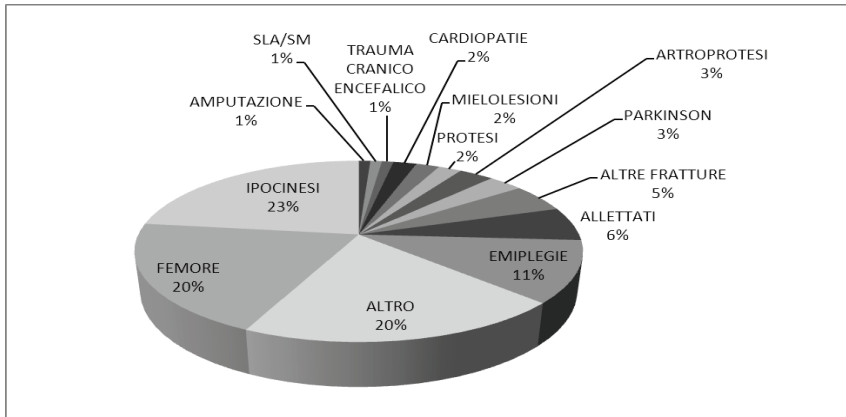
La presa in carico riabilitativa degli utenti avviene sulla base di criteri di priorità definiti dal gruppo di lavoro:

- pazienti in dimissione ospedaliera inseriti in percorsi riabilitativi aziendali: frattura femore, stroke, grave cerebro lesione, mielolesione con progetto riabilitativo;
- pazienti in dimissione ospedaliera che necessitano di sostegno all'autonomia per il rientro a domicilio;
- pazienti in dimissione ospedaliera che necessitano di intervento riabilitativo a domicilio con progetto riabilitativo;

- pazienti che necessitano di interventi indirizzati al sostegno all'autonomia non in dimissione ospedaliera.

Nella fig. 2 sono riportate le problematiche che nel 2010 hanno richiesto un intervento riabilitativo domiciliare.

Figura 2 Interventi di riabilitazione domiciliare per problematica. Anno 2010.



Per la gestione della presa in carico riabilitativa territoriale l'Azienda ha attivato su ciascuno dei sei Distretti un Punto di Valutazione Fisioterapia (PVF) al quale l'Ospedale, il Medico di Medicina Generale, le strutture e i professionisti del territorio segnalano i bisogni riabilitativi del paziente.

Il fisioterapista presente nel Punto di Valutazione Fisioterapia ha l'obiettivo di favorire l'intervento appropriato in risposta al bisogno riabilitativo del paziente. In altre parole, ha la funzione di:

- filtro utile a garantire l'individuazione dei livelli di priorità dell'intervento riabilitativo, rendendo possibile una risposta tempestiva alla richiesta dell'utente;
- semplificatore di percorsi già definiti in fase di ricovero e punto di riferimento per il Nucleo di Cure Primarie nel contesto delle Dimissioni Protette;
- garante della presa in carico in ambito territoriale con: proposta degli ausili più adatti da fornire in tempo utile al rientro a domicilio; collaborazione con tutti gli operatori sanitari e non del territorio per la costruzione del Piano Assistenziale Individuale.

Sulla base di criteri condivisi con il gruppo di lavoro, il fisioterapista distingue il bisogno riabilitativo complesso dal semplice e predispone percorsi differenziati.

Nel caso di Percorsi già codificati in regime di ricovero, per i quali non si prevede la dimissione protetta, il modello proposto prevede che il fisioterapista, referente del caso in regime di ricovero, contatti il PVF per la consegna del caso. Il fisioterapista del territorio, così allertato, può in tempo utile farsi carico della valutazione dell'ambiente che accoglierà la persona al suo rientro a domicilio, elemento necessario all'eventuale necessità di prescrizione di ausili da parte dello specialista. Potrà, altresì, organizzare il percorso domiciliare nel rispetto dei criteri di tempestività ed efficacia. Qualora, invece, per il paziente ricoverato venga pianificata la dimissione protetta, risulta indispensabile favorire l'integrazione con il Nucleo di Cure Primarie. Il gruppo che ha collaborato alla definizione di questa funzione ha visto il coinvolgimento multi-professionale e multidisciplinare di tutti i professionisti coinvolti nel percorso: MMG, medici specialisti, fisioterapisti, infermieri, ma anche la stretta collaborazione di strutture/funzioni presenti sul territorio come, ad esempio, la Centrale di Continuità Ospedale Territorio, il Servizio infermieristico domiciliare.

8.3. Risultati raggiunti

La rimodulazione organizzativa degli interventi di riabilitazione domiciliare e la strutturazione di incontri di team multiprofessionali ha consentito di ottenere significativi risultati relativamente a:

- miglioramento dell'appropriatezza dell'accesso del paziente ai percorsi in relazione al bisogno identificato (Fig. 3);
- incremento del 15% di pazienti presi in carico per intervento fisioterapico a domicilio;
- maggior omogeneizzazione delle modalità di presa in carico riabilitativa domiciliare, in particolare per pazienti in dimissione protetta e/o inseriti nel percorso femore;
- diminuzione dei tempi di attesa per visita fisiatrica domiciliare in dimissione ospedaliera (il tempo medio di attesa è passato da 23 gg a 7 gg);
- diminuzione del tempo di attesa per la presa in carico fisioterapica di circa 1,5 gg;
- diminuzione dei tempi di attesa per valutazioni sulla richiesta di ausili in ambito domiciliare con conseguente tempestività nella fornitura dell'ausilio identificato;
- diminuzione dei tempi di attesa per presa in carico riabilitativa domiciliare (Fig. 4);
- riduzione del numero di visite fisiatriche domiciliari;
- miglior utilizzo del magazzino aziendale per gli ausili (Fig. 5);
- crescita professionale di tutti i professionisti coinvolti.

Figura 3 Distribuzione attività per punto di valutazione fisioterapica e tipologia di bisogno. Anno 2010

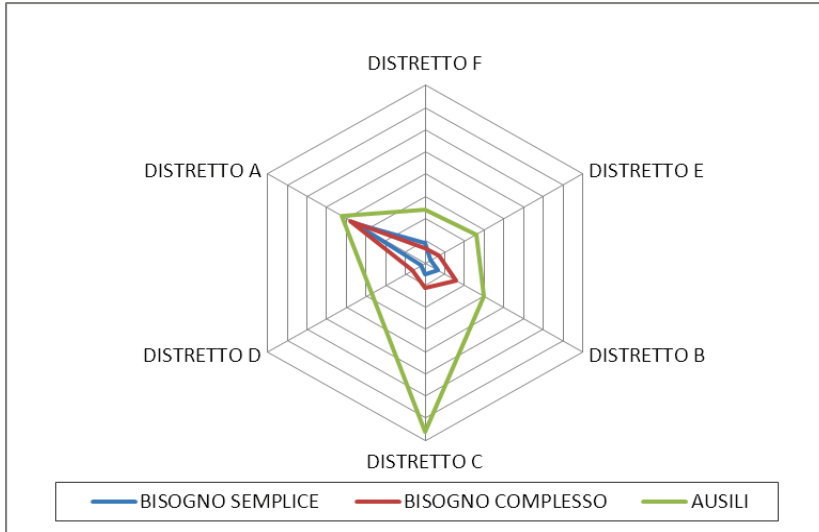


Figura 4 Tempo medio di attesa in gg per presa in carico riabilitativa da segnalazione a PVF. Anni 2009-2010.

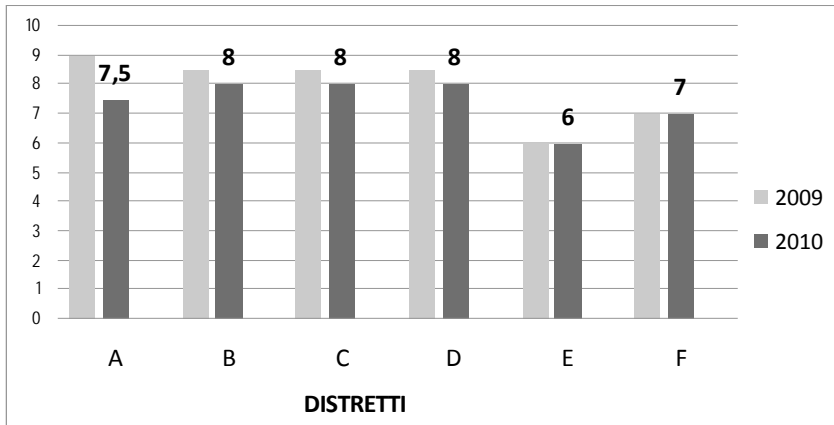
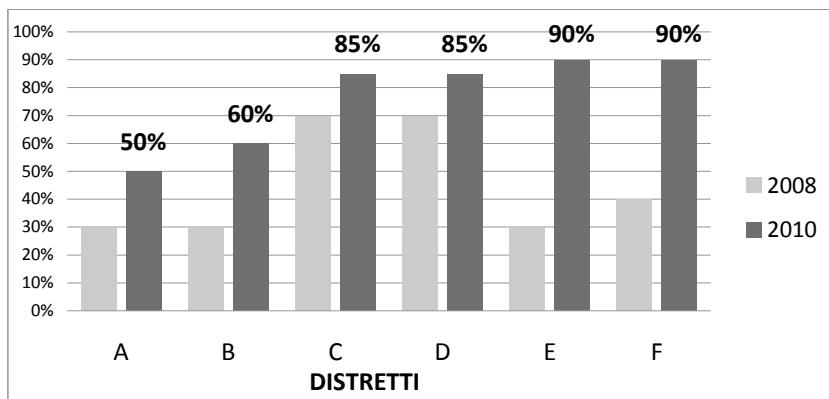


Figura 5 Utilizzo magazzino aziendale protesico. Anno 2010 e confronto con l'anno 2008.



8.4. Conclusioni

La funzione di filtro del PVF ha sicuramente portato ad una gestione più efficiente ed efficace delle risorse, con evidenti ripercussioni sulla tempestività della presa in carico e sull'appropriatezza dell'offerta riabilitativa.

La possibilità per gli specialisti di attivare il fisioterapista e la definizione di percorsi definiti ha favorito la riduzione dei tempi di attesa per visite fisiatriche domiciliari e anche la riduzione medesima della loro entità in alcune aree aziendali.

L'attivazione del fisioterapista PVF per la valutazione ambientale e la gestione integrata con il "percorso di fornitura assistenza protesica" ha portato ad una riduzione della spesa per ausili e protesi, fino al 2009 soggetta a progressivo incremento annuo. Nel 2010 la spesa si è ridotta del 5% rispetto all'anno precedente e nel 2011, a fronte di un incremento del numero di utenti e del costo unitario degli ausili e delle protesi, si è mantenuta costante.

Il risparmio è da collegare direttamente all'appropriatezza e tempestività della valutazione effettuata in ambito domiciliare ed alla collaborazione fra i diversi professionisti, che ha consentito di fornire in tempi rapidi l'attrezzatura utile al paziente, l'addestramento all'uso, il successivo ritiro e il riutilizzo dello stesso strumento per altri interventi.

AUSL di Bologna

Numero Comuni 50	Superficie (km ²) 2.914 km ²	Distretti sanitari 6
Popolazione 860.037	Popolazione > 65 anni 23,5%	Popolazione > 75 anni 12,4%
Personale 8.500	Numero MMG 619	Numero PLS 118

9. Riqualificazione dell'assistenza territoriale riabilitativa e ruolo di committenza del servizio pubblico nella ASL Roma E

di Silvia Bracci, Direttore UOC TSMREE e Disabilità Adulti

Giuseppa Parrella, Medico Inc. A. S. TSMREE

Francesca Provenzano, Medico Resp. UOS RT e UCV ex art. 26

Maria Rosaria Romagnuolo, Direttore UOC Riabilitazione Territoriale e Direttore provv. Distretto XIX

Maria Sabia, Direttore Generale ASL Roma E

Maria Teresa Sacerdote, Direttore Sanitario ASL Roma E

9.1. Lo scenario in cui opera la ASL Roma E

Il territorio della ASL Roma E rappresenta oltre il 30% dell'intera superficie comunale, con una popolazione complessiva di circa 540.000 abitanti ed un'estensione pari a 392,3 Km², che corrisponde a quattro circoscrizioni amministrative, i Municipi XVII, XVIII, XIX e XX. Le aree che lo compongono sono estremamente eterogenee dal punto di vista urbanistico, demografico, socio-economico e produttivo.

Peculiarità del territorio è l'esuberante offerta di prestazioni sanitarie e l'elevato numero di erogatori pubblici e privati accreditati, nei confronti dei quali si rende strategica la committenza svolta dal servizio sanitario pubblico, in particolare per garantire la continuità assistenziale. In letteratura numerose sono le definizioni di continuità assistenziale, sempre centrate sulla necessità di soddisfare i bisogni del paziente nei diversi livelli di cura, senza frammentazioni tra i servizi e i professionisti che si occupano di ciascun aspetto assistenziale. A fronte di potenziali benefici (maggior soddisfazione degli utenti e maggior efficienza nei processi di cura), la principale criticità è la comunicazione fra servizi, la carenza di informazioni e la difficoltà nella ricostruzione dei bisogni reali dell'utente.

Tra le prestazioni garantite nella Roma E rilevante è l'offerta di assistenza riabilitativa territoriale, ospitando la ASL 10 dei circa 80 Istituti del Lazio, per un volume di attività che corrisponde a circa 1/5 di quello dell'intera Regione.

Secondo stime ISTAT il numero dei disabili nel Lazio si attesta al 4,4% della popolazione generale, e pur non essendo possibile allo stato stabilire con precisione il numero di disabili assistiti dai Servizi aziendali, tuttavia il numero dei pazienti adulti, residenti nel territorio della ASL, conosciuti complessivamente dai Servizi sanitari territoriali si attesta tra il 3 e il 3,5 % della popolazione residente.

In tale contesto per la presa in carico globale del disabile il Distretto deve svolgere un ruolo che garantisca sia produzione che committenza nella programmazione territoriale dell'offerta riabilitativa. Tali funzioni vengono assolte attraverso Servizi distrettuali che garantiscono la necessaria continuità terapeutica nella presa in carico attraverso l'integrazione funzionale delle attività assistenziali erogate direttamente dalla ASL (in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale) con quelle di soggetti esterni (Comune, Municipi e Agenzie scolastiche e della Formazione professionale, Enti accreditati, ecc.).

Ai Servizi distrettuali per la riabilitazione territoriale e per i disabili è attribuita la responsabilità del progetto terapeutico-riabilitativo, attraverso équipes multidisciplinari per la tutela e la presa in carico sanitaria e socio-sanitaria del disabile (con esclusione delle disabilità psichiatriche), e la programmazione, l'attivazione e l'integrazione della rete di Servizi sociali e sanitari necessari al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite, al raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano funzionale ed emozionale nonché la massima e consapevole partecipazione del disabile alla vita sociale in ambito familiare, scolastico, lavorativo.

