

«LE DONNE DI FRONTE ALL'EVENTO NASCITA»: UN'INDAGINE SULLE «CLIENTI MANCATE» DI UNA DIVISIONE DI OSTETRICA

di Gabriele Cavazza, Lara Nanetti, Valentina Gerri

Ufficio qualità azienda USL Bologna Nord

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Le scelte metodologiche - 3. I risultati - 4. Conclusioni.

1. Introduzione

L'azienda USL Bologna Nord comprende 20 comuni della pianura bolognese, dispone di tre ospedali e di 12 consultori territoriali.

A seguito del riordino sanitario, il servizio di ostetricia è stato «accentrato» presso un'unica struttura ospedaliera: quella di Bentivoglio, che è diventato l'unico luogo dove è possibile espletare il parto.

L'analisi dei dati relativi al numero di parti a Bentivoglio evidenziava nel 1996 un alto livello di mobilità verso strutture esterne all'azienda; 937 donne su 1391 residenti partorienti (il 63%) preferivano partorire altrove (con particolare riguardo per i reparti maternità della città di Bologna).

Il fenomeno era solo in parte spiegabile con motivazioni di maggiore vicinanza a strutture confinanti, in quanto l'analisi rilevava che anche donne residenti nei comuni vicini all'ospedale avevano scelto strutture esterne.

Di fronte a questi dati, considerevolmente penalizzanti sul piano economico per l'azienda, la direzione generale ha avviato un progetto di miglioramento della qualità (parallelamente ad una ristrutturazione del reparto) che ha introdotto una serie di misure volte a migliorare la persona-

lizzazione dell'assistenza nonché la sua «umanizzazione»: creazione di una sala-parto familiare, presenza di una grande vasca per la conduzione del travaglio in acqua, ecc.

Al fine di conoscere le reali motivazioni alle radici della scelta di partorire in strutture esterne all'azienda e poter così introdurre cambiamenti ulteriori, tali da migliorare il gradimento del percorso nascita, è stata realizzata un'apposita indagine.

L'indagine è stata condotta tra le donne che avevano scelto di partorire altrove, ovvero tra le «clienti mancate» della nostra struttura.

Gli obiettivi conoscitivi specifici erano:

1) valutare l'incidenza dei fattori anagrafici (età, luogo di nascita, luogo di residenza, ecc.);

2) individuare i soggetti che influiscono maggiormente sulla scelta delle donne;

3) focalizzare, in ordine di priorità, i fattori determinanti della scelta, ovvero le aspettative di qualità delle future mamme;

4) capire il livello di conoscenza circa i servizi offerti dall'azienda;

5) valutare la possibilità di incidere sulla scelta di altre donne, potenziali utenti del reparto, per eventuali parti successivi.

Da questo punto di vista il lavoro svolto rappresenta un'esperienza abbastanza originale nel panorama italiano, sia perché maggiormente orientato verso le aspettative del cliente esterno piuttosto che sulla valutazione della sua soddisfazione, sia per la peculiarità del *target* scelto (un campione di clienti potenziali).

La ricerca è stata realizzata dall'Ufficio qualità e rientra nell'ambito dei progetti finalizzati al miglioramento qualitativo dei servizi.

2. Le scelte metodologiche

Lo strumento di ricerca utilizzato è stato il questionario, strutturato, articolato principalmente in domande chiuse. Al suo interno sono state previste alcune aree tematiche giudicate prioritarie:

— dati socio-anagrafici del soggetto;

— struttura in cui è avvenuto l'ultimo parto;

— motivazioni e/o soggetti che hanno influito sulla scelta della struttura in cui partorire;

— grado di soddisfazione relativo all'assistenza ricevuta;

— livello di conoscenza ed informazione circa la nuova organizzazione del reparto di ostetricia di Bentivoglio.

La quota campionaria è stata fissata a 284 unità (il 30% delle donne che avevano partorito altrove), stratificata in base ai comuni di residenza.

Il questionario è stato inviato postalmente alle donne, allegato alla cartolina di invito per la vaccinazione del neonato, con preghiera di riconsegnarlo, compilato, il giorno della convocazione.

Per i casi in cui l'autosomministrazione non è avvenuta, si è cercato di invitare la persona a compilarlo nella sala d'attesa dell'ambulatorio vaccinale. A questo proposito sono state individuate, in qualità di referenti sul territorio, le assistenti sanitarie visitatrici (ASV) operanti presso le diverse strutture.

La raccolta dei questionari è avvenuta tra gennaio e giugno 1997.

Il ritorno dei questionari (validi) è stato pari all'88% della quota campionaria.

3. I risultati

Volendo delineare un quadro del campione preso in esame, possiamo rilevare alcune caratteristiche comuni:

— il 54.8% delle donne indagate ha oltre 30 di età, è primipara ed è stata seguita, durante la gravidanza, da un ginecologo a pagamento, privato (58.5%) o dell'azienda USL (23.4%);

— il 58.2% di loro non ha partecipato ad alcun corso di preparazione al parto, mentre chi ha deciso di frequentarlo ha preferito quelli organizzati da strutture pubbliche (figura 1).

Tra i fattori condizionanti la scelta delle future madri si possono identificare:

— influenze derivanti dalle relazioni con altri. Il ruolo maggiore è investito dal ginecologo di fiducia (52.7% delle risposte scelte), seguono i consigli da amici e parenti (24% delle risposte scelte); (da rilevare la scarsa in-

fluenza del medico di famiglia e dell'ostetrica del consultorio);

— aspettative di tipo funzionale e di sicurezza: il rilievo maggiore è attribuito alla professionalità e cortesia del personale sanitario — 157 risposte scelte, pari al 29.7% — e presenza dei servizi di emergenza (22.7%);

— aspettative di tipo strutturale (vicinanza a casa — 14.5% — e *comfort* dei servizi — 13.6% —).

(Si sottolinea come gli aspetti strutturali, pur rilevanti, vengano dopo quelli relativi alla sicurezza ed anche lo scarsissimo rilievo dato alle tecniche «innovative» come il parto indolore — 6.7% — ed il travaglio in acqua — 5% —).