In ragione della diversità e specificità dei bisogni assistenziali dei disabili, la ASL prevede in via organizzativa due settori di intervento, in stretto collegamento operativo, idonei a rispondere ai bisogni di due fasce di popolazione:

- Unità Operativa Complessa (UOC) TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva - Neuropsichiatria Infantile) e DA (Disabili Adulti) per le disabilità complesse esito di patologie congenite e acquisite nel periodo evolutivo, con prevalente compromissione neuropsichica;
- UOC Riabilitazione Territoriale per le disabilità esito di patologie congenite e acquisite con prevalente compromissione neuromotoria (in particolare esito di malattie osteomioarticolari, malattie cerebrovascolari e cardiovascolari, neurodegenerative, eventi traumatici, malattie respiratorie).

Queste UOC sono strutture trasversali sui 4 Distretti della ASL e garantiscono le attività in integrazione funzionale con le altre Unità complesse distrettuali, sia

attraverso servizi direttamente gestiti, sia attraverso la valutazione ed il controllo di servizi erogati da privati accreditati.

9.2. L'Unità di valutazione

L'Unità Clinica di Valutazione (UCV) garantisce il controllo sull'attività riabilitativa erogata dagli Istituti di Riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78.

Costituita nel 2001 (anno di accreditamento provvisorio in via sperimentale delle strutture erogatrici) come equipe multiprofessionale di operatori sanitari, nel giugno 2006 un'apposita delibera aziendale l'ha istituita come Unità Clinica di Valutazione delegata a vigilare sull'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento, erogata per i residenti del territorio aziendale, ovunque essi vengano presi in carico nelle strutture riabilitative accreditate ex art. 26, in ottemperanza alla D.G.R. Lazio n. 143/06.

Dal 2001, tali strutture nel Lazio sono state accreditate sperimentalmente ed il disabile vi accede liberamente (senza alcuna preventiva autorizzazione della ASL); l'Istituto valuta la disabilità ed elabora un progetto riabilitativo che deve inviare alla ASL di residenza del paziente entro 30 giorni dalla presa in carico dello stesso presso l'Istituto.

Le strutture accreditate ex art. 26 sul territorio della ASL Roma E sono 10, di cui 6 erogano attività anche per l'età evolutiva. Accolgono residenti di tutta la Regione e sono dislocate in modo non omogeneo sul territorio aziendale, quando si osserva che i residenti di Roma costituiscono circa la metà dei soggetti in trattamento.

Come detto, i pazienti possono accedervi senza alcuna autorizzazione preventiva, ma la ASL mantiene la funzione di tutela nei confronti degli assistiti rispetto a quanto effettuato dagli Istituti.

Il controllo dell'attività erogata da tali Istituti implica la verifica degli standard e dei processi assistenziali; in particolare, all'UCV spetta la valutazione e la verifica dell'appropriatezza dei progetti elaborati per la presa in carico riabilitativa di soggetti affetti da disabilità complessa, sia in età adulta che evolutiva, nella misura minima del 10% dei progetti annuali.

L'UCV effettua i controlli su tutti i progetti che pervengono su supporto cartaceo, verificando la coerenza e l'appropriatezza tra progetti/programmi riabilitativi proposti e la tipologia delle disabilità prese in carico, e valuta la documentazione clinica relativa ai progetti verificati in sopralluogo, con una valutazione media di circa 700 progetti l'anno.

Gli esiti della valutazione vengono discussi con le equipe degli Istituti per introdurre le modifiche ritenute necessarie per il singolo progetto riabilitativo verificato.

L'UCV della Roma E è costituita da operatori della Riabilitazione Territoriale (fisiatri, fisioterapisti, infermieri professionali) ed è integrata con operatori del TSMREE e DA (neuropsichiatri, assistenti sociali), oltre che con figure professionali di altri servizi aziendali, a seconda delle patologie e delle disabilità che l'utente in carico presenta presso l'Istituto ex art. 26. Tutti gli operatori sono impegnati per quote orarie, ad eccezione dell'infermiera che è l'unica dedicata a tempo pieno a tale attività; l'UCV ha una sede unica aziendale e riceve tutti i progetti riabilitativi elaborati dagli Istituti di riabilitazione territoriale attivi nel territorio della ASL, oltre ai progetti per i residenti della ASL trattati presso Istituti di altre regioni.

L'attività di controllo da parte dell'Unità Clinica Valutativa nei confronti dei Centri di riabilitazione ex art 26 della Roma E è andata progressivamente incrementando negli anni, come richiesto dai Piani operativi regionali.

Tabella 1 Attività di controllo UCV ASL Roma E nei confronti di Istituti ex art. 26

	2007	2008	2009	2010	2011
n. sopralluoghi presso gli Istituti	29	25	20	18	38
n. progetti verificati durante sopralluoghi	736	731	1.363	678	2659

9.3. Progetto Budget

Dal 2006, anno di istituzione della UCV, le attività di vigilanza sugli ex art. 26 sono sempre state oggetto di programmazione aziendale, anche in relazione al "peso" che le strutture riabilitative territoriali hanno sul bilancio economico aziendale.

Le strategie hanno riguardato la verifica di appropriatezza delle prestazioni, il mantenimento degli standard di vigilanza e l'istituzione e gestione di una lista d'attesa comune ASL-Istituti del territorio della RM E. Dal 2007, sia per i minori che per gli adulti, sono stati attivati tavoli di lavoro congiunti tra i Servizi aziendali e gli Istituti, per l'analisi del problema delle Liste d'attesa, per l'accesso alla riabilitazione territoriale e la definizione di criteri comuni, per l'attesa. Infatti, nonostante l'ampia offerta di riabilitazione sul territorio della ASL, la domanda è sempre in eccesso con conseguente attesa, in particolare per l'età evolutiva e per le necessità residenziali dei disabili adulti psicofisici.

Con il Piano di rientro regionale, le indicazioni sulla vigilanza si sono fatte più stringenti, sino al DCA (Decreto del Commissario ad Acta) n. 89 del 2010 (Definizione del fabbisogno assistenziale per i comparti riabilitativi di tipo

estensivo e di mantenimento e dei criteri per l'accesso e la dimissione ai/dai regimi residenziale, semiresidenziale, non residenziale) le cui disposizioni, benché non immediatamente operative a causa di rilievi da parte del Governo, sono state inserite dalla Direzione aziendale della ASL nella negoziazione del processo budget del 2011.

Il 1° aprile 2011 è stata effettuata una giornata di formazione di tutte le UCV del Lazio sull'applicazione del decreto 89/10. E la Regione ha fornito le indicazioni generali per l'applicazione del decreto specificando che, in attesa della contrattazione per il processo di riconversione con le Associazioni rappresentative dei Centri, il decreto era applicativo inizialmente per il regime domiciliare.

Il DCA n. 89/10 definisce i tempi di apertura dei progetti in modalità estensiva (60 giorni) e di mantenimento (90 giorni), prevedendo che i posti in accreditamento relativi ai progetti in mantenimento, e parte dei posti in estensiva, siano "riconvertiti" in residenze protette per disabili, riconoscendo cioè agli attuali centri di riabilitazione un ruolo di residenzialità "continuativa" e non "temporanea" come invece prevedono le Linee Guida nazionali sulla riabilitazione (1998 e 2010). Tale processo di riconversione nel 2011 non è stato attuato, in attesa di ridefinire l'offerta secondo le indicazioni ricevute dal Governo.

Non procedendo il processo/progetto di riconversione, di fatto non è ancora possibile ricollocare i pazienti nei regimi assistenziali più appropriati previsti dal decreto, così come la valutazione effettuata sui progetti non può portare a penalizzazioni non previste dalla normativa in essere. Pertanto, se per un paziente affetto da ritardo mentale in regime residenziale si valuta non appropriato un progetto in estensiva (regime appropriato per patologie sub-acute), in assenza della "riconversione" dei posti in accreditamento, non è possibile collocarlo in un posto più appropriato come previsto dal decreto.

Quindi, essendo la contrattazione per la rimodulazione con gli Istituti tuttora in itinere, la Regione al momento non ha ancora richiesto agli Istituti il rispetto dei limiti di 60 e 90 giorni posti per la definizione di progetti ripetuti. La norma in questa parte appare avere valore transitorio, in funzione dell'eventuale residualità di progetti, dopo aver effettuato la riconversione degli Istituti.

Ferme restando queste premesse, la Direzione aziendale ha assegnato specifici obiettivi di budget in comune tra le UOC, obiettivi che hanno necessitato il coinvolgimento anche del personale delle strutture distrettuali competenti per l'assistenza domiciliare.

In particolare, su richiesta della Direzione aziendale, i progetti ripetuti e non conformi, elaborati per i residenti RME dagli Istituti di riabilitazione ex art. 26 insistenti sul territorio della ASL, sono stati verificati nella misura del 50%, a fronte del 10% tuttora previsto a livello regionale e del 30% inizialmente proposto dalle UOC interessate.

Per far fronte a quanto richiesto sono state incrementate le risorse dell'UCV con un turno di lavoro in più del medico-fisiatra (ulteriori 6 ore) e dei terapisti già in forza all'UCV (ulteriori 8 ore ciascuno). Tali risorse sono state

sottratte dai turni degli ambulatori territoriali FKT (Fisiokinesiterapia), mentre era stata già aggiunta la partecipazione di un medico-fisiatra specialista ambulatoriale, grazie ad un obiettivo del progetto integrativo aziendale. Questo incremento di risorse ha consentito, con l'impegno di tutti, il raggiungimento degli obiettivi fissati, riducendo nel contempo le prestazioni ambulatoriali territoriali di FKT direttamente erogate.

Analogo incremento del carico lavoro è stato necessario per il personale della UOC TSMREE e DA che ha collaborato con la UCV, così come è stato maggiormente coinvolto il personale dei servizi domiciliari.

9.4. Gli obiettivi

Gli obiettivi sono stati centrati sul potenziamento dei controlli nell'ambito dell'Azione 4 dei Programmi Operativi 2011-2012 per la Riqualificazione dell'assistenza territoriale (assistenza riabilitativa e di mantenimento) e la Valorizzazione del ruolo di committenza del servizio pubblico nei confronti dell'Accreditato, consistendo in :

- verifica dei programmi riabilitativi degli assistiti residenti RM E, quando ripetuti e non conformi, anche finalizzata all'eventuale partecipazione alla riconversione / riqualificazione degli Istituti ex art. 26, come da DCA 89 del 2010 (tre sub-obiettivi),
- verifica dei programmi riabilitativi su minori affetti da patologie neuropsichiatriche (contrasto fenomeni ripetuti),
- cogestione della lista di attesa per la riabilitazione per i minori.

9.4.1. Verifica dei programmi riabilitativi degli assistiti residenti RM E

Per questo obiettivo, articolato in tre sub obiettivi, la principale criticità è stata l'identificazione dei progetti ripetuti, vista l'impossibilità di utilizzo in tempo reale del flusso informativo regionale denominato SIAR (Sistema Informativo Assistenza Riabilitativa) e la difficoltà operativa di controllo della rilevante documentazione cartacea (circa 9.000 progetti nel 2001).

I progetti visionabili nel SIAR non sono infatti selezionabili in tempo reale, in quanto spesso non corrispondenti al cartaceo trasmesso all'UCV ed ai progetti aperti e visibili alla data del sopralluogo presso i Centri. Ciò dipende dal fatto che il flusso regionale non viene alimentato dai Centri in tempo reale rispetto all'attuazione dei progetti, avendo l'ex art. 26 l'obbligo di inserimento del progetto nel flusso entro 30 giorni dall'apertura, e non sempre provvedendo in tempo reale all'inserimento della chiusura dei progetti.

Pertanto, nei monitoraggi trimestrali il dato rilevato dal SIAR sui progetti ripetuti non si può considerare stabile e definitivo sino al primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento. Causa del non allineamento temporale tra la selezione su carta dei progetti ripetuti e la loro identificazione al SIAR.

Tale criticità è stata in parte superata verificando tutti i progetti attivi presso ciascun Istituto al momento del sopralluogo da parte della UCV.

Per raggiungere l'obiettivo è stato quindi necessario valutare in sede di sopralluogo (e su documentazione clinica) un numero elevato di progetti e selezionare successivamente i soli progetti dei residenti aperti nel 2011, non utilizzando ad es. i progetti aperti nel 2010 e che si sono conclusi nel 2011. Quanto selezionato in questo modo è stato poi ricontrrollato sul SIAR, sul cartaceo e sugli elenchi degli utenti in carico ai Centri al momento dei sopralluoghi.

Nel 2011 sono stati valutati 2.659 progetti, di cui 2.005 residenti della Roma E e 654 di altre ASL. Di questi progetti 1.560 sono risultati aperti nel 2011, 445 aperti nel 2010 e proseguiti nel 2011.

Tabella 2 Primo Indicatore di risultato (Valore obiettivo: 50 %. Peso: 13%.)

Indicatore	Risultati (Valore obiettivo: 50 %. Peso: 13%.)
n° verifiche progetti - programmi riabilitativi in regime non residenziale domiciliare estensiva oltre 60 gg/ n° progetti - programmi riabilitativi in regime non residenziale domiciliare estensiva oltre 60 gg	109 progetti verificati / 153 progetti in regime non residenziale domiciliare estensiva oltre 60 gg, pari a <u>71,2</u> %
n° verifiche progetti - programmi riabilitativi in regime non residenziale domiciliare di mantenimento oltre 90 gg/ n° progetti - programmi riabilitativi in regime non residenziale domiciliare di mantenimento	251 progetti verificati / 304 progetti in regime non residenziale domiciliare oltre i 90gg, pari a <u>82,6</u> %.

Il decreto 89/10 richiede espressamente che le proroghe dei progetti vengano concordate con i servizi competenti delle ASL (CAD, Servizio Disabili Adulti, Specialistica Ambulatoriale), per ridurre l'inappropriatezza di tale regime

assistenziale e nel contempo consentire ai servizi delle ASL di conoscere gli utenti in carico ai Centri di Riabilitazione che, avendo l'accesso diretto, non sono conosciuti tranne che non siano anche in carico ai servizi pubblici.

L'UCV ha lavorato in questa ottica fin dall'inizio, al fine di garantire continuità assistenziale a pazienti gravi e nel contempo portare progressivamente i centri e gli utenti a proseguire il percorso riabilitativo con progetti realmente condivisi con i servizi pubblici di residenza.

In regime non-residenziale domiciliare sono stati valutati complessivamente 1.263 progetti e sono state concesse in sede di sopralluogo 295 proroghe. In seguito all'invio dei pazienti per la concessione della proroga ai servizi ASL sono stati valutati dai servizi domiciliari aziendali dei 4 Distretti 94 utenti. Ulteriori 220 proroghe sono state comunicate dalle ASL di appartenenza e 45 dalla Responsabile dell'UCV per casi segnalati di particolare urgenza.

Complessivamente sono state così concesse 654 proroghe ai pazienti in trattamento domiciliare, cioè un numero molto inferiore al numero di progetti ripetuti in epoca antecedente il DCA n. 89, quando cioè non era previsto un simile controllo ASL. Questo è apparso elemento rilevante ai fini dello snellimento delle liste di attesa.

Tabella 3 Secondo Indicatore di risultato (Valore obiettivo: 50 %. Peso: 13%.)