In particolare sembra inoltre che, con l'avanzare dell'età, aumentino la propensione ad affidarsi al parere del ginecologo e quella di considerare la presenza di servizi di emergenza per il neonato come discriminanti nella scelta della struttura: le frequenze relative a questi aspetti aumentano nella fascia d'età compresa tra i 31 e i 45 anni (70.9%, rispetto a quella dai 18 ai 30 anni (61%) (figura 2).

I fattori che hanno influenzato la scelta del luogo continuano a mante-

nere la loro rilevanza anche ad esperienza avvenuta.

Alla domanda «Quali di questi aspetti ritiene oggi prioritari per la scelta della struttura in cui partorire?» le risposte più frequentemente scelte sono:

a) la presenza dei servizi di emergenza (rianimazione, anestesia) e neonatologia (188 risposte scelte, pari al 35.8%);

b) l'assistenza personalizzata (126 risposte scelte, 24%, con prevalenza della fascia più «anziana»);

c) la riservatezza, per esempio una camera riservata per il travaglio che garantisca familiarità e riservatezza al momento della nascita (87 risposte, pari al 16.6%) (figura 3).

Da segnalare anche la rilevanza del fattore «fidelizzazione»: il 95% delle intervistate, nell'eventualità di un'altra gravidanza, tornerebbe a partorire presso la stessa struttura, senza sostanziali differenze tra una clinica e l'altra.

Sul piano dell'informazione si è riscontrato che oltre la metà dei soggetti (57%) non era a conoscenza della ristrutturazione del reparto di ostetricia né sapeva, quindi, della possibilità di

Figura 1

<i>«Da chi è stata prevalentemente seguita durante la sua ultima gravidanza?»</i>	
Ginecologo privato	58.5%
Ginecologo USL a pagamento	23.4%
Consultorio/ospedale Bologna Nord gratuitamente	14.5%
Altri (altre aziende USL, ecc)	3.6%
Totale	100.0%
<i>«Sempre per l'ultimo parto, ha partecipato ad un corso di preparazione?»</i>	
No	58.2%
Sì	41.8%
Totale	100.0%
<i>«(Se sì), da quali strutture era organizzato?»</i>	
Altre azienda USL	43.1%
Azienda USL Bologna Nord	42.1%
Altro	14.8%
Totale	100.0%

Figura 2 - I fattori condizionanti

«Tra le persone sotto indicate, quali hanno maggiormente influito sulla sua decisione di partorire presso la struttura che ha scelto?» (massimo 2 risposte)		
	Totale risposte scelte	% sul totale di risposte scelte
Ginecologo	165	52.7%
Amici/parenti.....	75	24.0%
Altro (me stessa, ecc.).....	53	16.9%
Ostetrica.....	11	3.5%
Medico di famiglia.....	9	2.9%
Totale.....	313	100.0%

«Quali sono state le principali ragioni che l'hanno portata a scegliere la struttura in cui ha partorito?» (massimo 3 risposte)		
	Totale risposte scelte	% sul totale di risposte scelte
Professionalità e cortesia degli operatori	157	29.3%
Servizi di emergenza	122	22.7%
Vicinanza a casa	78	14.5%
Comfort della struttura.....	73	13.6%
Conoscenze presso la struttura.....	68	12.7%
Altro.....	30	5.6%
Tecniche del parto	9	1.7%
Missing		1.6%
Totale.....	537	100.0%

effettuare il travaglio ed il parto seguendo modalità più «libere».

Una possibile spiegazione è da ricercarsi nella alta percentuale di donne che non hanno frequentato corsi di preparazione al parto, e che quindi non è entrata in contatto con una delle principali fonti di informazione per quanto riguarda l'offerta dei servizi.

4. Conclusioni

I dati dell'indagine ci hanno offerto una serie di informazioni, su alcune delle quali è possibile riflettere, in quanto rivelatrici dei fattori condizionanti la scelta relativa alla struttura in cui partorire, tra le quali:

1) il ginecologo di fiducia esercita una considerevole influenza sulle donne (si tratta peraltro in prevalenza di ginecologi privati);

2) l'informazione fornita sui servizi erogati è decisamente insufficiente e di conseguenza l'immagine della

azienda USL distorta, sia presso le donne che presso i professionisti privati;

3) c'è un'evidente ricerca di «sicurezza» per il neonato, espressa attraverso la richiesta dei servizi di emergenza e rianimazione, specie presso la fascia di donne più anziane;

4) il fattore «distanza» del luogo del parto all'abitazione, a dispetto del-

le ipotesi, non appare rilevante ai fini della scelta.

Sulla base delle suddette considerazioni l'azienda USL Bologna Nord ha «aggiustato» il percorso di miglioramento, dandosi come obiettivo principale il potenziamento dell'informazione sul territorio (ricordiamo che solo una piccola percentuale di gestanti segue il corso di preparazione al parto presso le strutture aziendali).

Tra le azioni già avviate citiamo:

a) la pubblicazione e la distribuzione capillare presso la popolazione femminile di un opuscolo informativo sui servizi per le donne offerti dall'azienda;

b) la presentazione dello stesso in occasione di un conferenza-stampa a cui sono stati invitati tutti i ginecologi privati operanti sul territorio (individuati come «canale preferenziale» per l'erogazione delle informazioni);

c) una maggiore valorizzazione di aspetti già curati all'interno del reparto di ostetricia, ma di cui non sempre le donne sono a conoscenza (servizio di anestesia e neonatologia, personalizzazione dell'assistenza, *rooming-in*, tutela della *privacy* e del *comfort*, ecc.).

Un'ultima considerazione riguarda i tempi di un auspicato cambiamento di tendenza: dato l'alto tasso di fidelizzazione espresso dalle donne, ci si attende un processo piuttosto lento.

Figura 3

«Sempre nell'eventualità di un'altra gravidanza, quali di questi aspetti ritiene oggi prioritari per la scelta della struttura in cui partorire?»		
	Totale risposte scelte	% sul totale di risposte scelte
Servizi di emergenza	188	35.8%
Assistenza personale.....	126	24.0%
Camera riservata.....	87	16.6%
Cure a domicilio	42	8.0%
Parto indolore	35	6.7%
Parto in acqua	26	5.0%
Altro.....	20	3.9%
Totale.....	524	100.0%

IL PROGETTO PER L'ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO DEI D.E.A. DI PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

di G. Ottone¹, E. Balestrino², F. Blumtritt², C. Martina², P. Ribet²

¹ Istituto di ricerca e formazione per la gestione medico ospedaliera (IRFoGeMeO)

² Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (VRQ), sezione Piemonte-Valle d'Aosta

SOMMARIO: 1. L'accREDITAMENTO di eccellenza dei servizi di pronto soccorso nei D.E.A. - 2. Il progetto dei servizi di pronto soccorso dei D.E.A. in Piemonte e Valle d'Aosta - 3. I risultati e le prospettive.

1. L'accREDITAMENTO di eccellenza dei servizi di pronto soccorso nei D.E.A.

L'«accREDITAMENTO sanitario di eccellenza» è un'attività di valutazione professionale sistematica e periodica che vuole essere lo strumento che garantisce la qualità delle prestazioni sanitarie in termini di continuo miglioramento e di adeguatezza ai bisogni di salute.

Occorre ricordare che la qualità, a livello di prestazioni sanitarie, è un concetto relativo legato a valenze professionali, disponibilità delle risorse, accessibilità dei servizi, potenzialità dei rischi, soddisfazione degli utenti e degli operatori. A livello metodologico, una volta individuato il servizio oggetto della valutazione, risultano decisive l'identificazione di elementi strutturali, procedurali e gestionali (criteri) più verosimilmente correlati ai risultati attesi, e per ogni criterio, la definizione del livello di evenienza accettabile (*standard*).

L'accREDITAMENTO di eccellenza è quindi un processo basato sul pieno coinvolgimento delle strutture sanitarie interessate, che si sviluppa attraverso fasi sequenziali:

— definizione di criteri e *standard* strutturali-organizzativo-gestionali,

procedurali e di soddisfazione degli operatori e dei clienti-pazienti;

— sperimentazione e adozione degli stessi da parte dei servizi;

— verifica, da parte di un organismo indipendente esterno, della effettiva corrispondenza delle caratteristiche del servizio al criterio e agli *standard* predefiniti.

Il riferimento metodologico per tale procedura deriva da alcune esperienze internazionali («The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations» negli U.S.A.; «Canadian Council of Health Facilities Accreditation» in Canada; «The Australian Council on Healthcare Standards» in Australia; «King's Fund Centre» in Gran Bretagna, ecc.) che hanno definito un sistema di criteri e *standard* di buona qualità delle cure ai pazienti con obiettivi di appropriatezza clinica ed efficienza organizzativa.

In Italia alcuni studiosi hanno avuto un ruolo fondamentale nel costruire una metodologia *ad hoc* sulla guida del riferimento internazionale suddetto (F. Di Stanislao, C. Liva, P. Morosini).

La procedura di accREDITAMENTO ed i relativi programmi sono solitamente gestiti da un'agenzia indipendente, senza scopo di lucro (*non profit*), espressione delle società scientifiche e

delle professioni, ma in cui possono essere rappresentati anche il Servizio sanitario nazionale pubblico e gli utenti. Nel nostro Paese non esiste un'agenzia nazionale indipendente che si occupi di accREDITAMENTO di eccellenza.

Le esperienze finora effettuate sono frutto o di gruppi di lavoro promossi da alcune società scientifiche o di gruppi interdisciplinari di operatori di servizi della stessa tipologia in ambito locale o regionale.

Le iniziative relative all'accREDITAMENTO sono iniziate nel 1992 proprio con una esperienza nei servizi di pronto soccorso effettuata dal gruppo promosso dalla sezione regionale del Friuli-Venezia Giulia della Società italiana di V.R.Q.

Nel corso di questi anni tale gruppo, da un primo elenco di criteri, ha prodotto un «Manuale di accREDITAMENTO», che è stato periodicamente verificato ed aggiornato.

Il manuale del Friuli è un punto di riferimento per il settore, tuttavia le differenze normative ed organizzative dei servizi di pronto soccorso nelle diverse realtà regionali comportano la necessità di gruppi di lavoro a carattere regionale che formulino congrui manuali. È inoltre opinione concorde che il miglioramento continuo della

qualità si basi sul coinvolgimento attivo e sulla formazione degli operatori.

Da tali esperienze emerge una strategia i cui cardini sono:

— uno stretto collegamento delle procedure di accreditamento proposte con programmi di miglioramento continuo di qualità;

— la scientificità delle metodologie proposte, in particolare un sistema credibile di misurazione della «performance» dei servizi basato su uno *scoring* che determina il livello di adesioni ai criteri.

2. Il progetto dei servizi di pronto soccorso dei D.E.A. in Piemonte e Valle d'Aosta

La sezione Piemonte-Valle d'Aosta della Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (V.R.Q.) ha avviato dal giugno 1994 un «Progetto regionale di verifica e revisione di qualità dei servizi di pronto soccorso nei D.E.A. delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta», i cui coordinatori sono il dr. G. Ottone (D.E.A. Azienda ospedaliera Giovanni Battista, Torino) e il dr. E. Balestrino (D.E.A. Azienda ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo). All'avvio del progetto la rete regionale era costituita da 31 D.E.A. in Piemonte ed 1 D.E.A. in Valle d'Aosta.

Scopo del progetto è la valutazione di qualità dei servizi di pronto soccorso mediante l'identificazione di criteri organizzativi, procedurali e gestionali fino alla individuazione di elementi costitutivi di un sistema di accreditamento, alla sperimentazione di una metodologia conseguente ed alla formulazione di un manuale di accreditamento.

La scelta dell'accredimento dei servizi di pronto soccorso riconosce molteplici motivazioni:

— la necessità prioritaria di una nazionalizzazione operativa di questi

servizi, modulo cardine del sistema dell'emergenza-urgenza;

— la buona probabilità di standardizzazione delle caratteristiche strutturali, procedurali e gestionali;

— la buona integrazione tra personale medico ed infermieristico;

— la distribuzione territoriale diffusa ed articolata.