Indicatore	Risultati (Valore obiettivo: 50 %. Peso: 13%.)
n° verifiche progetti - programmi riabilitativi erogati ambulatorialmente non conformi alle DGR 731 del 2005 e 435 del 2007 / totale progetti programmi erogati ambulatorialmente non conformi alle DGR 731 del 2005 e 435 del 2007.	31 progetti verificati non conformi /31 progetti non conformi, corrispondente al 100 %.

Tutti i progetti che pervengono all'UCV su carta vengono valutati in base ai criteri di accesso previsti dalle succitate DGR. In totale 48 progetti relativi ad adulti sono stati contestati in sede di sopralluogo per mancanza di impegnativa (17) o per difformità ai criteri di accesso (31) e sono state inviate 19 lettere di contestazione ai Centri.

Tre progetti totalmente fuori dai criteri di accesso sono stati segnalati per la penalizzazione economica alla competente struttura aziendale.

Per 20 progetti è stata indicata la rimodulazione del regime assistenziale. Per 8 stabilita la chiusura, indicando in 3 casi l'eventuale prosecuzione in un ambulatorio di specialistica ambulatoriale.

Tabella 4 Terzo Indicatore di risultato (Valore obiettivo: 50 %. Peso: 13%.)

Indicatore	Risultati
n° verifiche progetti - programmi riabilitativi in regime residenziale estensivo (oltre 60 gg) e di mantenimento (oltre 90 gg) / n° progetti programmi riabilitativi in regime residenziale estensivo (oltre 60 gg) e di mantenimento(oltre 90 gg)	- 74 progetti verificati in regime residenziale estensivo (oltre 60gg) / 74 progetti in regime residenziale estensivo oltre i 60 gg, corrispondente al 100 %; - 191 progetti verificati in regime residenziale di mantenimento (oltre 90 gg) / 191 progetti in regime residenziale di mantenimento, corrispondente al 100 %
n° verifiche progetti - programmi riabilitativi in regime semiresidenziale estensivo (oltre 60 gg) e di mantenimento (oltre 90 gg) / n° progetti programmi riabilitativi in regime semiresidenziale estensivo (oltre 60 gg) e di mantenimento (oltre 90 gg)	- 44 progetti verificati in regime semiresidenziale estensivo oltre 60gg) / 46 progetti in regime semiresidenziale estensivo, corrispondente al 95,7 % - 107 progetti verificati in semiresidenziale di mantenimento (oltre 90 gg) / 113 progetti in semiresidenziale di mantenimento (oltre 90 gg), corrispondente al 94,7 %

Su 669 progetti valutati in regime residenziale sono stati complessivamente selezionati 265 progetti, di cui 74 progetti in residenzialità estensiva >60gg e 191 in residenzialità di mantenimento.

Per la semiresidenzialità sono stati valutati complessivamente 347 progetti semiresidenziali, di cui 46 progetti selezionati per la semiresidenzialità estensiva e 113 per la semiresidenzialità di mantenimento.

9.4.2. Verifica dei programmi riabilitativi su minori affetti da patologie neuropsichiatriche (contrasto fenomeni ripetuti)

Indicatore: numero di verifiche integrate dei programmi riabilitativi, effettuate dalle équipes TSMREE e dai Centri ex art. 26, per la ridefinizione dei progetti riabilitativi ripetuti minori/n° progetti ripetuti minori.

Valore obiettivo: 80 casi

La valutazione diretta dei programmi riabilitativi è stata affiancata da un lavoro di preparazione che, attraverso sei brevi riunioni con periodicità mensile, ha selezionato i dati SIAR utili al conseguimento dell'obiettivo: ridefinizione dei progetti riabilitativi ripetuti dei minori nel rispetto dei criteri di accesso regionali.

Il riferimento per i dati SIAR è stato il 1° semestre 2011, successivamente integrato dai dati riferiti anche al terzo trimestre dell'anno.

Attraverso i dati SIAR si è posta attenzione in modo prevalente ai Disturbi dello Sviluppo, che rappresentano la maggiore quota dell'attività riabilitativa per i minori dei Centri ex art. 26 (Disturbi Specifici del Linguaggio e Disturbi Specifici dell'Apprendimento, Disturbi dello Sviluppo quali Ritardo Psicomotorio, Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline cognitivo, Disturbi Specifici dell'Apprendimento Misti).

In una prima fase, in base ai dati SIAR del 1° semestre sono stati identificati 103 soggetti con progetti ripetuti, con i codici riferibili ai Disturbi scelti ed è stato considerato quanti avessero avuto un contatto con il Servizio TSMREE territoriale.

In base a questa prima selezione sulle diagnosi suindicate, sono state effettuate le verifiche sui Progetti ripetuti dei 41 utenti conosciuti presso i Servizi TSMREE, integrati successivamente con altri Progetti ripetuti con gli stessi codici diagnostici di pazienti non conosciuti dai TSMREE. Infine sono state ampliate le verifiche, con ricerca casuale, anche ad altre diagnosi (autismo, disabilità intellettiva) per complessivi 114 casi. In generale non si è riscontrata inappropriatazza dell'intervento.

Solo 5 casi sono stati rinviati alla valutazione del servizio TSMREE competente per territorio, di cui 3 casi per valutare l'appropriatezza dell'intervento domiciliare, 1 caso perché mancante della richiesta del medico pubblico e 1 caso per verifica della diagnosi. Ulteriori 7 casi, infine, sono stati sottoposti ad una seconda verifica per aggiornare la diagnosi.

9.4.3. Cogestione della lista di attesa per la riabilitazione per i minori

Indicatore: verifica quadrimestrale delle liste di attesa per riabilitazione ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale.

Nel 2010 erano stati elaborati criteri per la definizione della lista di attesa per la riabilitazione ambulatoriale dei minori, criteri utilizzati dai Servizi afferenti alla UOC TSMREE e DA. Nel 2011 è stata proposta la griglia utilizzata nel 2010 anche ai Centri ex art. 26, condividendone i criteri per una equità di accesso dell'utenza.

Analogo percorso è stato seguito per la riabilitazione semiresidenziale e residenziale, in attesa delle indicazioni regionali che dovrebbero prevedere la rivalutazione dei bisogni assistenziali di tutti i pazienti inseriti.

Il lavoro per realizzare l'obiettivo si è svolto su due livelli:

- “esterno” che, attraverso periodici incontri con le Direzioni Sanitarie ed i clinici dei Centri ex art. 26, ha portato ad una migliore conoscenza del bisogno di riabilitazione nella popolazione in età evolutiva della ASL, alla condivisione di metodi di priorità negli accessi alle specifica Lista di Attesa (LdA) ed ad una più chiara definizione dei ruoli di committenza e di erogazione tra pubblico e privato accreditato;
- “interno” che, attraverso riunioni tra gli operatori coinvolti, ha provveduto all'aggiornamento periodico della LdA e ad elaborare regole per la sua gestione.

A livello dei rapporti con i Centri Accreditati ex art. 26 è stato valutato l'impatto sul carico di lavoro in base alla attuale situazione delle attese (562) e dei trattamenti in atto (515) presso i Centri, sono stati presentati i dati riferiti alla popolazione residente nella ASL Roma E in LdA sia presso i Centri sia presso i Servizi TSMREE della stessa ASL a Settembre 2011.

Tabella 5 Popolazione in età evolutiva ASL in attesa

ASL	Copresenti	Centri ex art. 26
438	99	363

Il fenomeno della presenza di uno stesso soggetto in lista d'attesa in più di un Centro si è rivelato marginale, mentre meritano attenzione i 438 soggetti in attesa solo presso i servizi ASL, ed i 363 soggetti non conosciuti dai Servizi TSMREE.

È stato quindi affrontato il problema della valutazione e, in attesa di specifiche disposizioni regionali, è stata proposta una LdA aziendale in cui i

soggetti non conosciuti dai servizi ASL e senza valutazione la possano ricevere dal Centro; e che tale valutazione sia trasformata in un punteggio di gravità da 1 a 4.

Con i Centri è stato elaborato un database che in parte riproduce quello in uso presso la UOC TSMREE e DA per quanto attiene ai criteri utili a definire la priorità, ed in parte riporta alcuni dati SIAR, più specifici per i Centri.

Attraverso questo strumento è possibile conoscere meglio il bisogno reale di riabilitazione in età evolutiva nella ASL, quale lavoro valutativo è necessario sostenere rispettando le priorità. Così come è possibile meglio indirizzare le richieste di riabilitazione, ed esercitare da parte della struttura ASL il ruolo di committente utilizzando l'esperienza sviluppata nell'organizzazione e nella gestione della propria LdA.

A livello "interno" dei Servizi TSMREE della ASL, l'aggiornamento ed analisi della LdA hanno permesso di migliorare la gestione della Lista, con proposte che integrano quelle già adottate nel recente passato, e che verranno presentate per essere condivise ed adottate anche con gli operatori dei Centri ex art. 26 e con la Consulta per la Disabilità della ASL.

Rilevante è stata l'adozione di una Cartella Condivisa come database, strumento attraverso il quale i singoli servizi comunicano direttamente tra loro, con un foglio che raccoglie ed unifica tutti i dati.

Nel nuovo strumento è stata introdotta una variabile denominata "Stato" che permette di identificare e selezionare i soggetti "in attesa" e quelli "attivi". In previsione di introdurre anche la voce "in atto" per indicare i soggetti "attivi", cioè quelli che al momento stanno svolgendo l'intervento riabilitativo. La LdA fornisce quindi una fotografia più adeguata del bisogno riabilitativo, che aiuterà nella gestione per ridurre i tempi di attesa in particolare per i casi prioritari.

Alla fine del 2011 la LdA della UOC TSMREE e DA è risultata costituita da 517 soggetti.

Come atteso, l'età dei minori in LdA è prevalentemente tra i 4 ed i 9 anni, con un picco principale al passaggio verso l'età scolare (90 bambini nella fascia dei 5 anni), e picchi non meno importanti nelle fasce dei 4 anni e degli 8 anni.

La capacità di risposta riabilitativa è riferibile al 50% delle richieste per età inferiori ai 5 anni e decresce nelle età successive con aggravamento della prognosi proporzionalmente al tempo di attesa, specie per quei soggetti che hanno ricevuto una diagnosi di disturbo dello sviluppo almeno due anni prima.

I Disturbi Specifici dello Sviluppo sono i più rappresentati: costituiscono il 57% delle richieste; come capacità di risposta i Disturbi Generalizzati di Sviluppo (DGS) ricevono un intervento nel 60% dei 48 casi segnalati, nelle Disabilità Intellettive l'intervento riguarda il 32% dei segnalati. Il Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL) è trattato nel 43,8% dei casi e il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) nell'11%.

I tempi di attesa sono superiori ai 3 anni per 4 soggetti \geq 2 anni per 45 bambini, \geq 1 anno per 116 ed inferiore all'anno per 156.

Il tempo di attesa in ambito riabilitativo può essere ridotto favorendo l'intervento per chi ha più bisogno; da qui la necessità dei criteri di priorità, ma anche intervenendo sulla varietà di risposta riabilitativa, affiancando all'intervento riabilitativo individuale di lunga durata quello a cicli e/o di gruppo. In tal senso sono state prodotte alcune Raccomandazioni condivise con i Centri.

9.5. Considerazioni conclusive

Gli obiettivi budget posti nel 2011 in ambito riabilitativo-territoriale hanno costituito per le UOC coinvolte un'esperienza sfidante in termini non solo di carico di lavoro, ma soprattutto di consolidamento del ruolo di committenza cui il servizio pubblico è chiamato, per la tutela nei confronti delle persone "fragili". Soggetti "a rischio" per condizioni cliniche, oltre che per inadeguato supporto informale o inadeguatezza socio-economica.

L'esperienza è stata utile per confermare le competenze valutative territoriali e, al di là degli obblighi normativi di fatto non operativi nell'anno, per approfondire le situazioni assistenziali inappropriate, che si sono rivelate più contenute di quanto atteso, ma sempre in numero sensibile, trattandosi di disabilità complesse.

Anche nei casi in cui non è stato possibile dare una immediata risposta in termini di continuità assistenziale, l'esperienza ha costituito un momento di analisi comune tra servizi pubblici e privati, per organizzare il percorso del disabile coordinando il processo di comunicazione fra i professionisti, i pazienti e le famiglie, e migliorando il flusso di comunicazione attraverso strumenti condivisi e standardizzati.

ASL Roma E

Numero Comuni 1	Superficie (km ²) 392,3	Distretti sanitari 4
Popolazione 549.784	Popolazione > 65 anni 21,7%	Popolazione > 75 anni 10,9%
Personale 2.329	Numero MMG 443	Numero PLS 78

Nota:

Si ringraziano per il lavoro svolto nella realizzazione di questo capitolo: Unità Clinica Valutativa progetti ex art. 26 della ASL Roma E – Medici ed Operatori coinvolti: Angela Castellano, Quilma Cocciantè, Maria Luisa Cristiani, Marcella Fasani, Marina Gregorini, Mauro Guicciardi, Raffaele Mallozzi, Giovanna Rossini, Maria Rosaria Romanelli, Roberto Rossi, Stefania Simigliani, Loredana Soldini, Anne Marie Souquet, Giulio Cesare Tempestilli, Oliva Taglieri, Mariangela Zuncheddu.

10. Letti di prossimità per patologie complesse ad Alba Bra

*di Elio Laudani, Direttore Struttura Operativa, ASL CN2 – Distretto 2
Luca Monchiero, Direttore Struttura Operativa, ASL CN2 – Distretto 1*

Numerosi sono i problemi che attualmente pesano sull'assistenza sanitaria territoriale, alcuni molto importanti anche di ordine sociale. Un ruolo di primo piano è svolto, tra gli altri fattori, dall'invecchiamento della popolazione e dallo sviluppo tecnologico in medicina.

L'invecchiamento progressivo della popolazione è connesso inevitabilmente all'estensione del numero di persone cosiddette “fragili” da assistere. Ciò comporta la necessità di trovare soluzioni moderne e innovative di fronte a patologie cronico-degenerative complesse, anche in relazione all'aumento tendenziale dei costi sanitari.

Questi ultimi a loro volta naturalmente incrementati dal secondo fattore cui si è fatto cenno: lo sviluppo delle tecnologie in campo medico.

La medicina negli ultimi decenni è connotata dall'indiscusso arricchimento di nuovi strumenti, a volte molto costosi, di diagnosi e cura. Alcuni di questi strumenti hanno determinato un netto miglioramento della qualità della vita. Altri hanno aggiunto poca cosa a vecchie pratiche e a volte hanno, paradossalmente, impoverito la medicina, riducendone gli aspetti umani e relazionali che la caratterizzavano in passato.

I fattori che brevemente abbiamo elencato si possono aggregare in due insiemi:

- il nuovo scenario demografico ed epidemiologico
- il costante sviluppo della tecnologia medica.

Si è partiti da queste due condizioni per trovare soluzioni che sapessero miscelare al meglio il bisogno crescente di cure - non erogabili a domicilio, in particolare in pazienti anziani - con la sostenibilità economica del sistema.