All'avvio del progetto è stata richiesta ufficialmente la collaborazione dei primari e c/o responsabili del servizio di pronto soccorso e dei coordinatori dei D.E.A. mediante la partecipazione alle riunioni del costituendo gruppo operativo di un medico e di un infermiere professionale, formalmente delegati.

Contemporaneamente è stato inviato un «questionario minimo» ai direttori sanitari degli ospedali sede di D.E.A., con richiesta di dati relativi a:

— numero complessivo di posti letto dell'ospedale;

— bacino di utenza del D.E.A.;

— numero di visite in pronto soccorso nel 1993;

— dotazione o meno di posti letto di degenza temporanea;

— richiesta della formale designazione di un medico del D.E.A. e c/o della direzione sanitaria quale referente per il progetto.

A seguito di quelle prime iniziative si è ottenuto:

— uno schedario completo dei database dei servizi di pronto soccorso nei D.E.A.;

— un elenco di referenti del progetto, tale da costituire una rete;

— la costituzione del «Gruppo operativo interregionale», responsabile del progetto, formato da circa 80 tra medici (internisti, chirurghi, anestesisti-rianimatori, neurologi, pediatri, della direzione sanitaria) ed infermieri professionali.

Le riunioni del «Gruppo operativo» si sono svolte con periodicità media di tre settimane.

Il progetto che si è sviluppato attraverso fasi sequenziali di lavoro, durante il periodo giugno 1994-giugno 1997, ha consentito di produrre il manuale di accreditamento.

L'adesione ai criteri di accreditamento è stata rilevata per i pronto soccorso aderenti al prospetto per testarne l'applicabilità e produrre i criteri definitivi.

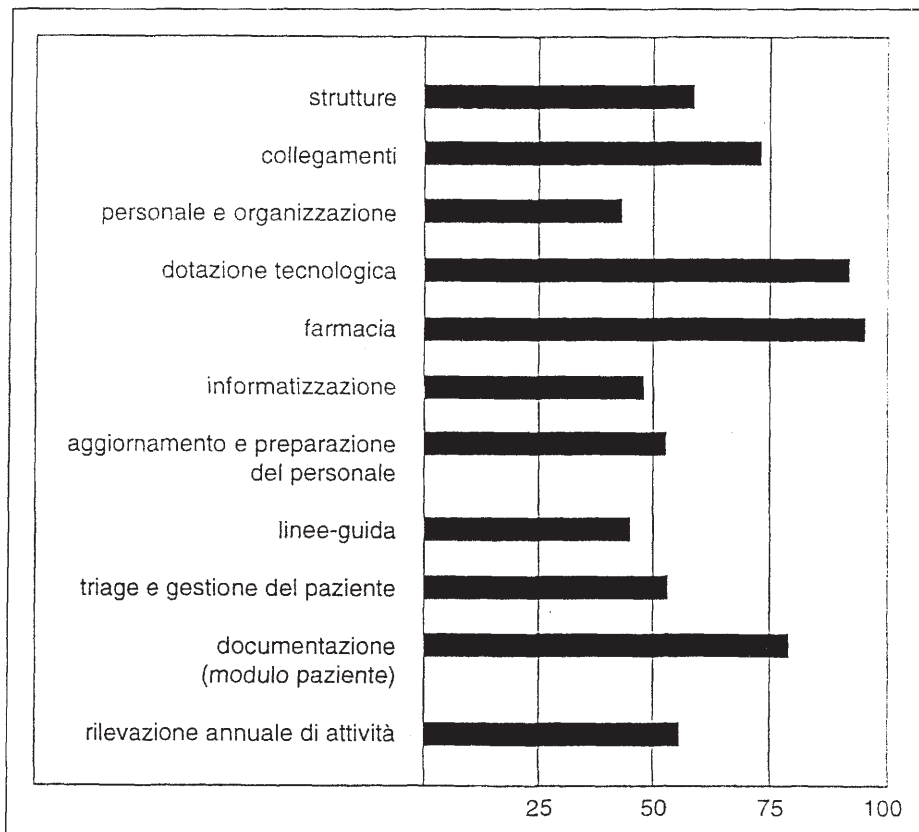
3. I risultati e le prospettive

I risultati complessivi di adesione dei pronto soccorso (24/31) a tutti i 63 criteri strutturali e procedurali della prima lista (relazioni delle visite del gennaio-aprile 1996) sono variabili, da un minimo del 46,8% ad un massimo del 91% (media 79%).

In particolare l'adeguatezza media nelle varie sezioni è la seguente: locali e altre strutture 61,6%; collegamenti con servizi diagnostici, specialisti reperibili ed ambulatori ordinari 70,6%; personale e organizzazione 44,5%; dotazione tecnologica 80%; farmacia 91%; informatizzazione 49,3%; aggiornamento e preparazione del personale 52,2%; linee guida 46,8%; triage e gestione del paziente 52,2%; documentazione (modulo paziente) 80%; rilevazione di attività 56,8% (tabella 1).

Il confronto tra autovalutazione (questionari 1995) e valutazione degli esperti (relazioni 1996), per i criteri più qualificanti, tra i 23 pronto soccorso comparabili, non ha evidenziato complessivamente variazioni sostanziali. Tra i dati ove risulta discrepanza 1996 *versus* 1995 si possono citare: i pronto soccorso con passaggi medi > a 100 (54,5%-38%); i programmi di aggiornamento effettivamente avviati (45,4%-41,9%); la presenza di linee guida (50%-31%); l'assistenza infermieristica secondo piani di lavoro (72,7%-48,3); l'infermiere di accettazione (45,4%-33,3%); il triage con

Tabella 1 - Adesione complessiva ai criteri di accreditamento (63 criteri strutturali e procedurali suddivisi in 11 sezioni e sottosezioni) verifica con visite di accreditamento nei servizi di pronto soccorso dei D.E.A. (24/31), 1996



formulazione di codice di priorità (31%-17,2%).