Per dare risposte locali adeguate ai problemi generali innanzi detti, nell'Azienda Sanitaria Locale CN2 di Alba-Bra, piccola azienda collocata in

Piemonte in un'area territorialmente ampia ma poco popolata, è operativo da circa 3 anni un progetto di ricovero in "letti di prossimità"¹.

Le cure a domicilio rappresentano ormai una risposta consolidata per la presa in carico e la cura del "malato cronico". Nella nostra ASL, come in molte Regioni italiane, sono da tempo operativi e ben strutturati i servizi di cure domiciliari.

Spesso è capitato però che i malati cronici, soprattutto anziani, in fase di scompenso o riacutizzazione, non trovassero adeguata risposta nelle cure a domicilio, data la complessità assistenziale richiesta dal loro quadro clinico e/o per l'assenza di un valido familiare di riferimento. Al tempo stesso, per situazioni di questo tipo, il ricovero ospedaliero risultava essere eccessivo, se non addirittura inappropriato.

La risposta in questi casi avrebbe dovuto essere di intensità assistenziale a metà strada tra l'ospedaliera e la domiciliare.

La cosa di cui dunque si sentiva la mancanza era quindi la presenza di un servizio in grado di garantire un livello di assistenza, in particolare infermieristica, intermedia tra quello domiciliare e quello ospedaliero.

La realizzazione di questo livello assistenziale è stata possibile grazie alla presenza sul territorio dell'ASL di tre condizioni ritenute essenziali:

- una rilevante disponibilità di posti letto in strutture residenziali per anziani accreditate (RSA Residenze Sanitarie Assistenziali, RAF Residenze Assistenziali Flessibili) con una distribuzione piuttosto omogenea sul territorio rispetto ai centri maggiormente abitati (vedasi cartina seguente) e di conseguenza vicini (di qui "Letti di Prossimità") al domicilio del paziente, al fine di non allontanarlo, nel breve periodo di ricovero, dalla rete di relazioni parentali e sociali che lo hanno accompagnato fino a poco prima della malattia;
- una ragionevole motivazione assistenziale e l'interesse professionale dei Medici di Medicina Generale nel voler continuare a curare ed assistere i propri pazienti senza ricorrere ad una ospedalizzazione laddove ritenuta non necessaria;
- una buona governance distrettuale.

¹ Tale progetto è anche funzionale al futuro assetto ospedaliero interno dell'Azienda, che vede in avanzata fase di realizzazione un nuovo ospedale, equidistante tra le città di Alba e di Bra, che andrà a sostituire i due vecchi nosocomi cittadini di impianto prenapoleonico. La struttura è stata fortemente voluta dalla popolazione e dagli amministratori locali dei 75 comuni serviti dalla ASL, e la sua realizzazione avverrà anche grazie al contributo di fondi privati.

opera del progetto da parte dei Distretti Sanitari, supportati nella fase di ideazione strategica e di definizione dei protocolli dalla Direzione Generale dell'Azienda.

Con ciascuna delle strutture residenziali è stata stipulata una convenzione in cui sono stati definiti:

- il numero di posti letto (p.l.) convenzionati, omogeneamente distribuiti sul territorio il cui fabbisogno, dopo una serie di aggiustamenti, è stato individuato in circa 1 posto letto. ogni 3000 abitanti;
- il minutaggio minimo di assistenza infermieristica richiesta pro/die, individuato in 30 minuti primi per giorni di ricovero;
- i requisiti minimi di assistenza tutelare alla persona, di riabilitazione e mantenimento psicofisico o, laddove necessario, di supporto psicologico professionale, che sono stati computati in un mix di prestazioni in relazione ai bisogni di un soggetto parzialmente o non autosufficiente.
- la fornitura diretta dei farmaci da parte dell'Azienda Sanitaria.

Con i Medici di Medicina Generale è stato negoziato un progetto obiettivo incentivante, per cui ogni visita viene remunerata in maniera analoga a quella di un accesso in Assistenza Domiciliare Integrata, lasciando alla loro discrezionalità il numero degli accessi ritenuti necessari in relazione alla patologia da trattare.

Poiché si tratta a tutti gli effetti di ricoveri a valenza sanitaria, sono stati anche adottati specifici strumenti clinico-diagnostici e di rilevazione dell'attività sanitaria.

Tra i primi pare interessante segnalare il servizio radiologia a domicilio che consente di effettuare esami radiologici al domicilio del paziente tramite un servizio fornito dall'Ospedale San Giovanni Battista di Torino, con l'ausilio di un veicolo appositamente adattato come anche di un sistema di telerefertazione.

Tra i secondi l'adozione della cartella clinica integrata, già in uso dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), su cui tutti gli operatori che intervengono nell'assistenza al paziente sono tenuti ad adottare i propri rilievi. In questa cartella è presente inoltre la scheda di rilevazione del dolore su cui il Medico e l'Infermiere Professionale annotano le caratteristiche del dolore rilevato, la scala di intensità, la sua evoluzione nel corso del ricovero, i farmaci utilizzati (ed i relativi dosaggi) ed il risultato antalgico ottenuto.

10.1. Alcuni numeri del progetto




Il costo di ogni singola giornata di ricovero (il computo finale viene conteggiato sulle notti) prevede un onere a totale carico dell'ASL per i primi 15 giorni². Dal 16° giorno è prevista una compartecipazione dell'utente per circa 1/3 della retta. Qualora il ricovero debba protrarsi (solo per certe patologie) oltre il mese, la compartecipazione è di circa i 2/3 dell'onere per il periodo dal 30° al 60° giorno.

Un discorso a parte vale per i pazienti affetti da patologie in fase terminale e con indice di Karnofsky³ pari o inferiore al 30%. Per costoro la compartecipazione (in misura ridotta e riferita all'esclusivo aspetto sociale) avviene fin dal 1° giorno e rimane invariata per tutta la durata del ricovero. Questo spiega anche la giovane età di alcuni dei pazienti accolti in letti di prossimità, i quali, purtroppo affetti da patologie in fase terminale, hanno preferito questa soluzione ad altre che avrebbero comportato un allontanamento significativo dal proprio domicilio.

Per la definizione del costo giornaliero del ricovero in letto di prossimità si è preso come riferimento la tariffa giornaliera applicata nell'ASL CN2 per l'inserimento di una giornata in convenzione di un paziente non autosufficiente in RAF; a tale valore è stato aggiunto il costo per gli ulteriori 18 minuti primi di assistenza infermieristica. Complessivamente ad oggi (aprile 2012) la tariffa risulta pari a 82 € pro die.

Le tabelle che seguono illustrano alcuni indicatori di attività, nell'arco temporale di circa due anni e mezzo, con un numero di pazienti dimessi superiore a 900.

Tabella 1 **Dimessi nel periodo Giugno 2009-Marzo 2012 = 929 casi**

SESSO	Frequency	Percent	Cum Percent	
F	528	56,8%	56,8%	
M	401	43,2%	100,0%	
Total	929	100,0%	100,0%	

² Tale durata è stata calcolata sul periodo medio di ricovero (calcolato in eccesso) di pazienti anziani per i DRG più frequenti.

³ Scala di valutazione sanitaria dei pazienti con tumori maligni tenendo conto della qualità della vita del paziente attraverso la valutazione di tre parametri: limitazione dell'attività; cura di se stessi; autodeterminazione.

Figura 1 **Durata notti degenza**

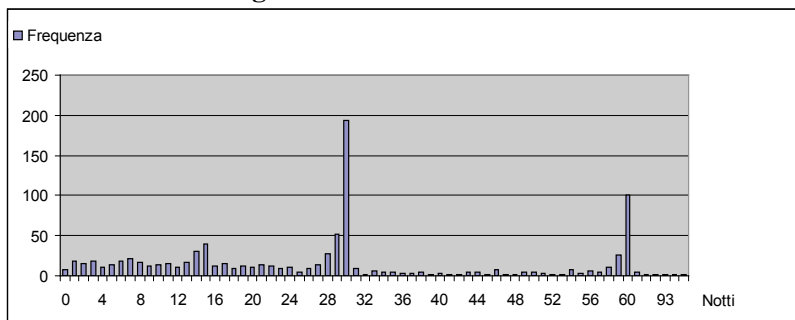


Figura 2 **Età dimessi**

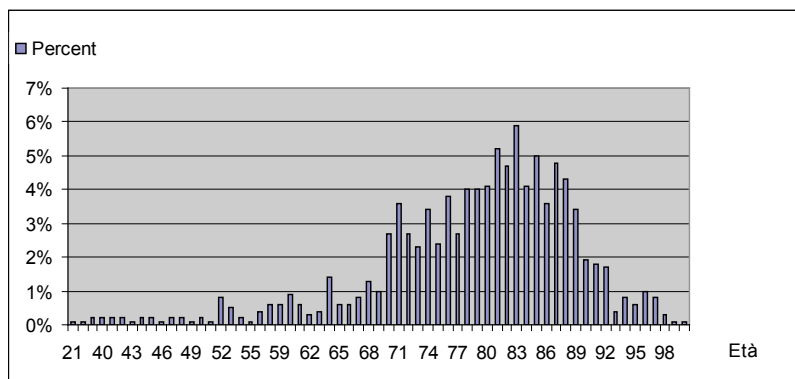


Tabella 2 **Distribuzione patologie**

ICD IX	MALATTIA	CASI	%
390-459	MALATTIE CARDIOVASCOLARI	185	20
140-239	TUMORI	177	19
800-999	TRAUMATISMI FRATTURE	160	17
240-279	DIABETE-MALATTIE ENDOCRINE	93	10
780-799	MALDEFINITI	74	8
290-319	DISTURBI MENTALI	73	8
320-389	MALATTIE SISTEMA NERVOSO	56	6
460-519	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	37	5
710-739	MALATTIE MUSCOLO-SCHELETRICHE	28	3
520-579	MALATTIE APPARATO DIGERENTE	19	2
580-629	MALATTIE APPARATO GENITO-URINARIO	18	1
280-289	MALATTIE SANGUE	9	1
	TOT	929	100

10.2. Considerazioni conclusive

Su tre punti, a nostro avviso, si possono incentrare le riflessioni sul progetto che da più di due anni è operativo nella nostra Azienda. Il primo è definibile come “il valore del concetto di prossimità”. Essere curati vicino a casa è valore importante legato all'umanizzazione delle cure. Mantenere il malato vicino a casa propria, quando le cure a domicilio, per varie ragioni, non sono praticabili, offre condizioni di gradimento legati alla dimensione affettiva che l'ospedale moderno non è in grado di garantire.

Il secondo elemento sul quale vale la pena soffermarsi è il ruolo del Medico di Medicina Generale.

Questo progetto, al quale hanno aderito quasi tutti i medici di medicina generale dell'Azienda, ha ridato autorevolezza a questa figura professionale.

Diventato figura di riferimento clinico e decisore del percorso assistenziale, il MMG relega in secondo ordine gli aspetti ripetitivi e burocratici che oggi caratterizzano questa professione.

In altre parole, il MMG svolgendo nel progetto un rilevante compito clinico, è più motivato nella professione e migliora la propria relazione con l'Azienda Sanitaria.

Il terzo punto concerne il ruolo direzionale e di governo.

Perché progetti collaborativi di questo tipo possano funzionare, devono essere utilizzati strumenti adeguati di gestione.

Essenziale diventa il ruolo del Distretto sanitario, che deve innanzi tutto avere pieno supporto e mandato dalla Direzione Generale dell'Azienda.

Sia con le strutture erogatrici, sia con i MMG, il Distretto deve cercare di mantenere una relazione collaborativa, secondo i principi moderni della clinical governance. Questo significa puntare sulla condivisione comune di obiettivi, superando una logica puramente autoritaria e di indirizzo burocratico.

Questi strumenti gestionali condivisi e partecipati sembrano aver mantenuto la giusta misura nel corso del progetto.

ASL CN2

Numero Comuni 76	Superficie (Kmq) 1122	Distretti 2
Popolazione 171.457	Popolazione > 65 anni 21,7%	Popolazione > 75 anni 11,3%
Personale 1.723	Numero MMG 117	Numero PLS 15

11. Savona: gestione integrata tra Diabetologia e Medicine di Gruppo

di Claudia Agosti, Direttore Sanitario ASL 2 Savonese

Luca Garra, Responsabile SSD.le Epidemiologia e Programmazione Sanitaria

Luca Lione, Dirigente Medico Specialista Diabetologo Sumai

Barbara Monte, Coord. Infermieristico SSD.le Epidemiologia e

Programmazione Sanitaria – Ingegnerizzazione dei Processi Assistenziali

Maria Gabriella Vullo, Coord. Infermieristico SSD.le Epidemiologia e

Programmazione Sanitaria – Ufficio Accreditamento

11.1 Il contesto di riferimento

La letteratura internazionale afferma che il diabete è l'epidemia del terzo millennio ed il tasso di prevalenza è stimato per il 2025 al 6,3%, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo. In Italia, per l'anno 2009, l'Istat stimava una prevalenza del diabete diagnosticato pari al 4,8%. La prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 5,5%, seguita dal Centro con il 4,9% e dal Nord con il 4,2%⁴.

La Liguria con i suoi 88.000 cittadini con diabete (tipo I e tipo II) è la seconda regione in Italia, dopo la Sardegna, per incidenza della patologia.

Considerato il contesto epidemiologico e le prospettive socio demografiche (vedi Piano Sanitario Regionale 2009/2011), la prevenzione e soprattutto l'autocontrollo e l'autogestione del diabete sono risultati tra gli strumenti idonei a limitare l'insorgere di patologie correlate ed il conseguente aumento dei costi derivanti (da € 2.600/pz./anno possono arrivare in un paziente con complicanze a € 8.000/10.000/pz/anno).

⁴ Ministero della Salute, *Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica ed operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito*, Quaderni del Ministero della Salute n. 10, Luglio/Agosto 2011.

La realtà locale riguardante i residenti dell'ASL 2 Savonese riflette i dati nazionali e regionali sulla prevalenza della patologia diabetica, registrando circa 14.000 accessi ambulatoriali in media all'anno.

Il dato evidenzia un fenomeno importante, particolarmente critico, se si considera anche la sempre maggior richiesta di prestazione specialistica da parte degli stessi utenti e l'impossibilità dell'organizzazione di garantire liste di attesa funzionali ai reali bisogni del cittadino.

Il paziente affetto da patologie croniche, e tra queste il diabete mellito, deve trovare risposte sempre più efficaci sul "territorio" - possibilmente nel setting della Medicina generale, in termini di cura ma anche di prevenzione, di diagnosi precoce e di educazione terapeutica - che solo una gestione integrata dei diversi professionisti coinvolti nel percorso può garantire.

Già nell'anno 2004 l'Azienda aveva posto in essere modelli organizzativi associazionistici dei Medici di Medicina Generale (MMG) al fine di garantire all'utente l'assistenza primaria e la possibilità di utilizzare sul territorio un servizio di qualità rispondente alle proprie aspettative.

Attraverso società partecipate dei MMG è stato infatti realizzato il progetto ministeriale delle Unità Territoriali Assistenza Primaria (UTAP).