Per quanto riguarda la struttura del «Manuale di accreditamento» pubblicato, occorre considerare che lo schema dell'accREDITAMENTO di eccellenza, derivato dalle esperienze internazionali e nazionali, indaga e valuta le dimensioni della qualità di un servizio collocate tra loro da relazioni di interdipendenza: qualità manageriale (criteri organizzativi e gestionali); qualità tecnica (criteri procedurali); qualità percepita (criteri di soddisfazione degli operatori e degli utenti).

Da questo schema deriva una formulazione dei 69 nuovi criteri nel «Manuale di accREDITAMENTO» articolata in nove aree di aggregazione (tabella 2). Alcuni esempi di criteri sono riportati nei box 1, 2 e 3 (in fondo all'articolo).

Tabella 2 - Struttura del manuale di accreditamento

	Area di aggregazione dei criteri	Numero di criteri
1	Direzione e organizzazione generale (obiettivi, organigramma, collegamenti, ecc.)	20
2	Strutture (locali ed impianti)	2
3	Attrezzature e dotazioni (strumentazione e farmaci)	10
4	Formazione del personale (piani di formazione, addestramento specifico, ecc.)	7
5	Procedure (linee-guida, protocolli e triage)	3
6	Documentazione e sistema informativo (modulistica, reports, ecc.)	7
7	Valutazione e miglioramento della qualità (valutazione delle attività, indicatori, ecc.)	6
8	Sicurezza e soddisfazione degli operatori (prevenzione dei rischi, relazioni interne, ecc.)	7
9	Diritti e soddisfazione dell'utente (carta dei servizi, informazioni, reclami, ecc.)	7

Per misurare la correlazione del criterio ai risultati attesi sono contemplati 5 livelli di adesione (tabella 3).

La verifica dell'adesione ai criteri strutturali e procedurali della prima lista formulata dal gruppo operativo che ha curato il progetto ha consentito, attraverso lo scambio di visite al pronto soccorso (1996), un'analisi capillare dei servizi. La valutazione *in loco* dei criteri ha evidenziato:

— le buone possibilità di standardizzazione delle caratteristiche strutturali e procedurali dei pronto soccorso;

— la validità della metodologia seguita per la valutazione dell'adesione ai criteri di accREDITAMENTO;

— il buon livello qualitativo delle attrezzature, della documentazione e del collegamenti con gli altri servizi;

— un netto miglioramento nel tempo, derivante in larga parte dalla partecipazione al progetto, in quei settori che dipendono dall'impegno degli operatori, quali l'aggiornamento, la presenza di linee-guida e l'organizzazione del triage.

Tabella 3 - Ponderazione dei criteri

Livello 1:	corrispondenza assoluta al criterio
Livello 2:	corrispondenza significativa al criterio
Livello 3:	corrispondenza parziale al criterio
Livello 4:	corrispondenza minima al criterio
Livello 5:	assenza di corrispondenza al criterio

Per alcuni criteri sono stati individuati i cinque livelli di adesione, per altri è stato previsto un ambito di adesione su un numero inferiore di livelli.

Più complessivamente lo sviluppo del progetto, che ha portato alla stesura e alla pubblicazione del «Manuale di accreditamento dei servizi di R.S. del D.E.A.», ha determinato finora i seguenti esiti su scala regionale:

- l'indicazione di alcune caratteristiche strutturali irrinunciabili;
- l'orientamento delle priorità;
- la garanzia di alcune caratteristiche organizzative, procedurali e gestionali indispensabili, adeguate ed appropriate;
- l'applicazione di modalità uniformi di valutazione e di verifica della *performance*;
- il coinvolgimento degli operatori nell'analisi dell'organizzazione e nel miglioramento continuo della qualità.

Il «Manuale di accreditamento», potrà ora essere sperimentato nei 27 ospedali che hanno mantenuto l'adesione al progetto ed hanno finora collaborato attivamente ai lavori del «Gruppo operativo» e alla elaborazione dello stesso manuale. Anche l'intero sistema dell'emergenza — 118 — delle due Regioni ne trarrà un ovvio vantaggio.

E quindi previsto che gli ospedali possano richiedere al «Gruppo operativo» la «visita di accreditamento» del proprio servizio di pronto soccorso che è un momento fondamentale della procedura.

La finalità della «visita» è esclusivamente professionale e mira ad accrescere la qualità dei servizi sulla base delle indicazioni e del consiglio fornito dagli «esperti», nel corso della valutazione dell'adesione ai criteri. Di fatto, nella valutazione dei «visitatori» (operatori professionali di servizi della stessa tipologia, «esperti» in quanto formati alla procedura) ha particolare peso la capacità di avere un atteggiamento empatico, e non inutilmente critico, nei confronti dell'organizzazione e dell'attività del servizio in esame. Inoltre occorre considerare come la visita sia anche un momento di apprendimento per l'esperto, consentendo un continuo ciclo formativo.

In conclusione la visita è priva di carattere sanzionatorio, in quanto la sua finalità non è fiscale. I risultati delle valutazioni saranno assolutamente confidenziali, mentre il risulta-

to generale («accreditato a pieno titolo»; «non accreditato»; «accreditato per un periodo limitato o con raccomandazioni di miglioramento») può essere reso pubblico.

In ogni caso la validità dell'accREDITAMENTO ha una durata limitata, di regola non superiore a tre anni, dopo di che la procedura deve essere ripetuta.

BIBLIOGRAFIA

- LIVA C., TOSOLINI G., VENTURINI R ET AL. (1994), *L'accREDITAMENTO dei servizi sanitari: un'esperienza pilota in Friuli-Venezia Giulia*, NAM, 10, 1:33-39.
- OTTONE G. (1996), *Pronto soccorso, servizi di emergenza, 118*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- OTTONE G., BALESTRINO E., CICONI E. ET AL. (1996), *Adesione ai criteri di accREDITAMENTO nei servizi di pronto soccorso di Piemonte e Valle d'Aosta: confronto 1996 versus 1995*, Atti VII Congresso nazionale società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (V.R.Q.), Sorrento, 19-22 ottobre 1996.
- PERRARO F., DI STANISLAO F., LIVA C. (1997), *L'accREDITAMENTO dei servizi sanitari. Strumento per qualificare la qualità dell'assistenza*, QA, 7, 2:3-14.
- THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS (1991), *The ACHS Accreditation Guide: standards for Australian health care facilities*, 9th edition.
- THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS (1995), *Draft standards, Charter for Change*, August '95.
- THE JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION (1995), *Comprehensive Accreditation Manual for Hospital*, Oakbrook Terrace, IL, Ed.