Tale progetto ha comportato inizialmente l'attivazione di ambulatori territoriali di continuità assistenziale atti a garantire - per 10 ore/die, il sabato e la domenica e nei prefestivi e festivi infrasettimanali - una risposta sanitaria tempestiva ed appropriata anche ad utenti non residenti, fino alla successiva attivazione di altre prestazioni, quali Centro prelievi e servizio CUPA (Centro Unico di Prenotazioni Ambulatoriali).

Come evoluzione ulteriore dell'esperienza sin qui rappresentata, la Direzione Sanitaria dell'ASL 2 Savonese ha deciso quindi di promuovere una nuova iniziativa clinico-organizzativa a favore dei pazienti con diabete mellito, al fine di intervenire tempestivamente ed efficacemente, così come richiesto dalle più recenti evidenze scientifiche e confortato dai dati di letteratura citati.

L'EBM (Evidence Based Medicine, medicina basata sull'evidenza) nella cura del diabete dimostra infatti che il trattamento intensivo e precoce, attuato con immediatezza alla diagnosi, determina una prognosi più favorevole (Studi EDIC, UKPDS, Steno 2). Intervenire tempestivamente ed intensivamente alla diagnosi/presa in carico, per raggiungere nei primi mesi il target di buon compenso previsto dagli Standard italiani di cura (edizione 2009), crea una memoria metabolica positiva che garantisce un miglior controllo della malattia nel tempo.

Nell'anno 2010 sono stati pubblicati gli Standard italiani di cura e nello stesso anno l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) è giunta alla terza edizione degli Annali AMD, con la pubblicazione dei risultati di 251 Centri (circa 450.000 casi) distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Esiste un gap notevole tra gli Standard italiani ed i risultati evidenziati nella pratica quotidiana: basti pensare che gli Annali AMD 2008 ci dicevano che

oltre il 56% dei diabetici di tipo 2 ha una emoglobina glicosilata superiore a 7 e più del 58% dei pazienti diabetici di tipo 2 ha un colesterolo LDL > 100 mg/dl.

11.2 Descrizione dell'esperienza aziendale

L'ASL 2 Savonese con questo progetto ha inteso sperimentare un nuovo modello di gestione integrata del paziente diabetico tra i Medici di Medicina Generale che operano nelle UTAP (specialista diabetologo territoriale, infermieri e altro personale dedicato) e comparare i risultati di un modello ambulatoriale "tradizionale" con quello innovativo di gestione condivisa.

L'analisi di impatto della sperimentazione aveva infatti evidenziato potenziali margini di miglioramento soprattutto per ciò che riguardava i tempi di attesa delle prestazioni diabetologiche, con particolare riferimento alla visita diabetologica e l'appropriatezza prescrittiva della terapia e dei presidi sanitari per l'automonitoraggio glicemico.

La sperimentazione della "Gestione integrata tra Diabetologia e Medicine di Gruppo" ha coinvolto il diabetologo territoriale dell'ASL, attraverso accessi presso le sedi delle Medicine di Gruppo dei MMG, svolgendo nel contempo corsi di formazione a favore di questi ultimi ed interventi di educazione terapeutica rivolti agli utenti. Sono stati altresì previsti momenti di discussione di casi clinici ed audit clinici.

Il coinvolgimento e la disponibilità dello specialista diabetologo ha permesso di realizzare la sperimentazione nell'ottica del disease management, quale approccio sistemico integrato, facendo convergere l'attività dei vari attori del sistema su obiettivi comuni con responsabilità proprie.

Una progettualità concordata e ragionata in funzione delle reali potenzialità organizzative locali, delle risorse disponibili e delle risposte idonee agli utenti assistiti dall'ASL Savonese.

Alla sperimentazione hanno partecipato 3 Gruppi di MMG, di tre differenti Comuni della riviera ligure di ponente (Finale Ligure, Loano, Pietra Ligure).

Sono stati svolti alcuni incontri con gli operatori interessati al progetto per la definizione delle varie tappe da percorrere, le tempistiche ed i contenuti della sperimentazione.

Gli utenti seguiti presso le tre Medicine di Gruppo sono stati circa 31.000 di cui 8.500 a Finale Ligure, 12.000 a Loano e 10.500 a Pietra Ligure. I medici afferenti alle Medicine di Gruppo, quindi coinvolti nella progettazione, erano 7 per Finale Ligure, 9 per Loano e 10 per Pietra Ligure. Altri 11 operatori sono stati coinvolti in tutto nei tre Comuni. La sperimentazione ha previsto le seguenti modalità operative:

- il diabetologo territoriale, per ogni UTAP, effettua uno o due accessi mensili di 5 ore destinati a svolgere le visite diabetologiche e le consulenze con i MMG;
- il diabetologo e i MMG dedicano un'ora al colloquio per la discussione di casi clinici, utilizzando la cartella clinica informatizzata, e all'espletamento di esigenze "burocratiche" (prescrizione e rinnovo annuale dei Piani terapeutici e dei presidi, esenzioni ticket per patologie di esordio);
- il rinnovo annuale dei piani terapeutici per i pazienti diabetici di tipo 2 in buon compenso è effettuato direttamente in collaborazione tra diabetologo e MMG;
- in ogni UTAP è programmato un accesso trimestrale del diabetologo territoriale per la realizzazione di incontri di educazione terapeutica di gruppo con gli utenti;
- le segreterie delle Medicine di Gruppo organizzano gli accessi dei pazienti secondo appuntamenti di durata variabile in base al tipo di visita.

I pazienti diabetici di tipo 1 sono seguiti di preferenza direttamente dal diabetologo con modalità legate al compenso glicometabolico. I pazienti diabetici di tipo 2 vengono seguiti secondo il seguente protocollo:

- in buon compenso ($HbA1c < 7$) seguono le indicazioni di gestione integrata;
- in mediocre compenso ($HbA1c > 7$ e $< 8,5$) sono inviati a tre mesi al MMG che valuterà gli esami e li condividerà con lo specialista;
- in cattivo compenso ($HbA1c > 8,5$) sono seguiti sino al miglioramento del compenso dallo specialista.

Gli obiettivi del progetto sono stati così definiti:

- prevenzione, diagnosi precoce, cura ed educazione terapeutica del paziente diabetico grazie all'integrazione tra i professionisti e la presa in carico condivisa di MMG e diabetologo territoriale;
- maggiore facilità di accesso alle cure specialistiche grazie all'offerta presso la sede del Gruppo;
- maggiore rapidità di accesso per la riduzione degli accessi impropri anche grazie alla gestione diretta, tra diabetologo e MMG, dei rinnovi dei Piani terapeutici e dei presidi.

⁵ HbA1c - Emoglobina glicata o glicosilata - è il valore che stabilisce la concentrazione di glucosio e la strutturazione dell'insulina nel sangue.

11.3 Aspetti salienti e numeri del progetto

Le principali criticità incontrate durante la sperimentazione sono state:

- l'impiego non corretto delle risorse da parte dei MMG che, soprattutto durante la fase iniziale della sperimentazione, hanno delegato allo specialista diabetologo la presa in carico del paziente;
- non tutte le Medicine di Gruppo, sin dalla loro costituzione, sono state organizzate secondo protocolli e procedure condivise: in alcune realtà la condivisione risultava più che altro degli spazi e del personale a supporto dell'attività.

Questo “difetto” del sistema ha determinato anche durante la sperimentazione una minore sensibilità al progetto.

La sperimentazione iniziata nel dicembre 2008 si è protratta fino a novembre 2010. I tempi definiti in fase di progettazione sono stati rispettati.

Alla luce dei risultati ottenuti, si prospetta la messa a regime di tali modalità organizzative e l'estensione dell'esperienza a steps anche alle altre Medicine di Gruppo allocate nel territorio ASL 2 Savonese.

Il team multidisciplinare coinvolto nel progetto ha dimostrato l'efficacia clinica e l'efficienza organizzativa della “gestione integrata” attraverso il raggiungimento di:

- Obiettivi “clinici”:
 - miglioramento % del compenso glicometabolico dei pazienti presi in carico;
 - individuazione precoce dei nuovi casi di diabete e di IFG/IGT.
- Obiettivi “organizzativi”:
 - aumento del numero dei pazienti presi in carico efficacemente;
 - diminuzione del tempo d'attesa per visite diabetologiche presso ospedali e ambulatori dell'ASL, anche attraverso la riduzione degli accessi impropri per esigenze “burocratiche”;
 - fidelizzazione del paziente affetto da patologia cronica al proprio medico di famiglia per tutto il percorso di cura.

Tabella 1 **Prestazioni totali effettuate nella sperimentazione**

	ANNO 2009	ANNO 2010
VISITE	601	675
PRESTAZIONI EXTRA	131	128
TOTALE	732	803

I risultati ottenuti nei pazienti con diabete di tipo 2 sono stati:

- i pazienti seguiti presso le UTAP hanno migliorato il compenso glicometabolico (valori dell'HbA1c) in 2 anni di oltre il 2% rispetto a quelli seguito nell'ambulatorio tradizionale, rimasto invariato;
- i valori del colesterolo LDL sono migliorati scendendo in media sotto il 70% nei pazienti seguiti presso le UTAP, rispetto a quelli dell'ambulatorio tradizionale;
- i nuovi casi di diabete e di IFG/IGT⁶ sono stati individuati precocemente;
- il tempo d'attesa per visita specialistica ridotto ad 1 mese.

Nello specifico, per ciò che riguarda il compenso glicometabolico, sono stati analizzati i dati dei pazienti diabetici di tipo 2, divisi per 3 fasce di età, escludendo i pazienti insulino-trattati e divisi in base al modello di gestione.

I dati di compenso glicometabolico relativi ai pazienti seguiti presso le tre Medicine di Gruppo sono riportati nelle tabelle 2, 3 e 4 e confrontati con un gruppo omogeneo di pazienti seguiti presso l'ambulatorio di diabetologia, che riceve pazienti provenienti da MMG esterni secondo il modello classico.

Tabella 2 - Pz 40-55 anni

Tabella 3 – Pz 55-65 anni

Tabella 4

– Pz > 65 anni

40 - 55 ANNI	UTAP	AMBU
H t0	8,68	8,08
H t 6	6,96	8,20
H t 12	7,34	8,14
H t 18		8,40
H t 24		7,72

55 - 65 ANNI	UTAP	AMBU
H t0	8,22	7,77
H t 6		7,74
H t 12	6,88	7,3
H t 18		8,03
H t 24	5,93	7,65

> 65 ANNI	UTAP	AMBU
H t0	8,16	7,81
H t 6	8,10	7,83
H t 12	7,25	8
H t 18		8,55
H t 24		7,85

⁶ IFG e IGT rappresentano stati intermedi della regolazione del glucosio tra la normalità e il *diabete*.

C t 0	116,60	122,00
C t 6	88,20	112,00
C t 12	77,60	94,00
C t 18		104,60
C t 24		95,80

C t 0	128,70	106,00
C t 6		115,00
C t 12	106,5	103,00
C t 18		110,00
C t 24	63,00	104,00

C t 0	114,00	100,00
C t 6	89,00	100,00
C t 12	83,00	95,00
C t 18		85,00
C t 24		87,00

LEGENDA:

H = media valori HbA1c % ai tempi 0, 6, 12, 18, 24 mesi

C = media valori Colesterolo LDL mg/dL ai tempi 0, 6, 12, 18, 24 mesi

UTAP = dati pazienti seguiti in Unità cura primaria

AMBU = dati pazienti seguiti in ambulatorio ASL

Le tabelle 2, 3 e 4 evidenziano che in tutte e tre le fasce di età il compenso glicometabolico è risultato decisamente migliore nei pazienti seguiti in gestione condivisa rispetto a quelli seguiti presso gli ambulatori “tradizionali”, sia perciò che riguarda i valori di HbA1c che per il colesterolo, in particolare per i pazienti con età compresa tra 55 e 65 anni.

Durante il periodo di sperimentazione è stato registrato da subito un miglioramento fondamentale anche dei tempi di attesa per le prestazioni diabetologiche: ed è stato raggiunto l’obiettivo regionale (DGR n. 673/2008) di garantire per la prima visita diabetologia un tempo di attesa inferiore o uguale a 30 giorni per il 50% dei punti di erogazione del territorio ASL 2 Savonese.

L’utilizzo dei presidi per l’automonitoraggio glicemico, parte integrante della terapia del diabete, ha registrato una riduzione quantitativa/paziente, grazie ad una maggior appropriatezza prescrittiva.

11. 4. Impatto sui processi organizzativi e conclusioni

Gli elementi di successo emersi dall'iniziativa sperimentata hanno posto in luce l'importanza di:

- disporre di una supervisione dello specialista nella quotidianità dell'attività professionale, senza aggravii di carattere economico né per l'Azienda Sanitaria che ha trasferito in sede decentrata un ambulatorio specialistico SUMAI, né per il paziente;
- uniformare i comportamenti professionali attraverso l'utilizzo di strumenti operativi condivisi e diffusi anche in termini di appropriatezza prescrittiva, soprattutto in relazione alle "Linee Guida sulla cronicità", così come la possibilità di un maggior controllo sull'aderenza del paziente alla terapia prescritta, ottenibile soprattutto grazie all'educazione terapeutica;
- realizzare da parte del MMG la presa in cura complessiva del malato, soprattutto se affetto da patologie croniche: la possibilità del paziente di trovare presso il proprio MMG tutte le risposte alle esigenze di cura riorienta al corretto approccio diagnostico terapeutico con riferimento al territorio, quale sede garante di educazione alla salute e di continuità di cure intesa, anche, come continuità "intellettuale", di vicinanza del medico con il "proprio" paziente;
- iniziare un percorso culturale che pone al centro l'ambulatorio del MMG per la cura delle cronicità e ricolloca l'ospedale nel settore della cura dell'acuzie.

ASL 2 Savonese

Numero Comuni 69	Superficie (km ²) 1.544	Distretti sanitari 4
Popolazione 282.666	Popolazione > 65 anni 13,7%	Popolazione > 75 anni 13,6%
Personale 4.496	Numero MMG 215	Numero PLS 26

12. Sviluppo della rete delle Cure palliative

di Francesca Busa, Direttore Distretto Socio Sanitario n. 1, ULSS 3 Bassano del Grappa,

Cristina Velludo, Medico U.O. Cure Primarie Distretto Socio Sanitario n. 1, ULSS 3 Bassano del Grappa,

Stefano Zizzetti, Referente aziendale Nucleo Cure Palliative, Distretto Socio Sanitario n. 1, ULSS 3 Bassano del Grappa

Sin dal 1997 nell'Azienda ULSS 3 di Bassano del Grappa nell'ambito dei servizi attivati a livello territoriale è stato istituito un Nucleo di Cure Palliative (NCP), afferente all'area del Distretto Socio Sanitario.

Il NCP si è formato progressivamente come team di personale votato ad intervenire, integrando i diversi soggetti della rete dei servizi assistenziali sanitari e sociali, a favore dei pazienti (e delle loro famiglie) affetti da malattia neoplastica (e non solo).

Gli operatori dell'equipe del NCP (medici palliativisti, tra cui un medico di medicina generale, infermieri dedicati del NCP e infermieri dell'Assistenza domiciliare territoriale, psicologo) possiedono le competenze specifiche per valutare, nella sua interezza, il paziente affetto da malattia oncologica non più suscettibile di guarigione e di cure specifiche. Sono stati formati per la gestione della terapia del dolore e degli altri sintomi legati alla malattia oncologica e per il supporto tutoriale e psicologico a malato e familiari.