Box 1

5

**MANUALE:
CRITERI DI ACCREDITAMENTO****1. DIREZIONE E ORGANIZZAZIONE GENERALE**

1.1. *Il Servizio di PS è un modulo operativo del "sistema dell'emergenza-urgenza". La sua funzione generale (mission) è quella di garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza ed emergenza.*

1.1.1. **Esiste un "documento programmatico" in cui sono esplicitati la visione strategica, gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici e la operatività del Servizio congruenti a quelli dell'azienda.**

punteggio	livello di adesione
1	esiste un "documento programmatico" in cui sono esplicitati tutti gli elementi su indicati
2	esiste un "documento programmatico" in cui sono esplicitati solo alcuni elementi su indicati
4	esiste un "documento programmatico" in cui non è esplicitato alcuno degli elementi su indicati
5	non esiste un "documento programmatico"

1.1.2. **Gli obiettivi:**

- sono basati sui bisogni e/o sulla domanda espressi dalla popolazione e sul mandato legislativo/normativo.
- sono congruenti con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale relativi al "sistema dell'emergenza-urgenza", con gli obiettivi del livello organizzativo sovraordinato (DEA)
- contemplano tempi e risorse necessari al loro raggiungimento
- sono misurabili mediante indicatori

1.1.3. **Gli obiettivi sono orientati a garantire:**

- la qualità tecnico professionale delle prestazioni
- la qualità organizzativa del servizio
- i diritti e la soddisfazione degli utenti-clienti
- la sicurezza e la soddisfazione degli operatori
- il buon uso delle risorse

punteggio	livello di adesione
1	gli obiettivi formulati si riferiscono a tutte le aree su indicate
3	gli obiettivi formulati si riferiscono solo ad alcune delle aree su indicate
5	gli obiettivi formulati non si riferiscono ad alcuna delle aree su indicate

%

%

1.1.4. Gli obiettivi sono misurabili mediante “indicatori” riconducibili alle seguenti tipologie:

- indicatori di risorse
- indicatori di attività
- indicatori di efficienza
- indicatori di efficacia

INTERPRETAZIONE: Gli indicatori di risorse misurano i fattori operativi utilizzati (personale, attrezzature e tecnologie, risorse di materiali); gli indicatori di attività misurano le attività/prestazioni/servizi erogati, per tipologia di utente e *case-mix*; gli indicatori di efficienza rapportano attività svolte e fattori operativi impiegati (*outcome/output*) considerando risorse ed attività in termini sia fisici che monetari; gli indicatori di efficacia rapportano esiti sanitari e prestazioni effettuate (*outcome/output*) e cercano di valutare l’appropriatezza e la qualità delle cure.

punteggio	livello di adesione
1	sono stati formulati indicatori per ciascuna delle tipologie su indicate
3	sono stati formulati indicatori solo per alcune delle tipologie su indicate
5	non sono stati formulati indicatori

1.1.5. Gli obiettivi ed i relativi indicatori sono formulati dal medico dirigente di II livello, responsabile del Servizio, previa consultazione obbligatoria dei medici dirigenti di I livello e del caposala in organico nel Servizio.

Adattato da: G. OTTONE, E. BALESTRINO (1998) *Manuale di accreditamento del Pronto Soccorso - L'esperienza del Piemonte e Valle d'Aosta*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. 19-21.

Box 2

%

5. PROCEDURE

5.1 Sono formulati per iscritto e verificati nel tempo linee-guida di comportamento pratico e protocolli, al fine di adottare le decisioni più appropriate nella gestione delle situazioni cliniche specifiche della "emergenza-urgenza".

5.1.1. Sono presenti e disponibili linee-guida e protocolli sugli aspetti *diagnostico-terapeutici, medico-legali, di igiene e profilassi, gestionale-organizzativi*, considerati maggiormente utili ai fini del miglioramento dell'organizzazione e della performance* del Servizio; essi sono corredati di nome degli autori e di data dell'ultima revisione.

[* performance: la capacità di una organizzazione di realizzare quei processi che incrementano la probabilità di ottenere gli *outcomes* desiderati]

	presenza		nome degli autori		data di revisione	
	si	no	si	no	si	no
LINEE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE						
1 Rianimazione cardio-polmonare e arresto cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Traumatizzato cranico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Politraumatizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ustioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avvelenamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINEE-GUIDA MEDICO-LEGALI						
1 Modalità di riconoscimento dei pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Violenze sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Abuso sessuale su bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Violenze su minori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Trattamento sanitario obbligatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Consenso informato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Rifiuto del trattamento e/o del ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINEE-GUIDA DI IGIENE E PROFILASSI						
1 Indicazioni e modalità d'esecuzione delle vaccinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Esposizione a sangue potenzialmente infetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Procedure di prevenzione e controllo delle infezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINEE-GUIDA GESTIONALI ED ORGANIZZATIVE						
1 Accettazione del paziente e <i>Triage</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Modalità di trasferimento dei pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Rapporti con C.O. 118 e Servizio di Guardia Medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Gestione dei pazienti violenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Trasmissione d'informazioni a parenti, funzionari di PS o Carabinieri, giornalisti o estranei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Gestione oggetti di proprietà dei pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Modalità di comunicazione col medico di Medicina Generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

%

% PROCEDURE

punteggio	livello di adesione
1	è presente e disponibile almeno l'80% di linee-guida e protocolli su indicati
2	è presente e disponibile almeno il 70%% di linee-guida e protocolli su indicati
3	è presente e disponibile almeno il 60%% di linee-guida e protocolli su indicati
4	è presente e disponibile almeno il 50%% di linee-guida e protocolli su indicati
5	è presente e disponibile meno del 50%% di linee-guida e protocolli su indicati "

5.1.2. L'utente-cliente, giunto in PS è gestito dal personale medico ed infermieristico attraverso un ciclo operativo specifico.

INTERPRETAZIONE: Il ciclo operativo, che assicura l'immediata valutazione del paziente, deve essere articolato in:

- accettazione del paziente, *triage* e codice di priorità
- valutazione clinica e codici di gravità
- stabilizzazione clinica
- richiesta di esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche
- criteri di dimissibilità, di ricovero, di trasferimento ad altro presidio mediante trasporto protetto

punteggio	livello di adesione
1	l'utente-cliente è gestito dal personale medico ed infermieristico secondo il ciclo operativo su indicato
3	l'utente-cliente è gestito dal personale medico ed infermieristico secondo un ciclo operativo solo in parte corrispondente a quello su indicato
5	l'utente-cliente non è gestito dal personale medico ed infermieristico secondo un ciclo operativo specifico

5.1.3. L'accettazione dell'utente-cliente in PS avviene all'interno del locale per il *triage* ed è svolta da un infermiere professionale appositamente preposto

INTERPRETAZIONE: L'infermiere professionale preposto ha i seguenti compiti:

- accoglienza, identificazione anagrafica e registrazione del paziente, con l'ausilio del personale amministrativo nell'orario in cui questo è presente;
- rapida investigazione circa le esigenze del paziente e raccolta di semplici informazioni circa la sintomatologia ed i precedenti anamnestici, interrogando il paziente e/o i suoi accompagnatori;
- invio degli accompagnatori del paziente nella zona di attesa, salvo esigenze particolari;
- valutazione dello stato generale e dei parametri vitali e, sulla base di criteri di priorità, selezione del paziente in condizioni critiche;
- formulazione scritta del codice di priorità (codice colore) e consegna dello stesso anche al paziente a scopo informativo;
- preparazione del paziente alla visita (nel caso di paziente critico facendolo sdraiare su una barella a fondo rigido e radiotrasparente);
- consegna del paziente identificato dal codice di priorità all'infermiere professionale addetto alla sala visita (nel caso di malato critico immediato inoltra alla sala attrezzata per l'emergenza).%

%

punteggio	livello di adesione
1	l'accettazione avviene nel locale per il <i>triage</i> ed è svolta da un IP appositamente preposto
3	l'accettazione o non avviene nel locale per il <i>triage</i> o non è svolta da un IP appositamente preposto
5	l'accettazione non avviene nel locale per il <i>triage</i> e non è svolta da un IP appositamente preposto

Box 3

6. DOCUMENTAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO

6. 1. Deve esistere un sistema informativo strutturato in modo da fornire tutta la documentazione e i dati necessari per determinare l'attività svolta e l'adeguatezza degli indicatori e degli standard previsti

6.1.1. Esiste una forma di registrazione (cartacea, o computerizzata, o a moduli separati) degli utenti afferenti al PS, archiviata ed accessibile.

punteggio	livello di adesione
1	esiste una forma di registrazione degli utenti-clienti, archiviata ed accessibile
3	esiste una forma di registrazione degli utenti-clienti, archiviata am non accessibile o accessibile con modalità e/o tempi non funzionali alle esigenze del Servizio
5	non esiste una forma di registrazione degli utenti-clienti, archiviata ed accessibile

6.1.2. Per tutti gli utenti-clienti è prevista la compilazione del modulo-paziente, che prevede specifiche informazioni.

Informazioni specifiche		presenza	
		si	no
α	Codice di priorità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β	Codice di gravità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	Data e ora di accettazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Dati anagrafici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Numero di tessera sanitaria e/o di codice fiscale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Recapito telefonico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Data e ora della visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Firma del medico accettante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adattato da: G. OTTONE, E. BALESTRINO (1998) *Manuale di accreditamento del Pronto Soccorso – L'esperienza del Piemonte e Valle d'Aosta*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp.43-46.

La sanità nel mondo

Sezione 4^a

FORMARE MANAGERS EFFICACI

di Paola Adinolfi¹, Hugh Flanagan², Peter Spurgeon²

¹ Dipartimento di studi e ricerche aziendali - Università degli studi di Salerno

² Università di Birmingham

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Definizione di «*performance* efficace» - 3. Una ricerca sul Servizio sanitario nazionale britannico - 4. I «modelli di efficacia» dei *manager* del Servizio sanitario nazionale britannico - 5. Analisi sistematica dei fabbisogni di formazione - 6. Sviluppo della metodologia di misura - 7. Diretrici di ricerca future.

1. Introduzione

Questo contributo tratta due problematiche chiave che occorre necessariamente affrontare prima di investire in formazione manageriale. La necessità di comprendere, in primo luogo, quale tipo di comportamento manageriale determina una «*performance* efficace», e, in secondo luogo, di identificare rigorosamente gli specifici fabbisogni formativi di *manager* o gruppi di *manager* in funzione del modello di «*performance* efficace». Lo scopo della formazione manageriale, dopotutto, è quello di colmare il divario tra la *performance* effettiva e quella desiderata.

Al fine di illustrare i punti suddetti, saranno discusse due aree di ricerca attualmente in corso presso l'università di Birmingham.

2. Definizione di «*performance* efficace»

Fondamentalmente l'attività del *manager* consiste nel «fare qualcosa» o nell'«organizzare gli altri per far fare loro qualcosa», e dipende dal tipo di lavoro, dalla collocazione del *manager* nell'organizzazione, dalla natura dell'organizzazione etc. L'uti-

lizzo del termine «efficace» con riferimento a quello che un *manager* fa richiede che tale attività soddisfi un'aspettativa o uno scopo. Pertanto il *manager*, per essere efficace, deve fare cose che sono considerate necessarie o rilevanti dall'organizzazione nella quale egli/ella lavora. In taluni casi, tali aspettative possono essere esplicite e definite in termini di obiettivi individuali o contributi agli obiettivi dell'organizzazione. In altri casi, esse possono essere implicite ed espresse dalle norme culturali che sottostanno a determinati comportamenti attesi o posti in essere dai *manager* all'interno di un'organizzazione. È possibile anche che le aspettative siano al contempo implicite ed esplicite. Anche se talora esse sono apparentemente esplicite in quanto definiscono in modo chiaro cosa il *manager* dovrebbe fare — ossia gli obiettivi che egli/ella dovrebbe perseguire — possono esistere una serie di aspettative implicite sul modo in cui egli/ella dovrebbe perseguire tali obiettivi.