La Regione Veneto è intervenuta con molteplici iniziative volte a favorire su tutto il territorio regionale lo sviluppo dell'assistenza al malato neoplastico, con particolare attenzione alla promozione della cultura delle Cure Palliative (L.R. 19 marzo 2009, n. 7, "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore" e precedenti atti deliberativi della giunta regionale). In tale contesto l'Azienda ULSS 3 ha potuto puntare al potenziamento ed alla qualificazione del lavoro del NCP e della rete per l'assistenza in area oncologica costituita da: servizio ospedaliero di

Oncologia, Hospice, Assistenza Domiciliare in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Grazie ad uno specifico finanziamento regionale, dal 2009 è stato possibile avviare un Progetto aziendale, esteso al successivo biennio 2010-2011, per il miglioramento della qualità della rete assistenziale per il malato neoplastico o in fase terminale di vita in quanto affetto da malattie inguaribili.

Le iniziative più qualificanti progettate ed attuate nel 2009-2011 hanno riguardato: lo sviluppo dell'ambulatorio distrettuale di terapia di supporto e cure palliative, lo sviluppo dei percorsi integrati per la Continuità Assistenziale, l'aumento delle prestazioni assistenziali domiciliari effettuate in appoggio al Medico di Medicina Generale e agli infermieri del servizio di assistenza territoriale, il rafforzamento dell'accompagnamento psicologico ad utenti ed operatori, la sinergia concreta a favore dei pazienti con i volontari impegnati nell'area oncologica.

12.1. Descrizione del progetto aziendale

Nell'Azienda ULSS 3 Bassano del Grappa (zona pedemontana veneta, provincia di Vicenza; 180.500 abitanti, indice di vecchiaia 121%; un Distretto socio sanitario di pianura con 160.000 residenti – indice di vecchiaia 116% e un Distretto di montagna di 21.000 abitanti- indice di vecchiaia 166%) nel corso degli anni, attraverso il continuo confronto con le esperienze nazionali ed internazionali, ma soprattutto mediante la sperimentazione sul campo, è stato possibile mettere a punto un percorso organizzativo condiviso tra ospedale e territorio che garantisca la dimissione “protetta” del paziente verso il rientro a casa cercando una attivazione coordinata ed integrata delle risorse territoriali disponibili, non solo aziendali, per l'accompagnamento di vicinanza, nella fase della malattia ove non è più possibile fornire terapie con finalità di guarigione. I pazienti seguiti annualmente in assistenza domiciliare dal NCP dell'Azienda ULSS 3, negli ultimi anni, si sono attestati intorno alle 250 unità (80% dei quali con età ≥ 65 anni) che corrispondono a circa il 60% dei soggetti in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI); la durata media dell'assistenza domiciliare per questi pazienti è stata di circa 80 giorni; circa il 10% dei pazienti seguiti a casa nel 2010 è stato poi ricoverato in Hospice.

Il modello locale, realizzato ormai da alcuni anni, prevede la possibilità per l'ospedale di richiedere la consulenza del NCP distrettuale per la valutazione del paziente neoplastico dimissibile, al fine di valutarne l'eventuale presa in carico a livello domiciliare. Viene quindi effettuata una valutazione integrata infermieristica, clinica e psicologica, grazie anche al coinvolgimento del medico ospedaliero e dell'infermiere di riferimento (e/o del coordinatore infermieristico di reparto), eventualmente dell'assistente sociale, al fine di leggere tutti i bisogni socio-assistenziali del paziente, ponendo attenzione alla propensione per una

terapia adeguata alle “modalità” dell’assistenza domiciliare. Tale valutazione può prevedere anche più di un colloquio con malato-famiglia. Successivamente, mediante l’effettuazione dell’Unità di valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) viene formalizzata l’organizzazione e attuazione del progetto assistenziale a domicilio o, eventualmente, in Hospice. All’UVMD partecipano i principali attori del processo assistenziale tra i quali il Medico di Medicina Generale che resta sempre il responsabile clinico del caso (case manager).

Il progetto di presa in carico deve sempre rispettare la volontà del malato e dei suoi familiari, garantendo la riservatezza e la dignità delle persone, per una piena ed universale realizzazione del diritto di cura di tutti i cittadini, nel maggior rispetto delle loro credenze e valori di riferimento.

Il processo di valutazione, sia prima che durante la presa in carico domiciliare, è favorito dall’utilizzo di strumenti standardizzati, dedotti dalla letteratura e localmente selezionati, che diventano parte integrante della cartella clinica domiciliare: comorbilità (ovvero esistenza in uno stesso soggetto di più patologie), autonomia, scale per la valutazione del dolore e altri sintomi, di ansia e depressione, del grado di consapevolezza della diagnosi e della prognosi. Preoccupazione specifica del NCP, in collaborazione col personale del reparto che dimette il paziente, è anche di far sì che, in fase di rientro a domicilio, vengano assicurati tempestivamente all’utente sia la fornitura diretta di farmaci (ad esempio farmaci ospedalieri, oppiacei) sia l’approvvigionamento degli ausili necessari per le cure domiciliari.

L’operatività nell’ambito di un sistema di qualità aziendale fa sì che specifiche procedure ed istruzioni operative formalizzino processi e percorsi tali da supportare e facilitare le attività dei singoli operatori e l’integrazione tra essi a tutti i livelli.

Il Sistema informativo territoriale, con l’introduzione di un nuovo applicativo nel 2011, consente di registrare sia le attività svolte dal NCP che le informazioni raccolte nella funzione di valutazione clinico-assistenziale. I dati registrati, oltre ad assolvere a finalità amministrative, consentono di soddisfare i debiti informativi verso soggetti diversi (direzione aziendale, Regione, comunità locale) e di effettuare adeguatamente la valutazione e la programmazione del servizio.

Esiste un impegno costante nel garantire un miglioramento continuo della qualità tecnico- professionale ed organizzativa, con particolare attenzione alla qualità percepita dagli utenti. La rilevazione del gradimento dell’utenza (questionari annualmente somministrati alle famiglie) e delle richieste-suggerimenti avanzati dalla stessa, permettono di andare verso un’assistenza sempre meno rigidamente standardizzata, impostata su modelli “erogatori di prestazioni”, sempre più idonea nella flessibilità ma anche nella sollecitudine, ad incontrare e soddisfare le esigenze specifiche e “fondamentali” delle persone assistite.

12.2. Obiettivi e finalità del progetto

Le opportunità offerte dal Progetto regionale hanno facilitato il percorso di maturazione della rete assistenziale consentendo di ridefinire compiti e funzioni del NCP (con stesura e pubblicizzazione della carta dei servizi e la redazione di una carta aziendale dei diritti del malato a fine vita) per puntare concretamente verso la realizzazione di alcuni specifici obiettivi:

- migliorare la comunicazione tra i diversi soggetti che collaborano al processo assistenziale per realizzare una rete efficace che si “prende cura”, “proteggendo” il malato e la sua famiglia da possibili “cadute” in situazioni di dis-continuità dell’assistenza e conseguente senso di abbandono/solitudine. Ciò può avvenire cercando modalità operative per ottenere l’effettiva integrazione ospedale-distretto-strutture residenziali extraospedaliere, al fine di offrire un tipo di assistenza più appropriata a ciascun malato, aumentando l’intensità delle cure erogabili fuori dell’ospedale e riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero;
- potenziare l’accessibilità ad un’assistenza domiciliare di qualità, caratterizzata da tempestività e multidisciplinarietà delle risposte assistenziali, riducendo al minimo le incombenze burocratiche per il cittadino in stato di bisogno (facilitazioni per accesso alle cure specialistiche, a eventuali sussidi economici, a protesi-ausili, a farmaci particolari) in modo tale da favorire il rientro del paziente a domicilio dopo il ricovero in ospedale, limitando gli accessi alle strutture specialistiche e i ricoveri ospedalieri non necessari;
- assicurare il supporto psicologico al malato, ed ai familiari anche dopo il decesso;
- riuscire ad utilizzare equamente le risorse disponibili a livello aziendale per assicurare una risposta commisurata ai bisogni, garantendo uguali opportunità di accesso alle cure di pari qualità su tutto il territorio dell’Azienda ULSS (pianura e montagna, zone cittadine e zone periferiche);
- aumentare la collaborazione col volontariato, significativamente presente nella realtà locale, per una sinergia sempre più efficace a favore dei pazienti oncologici assistiti a domicilio;
- migliorare la collaborazione con i servizi degli Enti Locali per l’eventuale supporto sociale alle famiglie, promuovendo la cultura delle cure domiciliari e della lotta al dolore;
- promuovere la formazione di tutti gli operatori coinvolti ed assicurare loro il necessario sostegno psico-emozionale.

12. 3. I risultati in termini di miglioramento organizzativo

Con il progressivo sviluppo del Progetto è stato ottenuto un consolidamento quantitativo delle risorse dedicate (medico, psicologo, infermiere) con la possibilità di ampliare l'attività dedicata a curare la fase di dimissione dall'ospedale del malato oncologico, la gestione dell'ambulatorio integrato tra Oncologia ospedaliera e NCP nonché la gestione dell'ambulatorio territoriale di Cure Palliative.

L'attività infermieristica domiciliare è stata estesa in quanto a copertura oraria. Per la figura del palliativista è stata introdotta la disponibilità dalle 8 fino alle 20 dei giorni feriali con integrazione con i medici di Continuità Assistenziale (protagonisti di specifica formazione in tema di medicina palliativa), per giungere alla copertura assistenziale di 24 ore per tutti i giorni della settimana. Attraverso un piano di collaborazione attiva e strutturata con le associazioni di volontariato, dopo la messa in campo – anche qui - di iniziative di formazione, è stato possibile inserire la figura del volontario nell'equipe assistenziale a casa dei pazienti. Il percorso degli interventi del volontariato a domicilio avviene in collaborazione e sotto la supervisione costante da parte del NCP. L'intervento a domicilio del volontariato si integra ai servizi sanitari e sociali al fine di fornire supporto relazionale al paziente malato in tutto, o in parte, non autosufficiente (e alla sua famiglia) consentendogli di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente quotidiano. Oltre ad attività di volontariato attivo sono state realizzate anche iniziative di promozione socio-culturale (organizzazione di eventi culturali e/o scientifici rivolti alla popolazione).

Tangibili miglioramenti nell'accessibilità ai servizi e nella continuità assistenziale sono stati conseguiti grazie ancora ad ulteriori iniziative: l'apertura dell'ambulatorio territoriale di cure palliative; il potenziamento sia nell'ospedale di pianura che in quello di montagna dell'ambulatorio integrato oncologia-NCP; l'introduzione di una procedura per l'accesso diretto all'Hospice dall'ospedale; l'implementazione di protocolli per l'accesso agevolato dei pazienti presso le strutture specialistiche ospedaliere e territoriali (corsie preferenziali per accertamenti diagnostici, posizionamento cateteri, trattamenti terapeutici particolari non eseguibili direttamente dal NCP a domicilio, pratiche burocratiche).

Possono essere individuati alcuni fattori che certamente hanno contribuito a raggiungere il risultato di aumentare i decessi a domicilio con una diminuzione dei ricoveri ospedalieri intercorrenti o dei ricoveri negli ultimi giorni di vita: ad esempio il miglioramento dell'integrazione tra le varie figure professionali, l'aumento delle visite domiciliari da parte del NCP, il rinforzo della reperibilità telefonica del medico palliativista a favore anche dei colleghi del servizio di Continuità Assistenziale, dei MMG e degli infermieri.

Con l'intensificarsi della presenza del NCP a casa del paziente, grazie anche alla possibilità di effettuare così una più attenta valutazione dei suoi bisogni, sono stati ottenuti migliori risultati nel controllo dei sintomi altrimenti difficili da gestire a domicilio (dispnea terminale, dolore, sedazione, ecc.) e nell'erogazione di

procedure di particolare impegno come emotrasfusioni, paracentesi, somministrazione di farmaci antidolorifici con elastomeri. Una delle conseguenze riscontrate è stata la concomitante riduzione dei ricoveri ordinari o in regime di DH destinati all'effettuazione di tali procedure.

Le competenze acquisite specificatamente in psico-oncologia da parte di operatori del NCP hanno consentito di offrire un supporto ai malati e ai caregiver prolungandolo, quando richiesto, anche dopo il decesso, con sostegno psicologico ai familiari per i quali è stata attivata anche l'esperienza del "gruppo di parola per l'elaborazione del lutto".

ULSS 3 Bassano

Numero Comuni 28	Superficie (km ²) 822	Distretti sanitari 2
Popolazione 180.517	Popolazione > 65 anni 18,6%	Popolazione > 75 anni 8,9%
Personale 2.037	Numero MMG 117	Numero PLS 24

13. Rete di Centri Mobili per la prevenzione e la diagnosi precoce di alcune patologie ad alto impatto sociale nel territorio

di Lucio Visconti, Responsabile U.O. Accreditamento e Qualità, ASL Avellino

13.1. Il contesto di riferimento della Provincia

La provincia di Avellino presenta un territorio prevalentemente montuoso e collinare, un intrigo di valli ed alture solcate da numerosi fiumi e torrenti, i cui collegamenti interni sono decisamente insufficienti e difficoltosi gli spostamenti. In questo contesto, i percorsi per raggiungere determinati servizi sanitari sono talvolta lunghi e problematici.

Sulle patologie a più alto impatto sociale l'Azienda ha voluto avviare una campagna di prevenzione e diagnosi precoce confortata anche dagli obiettivi stabiliti dagli ultimi Piani Sanitari Nazionali e dal Piano Sanitario Regionale della Campania. Essi stabiliscono, tra l'altro, l'obbligo di fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione che consentano di evitare rischi, incentivare comportamenti salutari e saper riconoscere con consapevolezza ed in tempo utile i possibili segnali di malattia. Senza contare che, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse, i costi della prevenzione sono nettamente inferiori a quelli dei ricoveri ospedalieri.

Dalle rilevazioni effettuate, sappiamo che sono le patologie cardiovascolari ad incidere sensibilmente sulle prime cause di morte, con valori di circa 126 x 100.000 abitanti per l'IMA (Infarto miocardico acuto) e di 174,4 per gli eventi di natura cerebrovascolare. Il trend è inoltre in crescita per l'ipertensione arteriosa (in Italia dal 17,5% del 2003 al 22,9% del 2009), mentre per l'ictus ischemico il trend complessivo è salito dall'1,7 al 2,7 dal 2003 al 2009.

Una indagine condotta nella zona ovest della ASL Avellino ha quantificato in oltre 13.000 i cittadini affetti da malattia diabetica, pari al 4,9% della

popolazione; riguardo la mortalità per melanoma, nell'ultimo quinquennio in Italia i decessi sono stati 4.000 nei maschi e oltre 3.000 nelle femmine, corrispondenti a tassi medi di mortalità rispettivamente di 5 e 6 l'anno su 100.000 abitanti. La specifica patologia del gozzo tiroideo ha poi in Irpinia straordinario riscontro, avendo meritato già in passato una denominazione di origine poco prestigiosa (gozzo irpino): essa è legata alle caratteristiche del suolo, assolutamente povero di iodio e alla prevedibile azione del fattore genetico in un'area endemicamente colpita da questa malattia.

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequente fra le donne, in termini sia di incidenza che di mortalità: in Campania nel 2008 le donne affette da carcinoma mammario erano 28.164, con un tasso grezzo di 945 x 100.000 e di 782 x 100.000 standardizzato sulla popolazione europea, trend in crescita in Italia dal 14,1% del 2003 al 20,1% nel 2009. L'ipertrofia prostatica benigna è aumentata dall'8,5% del 2003 all'11% del 2007 in Italia, il tumore della prostata dall'8,7% del 2003 all'11,4% del 2009.

13.2. Centri Mobili per la prevenzione

L'ASL di Avellino considera obiettivo prioritario la promozione della salute tra i cittadini residenti, e per raggiungerlo collabora anche con associazioni di volontariato per poter attuare campagne di prevenzione e di informazione/comunicazione. Tra gli interventi fondamentali per promuovere e tutelare la salute dei cittadini, l'Azienda ha individuato l'educazione sanitaria della popolazione residente, la prevenzione, soprattutto primaria e secondaria, quindi la diagnosi precoce e l'assistenza domiciliare, mezzi indispensabili per contenere anche la spesa sanitaria.

Per procedere in tal senso è necessario un approccio integrato tra tutti i soggetti che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel bene salute. Allo scopo di promuovere, attivare e realizzare sul territorio provinciale programmi di medicina preventiva, di assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria e di educazione sanitaria, l'ASL di Avellino ha deciso di avvalersi della collaborazione dell'Associazione Onlus House Hospital.

Il progetto ha come campi di interesse principali la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie dermatologiche (melanoma), delle patologie cardiovascolari, delle patologie ginecologiche (prevenzione del carcinoma della mammella), del diabete mellito, delle patologie prostatiche.

Per monitorare e curare queste patologie, circolano nel territorio provinciale 5 Camper tecnologicamente all'avanguardia, a bordo dei quali le prestazioni vengono offerte gratuitamente ai cittadini residenti nei tre comuni principali di ciascun Distretto della ASL Avellino, per un totale di almeno 18 Comuni per il primo anno. Le attività si svolgono il sabato e la domenica per ciascun Comune, il personale è costituito da volontari dell'Associazione House Hospital e da personale dipendente e convenzionato della ASL che opera presso i

Presidi ospedalieri e i Distretti sanitari. I cittadini che usufruiscono delle prestazioni presso i Centri Mobili, qualora si rendesse necessario, hanno gratuitamente una second opinion da parte di personale altamente specializzato a garanzia di una continuità assistenziale.

Gli obiettivi previsti nel progetto sono stati raggiunti con un budget di circa 20.000,00 euro, per il quale è stato fatto ricorso anche a operazioni di sponsorizzazioni/fundraising. Tra gli strumenti di comunicazione e informazione adottati per promuovere il progetto e diffondere i servizi del Centro Mobile si è proposto per il materiale grafico informativo, messaggi pubblicitari, comunicati stampa, eventi divulgativi e di coinvolgimento, sito internet ed intranet aziendale.

Il costo per la comunità è pari a 4,5 centesimi per ogni cittadino della Provincia.

Il progetto ha avuto inizio il primo sabato del mese di aprile 2011 e la prima fase si è conclusa a dicembre 2011, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal crono programma originario.

I Comuni interessati, nel primo anno di attività, sono stati 18. Il numero delle giornate di attività 36.

Tabella 1 Risultati delle attività realizzate nel primo ciclo di incontri (mar-mag 2011)

Pazienti visitati	1.118
Controlli glicemici	1.141
Rilevazioni pressione sanguigna	1.153
Misurazioni antropometriche	1.118
Valutazioni rischio cardiovascolare	1.118
Ecografie tiroidee	397
Ecografie mammarie	323
Visite urologiche	181
Visite dermatologiche	296
Elettrocardiogrammi	235 (168 ecocardio)
Visite specialistiche	1.600

Tabella 2 Risultati delle attività realizzate nel secondo ciclo di incontri (lug- nov 2011)

Pazienti complessivi	1.988
Valutazioni rischio cardiovascolare	1.988
Visite e valutazioni patologie tiroidee	683 (di cui 142 condizioni patologiche rilevate)
Visite dermatologiche	406 (di cui 197 condizioni patologiche rilevate)
Ecografie mammarie	392 (di cui 110 condizioni patologiche rilevate)
Visite urologiche	230 (di cui 90 condizioni patologiche rilevate)

13.3. Impatto sui processi organizzativi

È stato riscontrato un deciso accrescimento della sensibilità della popolazione irpina rispetto alla importanza della prevenzione e della diagnosi precoce nei riguardi delle patologie ad alto impatto sociale, oltre che un miglioramento della formazione del personale sanitario e dei metodi di sviluppo continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni. Inoltre, per alcune visite e prestazioni specialistiche sono notevolmente ridotti i tempi di attesa.

Altri miglioramenti riscontrati hanno a che fare con la comunicazione integrata e con l'appropriato utilizzo di servizi e prestazioni attraverso un'opera di educazione sanitaria. Si è poi incrementata la fidelizzazione degli utenti verso i Servizi sanitari del proprio territorio, riducendo così la mobilità.

Alcune criticità sono state riscontrate nel corso dello sviluppo delle attività. Sarebbe stato sicuramente più vantaggioso ed utile un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS): nonostante gli strumenti di informazione adottati, essi rappresentano infatti il primo e più importante anello della catena di informazione e formazione dei cittadini/utenti nei confronti del sistema sanitario. Con i rappresentanti dei Medici di medicina generale sono stati organizzati vari incontri presso la ASL per promuovere il ricorso ai Centri Mobili, oltre che incontri con i singoli medici nei 6 Distretti coinvolti.

13.4. Analisi conclusiva

Significativa è stata la rilevazione della soddisfazione dei principali stakeholders (Comuni, associazioni di volontariato, rappresentanti dei cittadini, ecc.) e degli operatori sanitari che hanno partecipato alle attività.

E' certo che vadano sempre più implementate esperienze di collaborazione sia all'interno delle Aziende che con soggetti esterni, con enti, istituzioni ed associazioni che si pongono obiettivi di salute come parametro imprescindibile di uno sviluppo sostenibile e compatibile con la qualità e i bisogni della vita umana. E tali collaborazioni devono interessare più ambiti: dai percorsi di formazione alle sperimentazioni didattiche, alla attivazione di specifici percorsi di salute. E' necessario che le esperienze maturate nella sanità si integrino e si adeguino ai bisogni espressi dalla comunità, divenendo una vera e propria azione consapevole comune su obiettivi condivisi di salute.

ASL Avellino

Numero Comuni 119	Superficie (km ²) 2.831,66	Distretti sanitari 6
Popolazione 439.137	Popolazione > 65 anni 19,67%	Popolazione > 75 anni 10,6%
Personale 2.160	Numero MMG 351	Numero PLS 49

Glossario (acronimi)

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

AMD: Associazione Medici Diabetologi

AOU: Azienda Ospedaliera Universitaria

ASL: Azienda Sanitaria Locale

ASS: Azienda Socio Sanitaria

CAD: Centro Assistenza Domiciliare

CUP: Centro Unico Prenotazioni

CUPA: Centro Unico Prenotazioni Ambulatoriali

DA: Disabile Adulto

DCA: Decreto Commissario ad Acta

DCP: Dipartimento Cure Primarie

DGR: Delibera Giunta Regionale

DGS: Disturbo Generalizzato dello Sviluppo

DH: Day Hospital

DRG: Diagnosis Related Group - Raggruppamenti omogenei di diagnosi

DSA: Disturbo Specifico dell'Apprendimento

DSL: Disturbo Specifico del Linguaggio

EBM: Evidence Based Medicine

EDIC: European Diploma in Intensive Care medicine

FKT: FisiokinesiTerapia

ICF: International Classification of Functioning disability and health

IFG: Impaired Fasting Glycaemia (Alterata glicemia a digiuno)

IGT: Impaired Glucose Tolerance (Alterata tolleranza al glucosio)

IMA: Infarto Miocardico Acuto

LdA: Lista di Attesa

MMG: Medico di Medicina Generale

NCP: Nucleo di Cure Palliative

OLA: Organizzazione Lean
dell'Assistenza

PA: Pubblica Amministrazione

PDA: Punto Di Accoglienza

PVF: Punto di Valutazione
Fisioterapica

PS: Pronto Soccorso

PZ: Paziente

RAF: Residenza Assistenziale
Flessibile

RSA: Residenza Sanitaria
Assistenziale

SIAR: Sistema Informativo per
l'Assistenza Riabilitativa, Regione
Lazio

SUMAI: Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana e
professionalità dell'area sanitaria

TSMREE: servizi territoriali per la
Tutela della Salute Mentale e la
Riabilitazione in Età Evolutiva

UAR: Unità Assistenziale
Riabilitativa

UCV: Unità Clinica di Valutazione

UOC: Unità Operativa Complessa

UKPDS: United Kingdom
Prospective Diabetes Study

UTAP: Unità Territoriale Assistenza
Primaria

UVMD: Unità di Valutazione
Multidimensionale Distrettuale

Considerazioni conclusive

di Giovanni Monchiero

Il Laboratorio sul Governo del Territorio, promosso da FIASO e condotto in partnership da FIASO e dal CER GAS Bocconi, si è posto un insieme piuttosto ambizioso di obiettivi correlati: da un lato, rilevare e misurare, in un campione di aziende, il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale delle ASL protagoniste della ricerca e il livello di integrazione delle cure tra i professionisti nell'ambito dei processi diagnostico terapeutici di tre patologie croniche, con prevalenza di cura territoriale (diabete in pazienti con danno d'organo, BPCO e tumore in fase avanzata seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata); dall'altro, valutare, all'interno di ogni azienda, il livello di efficacia dei sistemi di programmazione e controllo e dei sistemi di budgeting per il territorio. Tali valori sono stati esplicitati tramite analisi di tipo quantitativo - quali la misura del livello di integrazione tra i professionisti e della continuità delle cure percepita dai pazienti e il livello di concordanza sugli obiettivi strategici di budget - e dati qualitativi raccolti attraverso l'interazione attiva tra ricercatori e manager delle aziende sanitarie. Le analisi dei dati raccolti hanno generato molte e significative evidenze, che sono state descritte e discusse in dettaglio in questo volume. Si propone, ora, un sommario delle evidenze più rilevanti per il loro impatto sulle aziende sanitarie, e, più in generale, sui *policy makers* in ambito sanitario.

Integrazione tra professionisti nella cura delle patologie croniche e continuità delle cure percepita dai pazienti

La prima e principale evidenza emersa dalla ricerca è che la variabile macro organizzativa (organizzazione delle aziende prevalentemente distrettuale o dipartimentale o mista) non sembra essere esplicativa né del livello di integrazione dei professionisti nella cura dei pazienti affetti da cronicità e di continuità percepita dai pazienti, né del livello di concordanza dei professionisti sugli obiettivi strategici. I principali *driver* esplicativi dei livelli di frequenza dello scambio

informativo tra i professionisti, e conseguentemente dell'integrazione, sembrano, invece, essere:

- la vicinanza spaziale e, nello specifico, la presenza fisica dei professionisti nella stessa struttura (per esempio ospedale, poliambulatori territoriali o sedi fisiche dei nuclei di cure primarie o delle associazioni di MMG): quanto più i professionisti lavorano nello stesso ambiente fisico, tanto più si scambiano informazioni e sono integrati nella cura dei medesimi pazienti;
- la gravità della condizione clinica dei pazienti: per i pazienti oncologici in fase avanzata, per esempio, la criticità delle loro condizioni di salute induce tutte le categorie di professionisti a maggiori scambi di informazioni e, parallelamente, di integrazione. Per l'assistenza rivolta a pazienti cronici stabilizzati e con necessità prevalenti di monitoraggio e verifica del rispetto della *compliance* dei percorsi, come i pazienti diabetici, invece, il livello di integrazione dei professionisti è molto inferiore;
- l'orientamento e la cultura verso l'integrazione presenti all'interno delle singole aziende: in contesti in cui vi è una maggiore apertura dei professionisti verso l'integrazione, si riscontrano livelli di integrazione professionale più elevati per tutte le patologie analizzate.

La seconda evidenza significativa è che il livello di integrazione dei professionisti non è sostanzialmente correlato con il livello di continuità e unitarietà delle cure percepito dai pazienti. Nello specifico, tale dato sembra trovare riscontro da due ordini di riflessioni emerse nel contatto con i pazienti tramite interviste condotte dai referenti aziendali:

- i pazienti guardano quasi esclusivamente alla dimensione della qualità relazionale, per non dire affettiva, che hanno con il professionista, e alla dimensione dell'accessibilità dei servizi (facilità di accesso allo studio del MMG o al Centro Diabetico o all'ambulatorio);
- tutte quelle dimensioni che costituiscono il frutto dell'attività di *back office* e di sforzo organizzativo da parte delle aziende tese all'unitarietà diagnostico-terapeutica del percorso, compreso il livello di integrazione tra professionisti, sembrano non interessare i pazienti, i quali basano il loro giudizio non soltanto sull'aspetto tecnico, ma anche (o soprattutto) sui rapporti interpersonali, ovvero su quel meccanismo di meta continuità che solo in parte può essere collegato alla definizione propria di continuità delle cure.

Volgendo il *focus* dell'analisi su alcune indicazioni di dettaglio che emergono dalla valutazione dei livelli di integrazione tra i professionisti, si evidenzia che:

- Vi è una forte variabilità nel livello di frequenza dello scambio informativo dei professionisti (attraverso incontri fisici, telefono, mail, incontri extra-professionali), in funzione di due principali *driver*:
 - la **gravità della patologia e delle condizioni cliniche del paziente**: tanto più sono critiche, tanto più si registra un elevato livello di frequenza dello scambio informativo tra professionisti;

– la **tipologia di professionisti di riferimento**: nella fattispecie, gli specialisti territoriali e ospedalieri, siano essi clinici o infermieri, registrano livelli di integrazione mediamente molto superiori rispetto ai MMG.

- Il livello di integrazione professionale è solo in minima parte influenzato da variabili organizzative introdotte dalle aziende per incentivare lo scambio informativo e relazionale tra professionisti: l'associazionismo in gruppo dei MMG, per esempio, raramente è correlato con maggiori livelli di integrazione tra i professionisti medici.
- Vi è una forte differenza di percezioni reciproche che i professionisti hanno rispetto al proprio ruolo nel percorso di cura dei pazienti cronici: i MMG, nello specifico, individuano, quali professionisti con cui confrontarsi per reperire e comunicare informazioni circa lo stato di salute dei propri pazienti, quasi esclusivamente specialisti territoriali e ospedalieri (il diabetologo e il cardiologo per i pazienti diabetici, il pneumologo per i pazienti affetti da BPCO). Gli Specialisti, invece, tendenzialmente si relazionano con altri Specialisti e con infermieri, mentre hanno scambi informativi molto meno frequenti con i MMG (eccetto che nel caso dei pazienti oncologici avanzati).
- I professionisti, siano essi MMG, Specialisti e infermieri, denotano uno scarso utilizzo e una condivisione molto limitata di sistemi informativi comuni, con chiari effetti negativi circa l'effettività dello scambio di informazioni relative ai propri pazienti. L'utilizzo dello strumento delle e-mail è pressoché inesistente e la forma di comunicazione più utilizzata rimane di gran lunga la cartella clinica o altri documenti cartacei portati direttamente dal paziente al momento della visita. Anche per queste ragioni, la contiguità fisica dei professionisti nella stessa struttura, come prima evidenziato, è uno dei principali *driver* esplicativi del livello di integrazione.

Sulla base di tali evidenze, quali riflessioni emergono dall'analisi effettuata?

Innanzitutto, prendendo in considerazione i dati di sintesi dello studio effettuato dal Laboratorio, emerge che il livello medio di integrazione professionale per i tre percorsi analizzati è, comunque, soddisfacente: medio-alto per i percorsi del diabete e della BPCO, elevato per il percorso oncologico.

Tali valori, però, sono molto eterogenei, se scomposti per tipologia di professionista e per tipo di indicatore: i livelli medi di integrazione professionale tra specialisti territoriali e ospedalieri appaiono molto più elevati rispetto ai livelli medi dei MMG, soprattutto per quanto riguarda la frequenza dello scambio informativo; parallelamente, i giudizi circa il livello di condivisione dei PDTA sono buoni per tutti i professionisti, mentre sono decisamente inferiori alla sufficienza, come già evidenziato, i livelli di utilizzo di sistemi informativi comuni. Il livello di continuità assistenziale percepito dai pazienti è elevato per tutti e tre i percorsi, e molto elevato per quanto riguarda i pazienti oncologici. Tale evidenza

suggerisce due ulteriori tipi di riflessioni strategiche per l'organizzazione dell'assistenza rivolta alle cronicità sul territorio.

La **prima** è che la funzione di assistenza e cura, come emerso anche dagli altri dati della ricerca, sembra essere il vero *driver* esplicativo del livello di coordinamento dei professionisti e della qualità delle relazioni e dei processi di cura tra pazienti e professionisti: quanto più gravi sono le condizioni cliniche dei pazienti, e quanto maggiore e “urgente” è perciò la tipologia di assistenza richiesta, tanto maggiore è il coordinamento tra i professionisti coinvolti. La funzione di prevenzione e monitoraggio della *compliance* dei PDTA per pazienti cronici stabilizzati, invece, sembra incentivare in maniera molto inferiore l'integrazione tra i diversi professionisti, rischiando di venire sottodimensionata e perennemente “compressa” dalla domanda emergente di cura e di assistenza che proviene da pazienti con condizioni cliniche più critiche. Nel quadro complessivo delle strategie di assistenza rivolte alle cronicità, si rischia, perciò, di vedere tendenzialmente destinata la maggior parte delle risorse ai pazienti con esigenze più elevate di cura, e con patologie ormai conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio, che riguarda potenzialmente un numero molto maggiore di individui e permetterebbe di andare a intercettare livelli di bisogno non ancora espressi in domanda.

Da tale prima riflessione emerge anche la **seconda** considerazione: i risultati positivi relativi al giudizio sui livelli di integrazione e continuità, frutto delle analisi dei dati raccolti nelle aziende del Laboratorio, presentano come *bias* ineliminabile il fatto di essere il risultato di una sostanziale indagine di *customer satisfaction* condotta andando a interrogare quei pazienti già inseriti in percorsi di cura per patologia e beneficiari di servizi erogati dalle aziende. La sfida per il futuro delle ricerche sul campo è quello di andare a intercettare quei livelli di bisogno inespresso che non riescono, per svariate ragioni, a tradursi in domanda esplicita di servizi (pazienti non arruolati nei percorsi, soggetti con elevati fattori di rischio che non partecipano a programmi di prevenzione...), valutandone le criticità nell'accesso ai servizi e programmando le strategie di inclusione in programmi formalizzati di assistenza o monitoraggio.

L'impatto del processo di budget sul comportamento dei dirigenti territoriali

Il budget rappresenta lo strumento più tipico e di maggiore successo nel processo di aziendalizzazione in sanità. I valori e le dinamiche, a esso associati, richiamano i principi cardine di autonomia e responsabilità, capacità di governo e identità aziendale, benessere organizzativo, performance individuali, *mission* istituzionale e innovazione.

Nel territorio, il budget diventa momento per programmare obiettivi e condividere ruoli, e strumento per assumere il controllo diretto sulle attività, consumi, *out come*, livelli di soddisfazione raggiunti.

Come accaduto nelle precedenti fasi, il Laboratorio si è posto obiettivi ambiziosi: campi di analisi ancora poco approfonditi se non del tutto inesplorati, metodologie con *frame work* epistemologici da condividere e testare nelle diverse realtà aziendali. Dopo aver descritto i sistemi territoriali di programmazione e controllo, gli obiettivi assegnati alle Unità Operative territoriali sono stati confrontati e correlati con quelli realmente assunti dai Responsabili delle stesse UUOO e dai dirigenti e operatori attivi al loro interno. Tale dimensione di analisi ha consentito di stabilire il grado di aderenza dell'azione dei Dirigenti territoriali rispetto agli obiettivi strategici aziendali. È stato, poi, valutato l'impatto del processo di budget sui comportamenti manageriali dei Dirigenti territoriali di fronte alle variabili di compartecipazione alla realizzazione degli obiettivi aziendali, chiarezza del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione, leadership condivisa, livello di *empowerment* e di performance individuale. La valutazione di impatto ha offerto elementi di riflessione su come vengono influenzati e orientati comportamenti e performance degli individui rispetto a obiettivi e organizzazione aziendali.

La ricerca effettuata ha reso possibile stabilire che la maggior parte delle Aziende USL coinvolte, rappresentative del SSN, è dotata di un processo di programmazione e controllo strutturato e maturo, finalizzato a contribuire in maniera rilevante alla costruzione e alla percezione dell'unitarietà d'azienda, dell'identità organizzativa e del ruolo dei singoli centri di responsabilità e del loro management. In questa prospettiva, il processo di programmazione e controllo può essere probabilmente considerato come il principale strumento di comunicazione fra il vertice aziendale e le sue unità operative e tra questi e i loro componenti, chiarendo e condividendo con ciascuno il proprio ruolo organizzativo. Al processo di budget viene conferito il significato e il ruolo di leva strategica per il cambiamento nella gestione delle attività territoriali e per il superamento di alcune difficoltà distintive per tali attività, quali l'integrazione organizzativa e professionale. Eventuali carenze nel governo delle attività territoriali sono quasi sempre correlate alla minore attenzione dedicata al processo di budget. Questa considerazione può ulteriormente essere messa in stretta dipendenza con il livello di conoscenze raggiunto nell'ambito dell'attività ospedaliera. Qui il processo di budget ha già assunto il ruolo che gli compete con livelli di integrazione e valutazione professionale assai soddisfacenti, come si desume anche dal numero di indicatori in media utilizzati per la valutazione dell'attività ospedaliera rispetto a quelli adottati per quella territoriale.

In ambito territoriale, l'adozione di sistemi di programmazione e controllo presenta ostacoli e criticità superiori a quelli riscontrati in ambito ospedaliero: delocalizzazione dei centri di produzione e responsabilità, estrema varietà ed eterogeneità delle prestazioni offerte come degli enti e soggetti coinvolti, complessità della misurazione dei risultati di salute, peculiarità del ruolo dell'assistenza territoriale nei Sistemi Sanitari Nazionali pubblici.

L'investimento strategico sulle attività territoriali – integrazione socio sanitaria e continuità delle cure – soltanto negli ultimi anni è stato sostenuto in modo determinante, avviando il superamento dei gap informativi e la definizione dei modelli di riferimento.

Una criticità emersa dalla ricerca riguarda la tempistica di programmazione del processo di budget. È risultato evidente, infatti, come essa si concluda in fase avanzata nel corso dello stesso esercizio – in media tra marzo e maggio – invece che alla fine del precedente. Di conseguenza, il management territoriale tende a occuparsi delle fasi di verifica intermedia e finale del processo di budget con minor intensità rispetto a quanto praticato nella programmazione iniziale. Si percepisce il rischio di sovrapposizioni tra diverse procedure infra-annuali, come anche di ulteriore dilatazione temporale del processo stesso.

La direzione strategica e il management territoriale devono porre maggiore attenzione alle fasi di concertazione, contrattazione, negoziazione, aggiornamento, valutazione di obiettivi e risorse perché il processo di budget possa essere investito compiutamente di responsabilizzazione e motivazione da parte dei dirigenti coinvolti, scartando, perciò, stesso logiche di mero adempimento formale. A tal fine, occorre strutturare sistemi informativi territoriali in grado di fornire indicatori e dati oggettivi atti a trasformare i contenuti dell'organizzazione e dei processi aziendali in obiettivi coerenti e misurabili.

La ricerca mostra, inoltre, un nuovo elemento critico: nel governo dell'attività territoriale, gli obiettivi fissati non vengono avvertiti nello stesso modo e con la stessa intensità tra le diverse componenti aziendali in gioco. Nel passaggio dai livelli di programmazione a quelli operativi, non viene mantenuta una logica comune nella valutazione della priorità strategica degli obiettivi assegnati all'interno del processo di budget. Gli obiettivi che i *Controller* ritengono prioritari non coincidono con le percezioni dei Responsabili delle Unità Operative, che differiscono a loro volta da quelle dei professionisti che erogano i servizi e le prestazioni. Rispetto a tali evidenze, la direzione aziendale deve riuscire a intensificare gli scambi e le relazioni interprofessionali attraverso la strutturazione di processi interaziendali. Così come deve potenziare e includere nel processo di budget i consumi che avvengono fuori dal perimetro di produzione diretta aziendale. Questi consumi sono collegati alla *mission* di committenza esercitata dall'Azienda Sanitaria territoriale nell'acquisto di prestazioni assistenziali da terzi – Aziende ospedaliere, privato sociale o accreditato ecc. – per i propri residenti. Dal confronto interno al Laboratorio pervengono ulteriori elementi di riflessione. Emerge come, nell'area territoriale, la direzione aziendale possieda un margine di autonomia decisionale ridotto rispetto a quello che detiene nell'ambito ospedaliero, a seguito dell'assegnazione annuale di obiettivi specifici e dettagliati da parte della Regione. Nella gestione ordinaria delle articolazioni organizzative territoriali, il responsabile coordina professionisti dispersi sul territorio, spesso collocati fuori dal rapporto di dipendenza diretta (come i Medici di Medicina Generale). Rispetto alle strutture ospedaliere, ciò restringe le possibilità di controllo diretto e le leve di

governo necessarie al raggiungimento degli obiettivi. Di conseguenza, la comunicazione tra i soggetti che partecipano alla realizzazione di questi obiettivi risulta difficile, così come complessa diviene anche la trasmissione delle informazioni tra le articolazioni organizzative.

A conferma di quanto emerge dall'analisi della letteratura internazionale, i risultati della terza fase del Laboratorio FIASO evidenziano come la rilevanza e la ritualità organizzativa del processo di programmazione e controllo siano decisive nel marcare le identità aziendali e nel costruire "organizzazione". D'altra parte, i risultati segnalano anche l'enorme potenzialità dello strumento che, reso più incisivo, rafforzerebbe il meccanismo di responsabilizzazione. Le aree di miglioramento segnalate dalla ricerca suggeriscono come, al fine di migliorare l'incisività e l'efficacia del processo di budget, sia necessario investire prevalentemente su: (1) allineamento dei tempi al reale perimetro di responsabilizzazione; (2) aumento della concordanza relativa, sia delle relazioni gerarchiche tra Direzione e Responsabili di Unità Operativa, sia nelle Unità Operative tra le équipes e i propri dirigenti, attraverso una maggiore frequenza e intensità dei processi di comunicazione infra-aziendali; (3) selezione degli obiettivi, ponendo maggiore attenzione al governo dei consumi che avvengono fuori del perimetro aziendale.

Così come si è già avuto modo di evidenziare nelle precedenti fasi della ricerca, il governo del territorio richiede di determinare processi di integrazione – organizzativa, professionale, interistituzionale – e restituire ai professionisti il ruolo propulsore del cambiamento. Grazie anche allo strumento del processo di budget, è necessario dare impulso alla creazione di momenti di condivisione degli obiettivi all'interno delle articolazioni organizzative e con le altre strutture per gli obiettivi di natura trasversale (per esempio, con l'Ospedale o altre Unità Operative territoriali corresponsabili del risultato di salute).

Occorre, quindi, favorire l'introduzione e l'applicazione di sistemi contrattuali incentivanti anche per il personale non a dipendenza diretta. Per colmare un ulteriore divario con l'assistenza ospedaliera, i Dirigenti territoriali devono essere messi in condizione di poter contrattare pacchetti di prestazioni, e le direzioni strategiche di poter individuare con precisione gli obiettivi da conseguire. Nella prima fase di questa ricerca è stato, poi, dimostrato come, in molte realtà, l'investimento di maggiori risorse sul territorio non comporti un aumento della spesa complessiva sostenuta.

Le politiche regionali e nazionali, purtroppo, non sono sempre in sintonia con le logiche e i contenuti di un maturo governo territoriale, con effetti contraddittori e paradossali: un eccesso di obiettivi calati dall'alto porta a deresponsabilizzare gli operatori non coinvolti nella loro definizione. Anche il sistema di finanziamento, quando non viene collegato alla quota capitolaria, bensì alla spesa storica o a obiettivi di finanza pubblica, determina sistemi di incentivazione controproducenti per le Aziende effettivamente virtuose. A conclusione della terza fase di ricerca, unitamente alle conoscenze, agli strumenti e

alle metodologie elaborati dalle precedenti due fasi, è possibile restituire a tutte le Aziende Sanitarie italiane modelli di riferimento sui cui confrontarsi nel campo del governo dell'assistenza territoriale. La ricerca si è sviluppata attraverso un programma di intenso interscambio conoscitivo tra le Aziende e, quindi, valore aggiunto del Laboratorio è stato sicuramente il rafforzamento della relazione tra dirigenti e operatori delle aziende partecipanti, mediante il confronto e l'approfondimento delle rispettive realtà ed esperienze territoriali.

Il Laboratorio FIASO sul Governo del Territorio può essere, ora, proiettato verso ulteriori obiettivi volti a sostenere la cultura dell'innovazione, tipica del processo di aziendalizzazione. Manca ancora al Territorio una chiara identificazione e standardizzazione dei prodotti correlata a un sistema di "tariffe" condivise. Siamo convinti che questo sia strumento necessario per il perseguimento dell'efficienza non disgiunta da elevati indici di qualità. Nelle strutture ospedaliere questo strumento è stato adottato con risultati generalmente incoraggianti. La sfida dell'immediato futuro sarà quella di trasferire tale esperienza nel mondo più complesso e meno "produttivo" dei servizi territoriali.