«L'efficacia dovrebbe essere sempre accompagnata da una dichiarazione di scopo, di intenti o di funzione» (Burgoyne, 1976). Tutte le definizioni di efficacia che si trovano nei dizionari cominciano in modo simile, e cioè

«efficace»: colui che produce o è capace di produrre un risultato. Applicare tale concetto ad un contesto manageriale implica una precisa definizione di cosa è il *management* e la sua funzione in relazione agli scopi e ai bisogni della specifica organizzazione. La domanda da porsi è: quali sono gli *output* essenziali per adempiere alle finalità dell'organizzazione a cui i *manager* contribuiscono con il loro lavoro?

Il problema essenziale è raggiungere un accordo circa lo scopo primario, la missione o la funzione dell'organizzazione nonché i suoi obiettivi chiave. Discutere la *performance* o l'efficacia di un'organizzazione genera necessariamente un dibattito su come vanno definiti gli obiettivi dell'organizzazione e i criteri per misurare la *performance*, ponendosi domande del tipo: qual è il suo scopo? che cosa ci si attende dalle persone che la gestiscono? Senza tale accordo, diventerebbe un esercizio impossibile selezionare, in

Il presente lavoro è frutto di uno sforzo comune, cionondimeno Hugh Flanagan e Peter Spurgeon sono autori dei paragrafi 1, 2, 3, 4, 5 e 6, mentre Paola Adinolfi ha elaborato il paragrafo 7.

maniera in qualche modo oggettiva, le operazioni appropriate per soddisfare «i diversi valori e gli interessi di tutti gli *stakeholders*», ed i vari concetti di efficacia manageriale sarebbero non solo totalmente soggettivi ma anche così diversi ed eterogenei da diventare insostenibili.

«Prescrizioni generali di efficacia raramente sono calzanti per una specifica organizzazione. Noi riteniamo che sia molto più importante essere capaci di diagnosticare quali sono le caratteristiche di efficacia manageriale in una specifica azienda, ad un dato livello, e l'evidenza empirica disponibile ci dà ragione» (Stewart e Stewart, 1981, pag. 51). Utilizzando la tecnica della *repertory grid*, Valery e Andre Stewart hanno identificato da 60 a 90 caratteristiche che differenziano un *manager* efficace da uno inefficace, e soltanto un terzo delle caratteristiche è comune a tutte le organizzazioni ed i tipi di lavoro. Le caratteristiche rimanenti riflettono l'unicità di lavori particolari derivanti dalla natura dell'attività o dal ruolo ricoperto, il tipo di organizzazione, la sua storia ed evoluzione, la sua cultura specifica e il suo stile, nonché la sua appartenenza al settore pubblico o privato, e infine l'ambiente generale in cui tale organizzazione si colloca. La conclusione dei due autori è che non esiste un concetto universale di efficacia manageriale.

Il termine «*manager* efficace» presuppone una descrizione chiara e condivisa di cosa i *manager* dovrebbero fare, a fronte di quello che essi fanno effettivamente. Non sembra dunque possibile mantenere uno *standard* oggettivo assoluto rispetto al quale comparare i comportamenti e le attività dei *manager*. Lo *standard* dovrebbe essere contingente. «Un tale *standard* contingente rispetto al quale confrontare la concreta pratica manageriale potrebbe essere ciò che gli altri richiedo-

no ai *manager*. La «bontà» di una pratica manageriale potrebbe dunque essere concepita come la misura in cui la *performance* dei *manager* soddisfa le aspettative altrui» (Hales, 1986, pag. 108). La capacità cruciale dell'organizzazione sembra essere quindi quella di assicurare che dalle singole situazioni (*performance* effettiva *versus performance* attesa) derivi la definizione di obiettivi generali dell'organizzazione.

Il confronto tra ciò che i *manager* fanno e ciò che ci si attende che facciano richiede una qualche cornice concettuale in cui collocare i comportamenti identificati. Tuttavia dal punto di vista del singolo *manager* può non avere rilevanza il fatto che esista o meno una chiara definizione dello scopo o degli obiettivi dell'organizzazione nel suo complesso. La principale preoccupazione di un *manager*, che fa riferimento alla sua sopravvivenza nell'organizzazione e al suo avanzamento, può consistere semplicemente nell'essere percepito come efficace, cioè nell'aver una reputazione di efficacia, il che attiene alla «capacità di un *manager* di soddisfare, nel corso del suo lavoro, un certo numero di *stakeholders*, anche in conflitto tra loro» (Tsui, 1984, pag. 30). Questo, per il singolo individuo, può essere molto più importante dell'efficacia globale dell'organizzazione, cioè del fatto che essa stia perseguendo o meno il suo scopo, comunque definito.

Come già osservato, le aspettative possono essere definite esplicitamente in termini di obiettivi oppure possono essere implicite, o entrambe le cose. I processi di definizione degli obiettivi nella maggior parte delle organizzazioni sono inadeguati in quanto non tengono conto di tutte le aspettative. La capacità cruciale che i *manager* devono sviluppare è quella di «acquisire una grande sensibilità e capacità di negoziare tra le diverse domande di ruo-

lo, formali o informali, dichiarate o sottintese, che pervengono loro» (Hales, 1987, pag. 33).

3. Una ricerca sul Servizio sanitario nazionale britannico

Una ricerca effettuata sui *senior manager* del Servizio sanitario nazionale britannico fornisce indicazioni preziose su come questo gruppo chiave percepisce in pratica l'efficacia manageriale. Tali indicazioni hanno implicazioni per la selezione, la valutazione e lo sviluppo dei *manager* e per l'elaborazione di «strategie di *performance*» a livello dell'intera organizzazione.

La ricerca effettuata dimostra che l'efficacia manageriale è un concetto negoziabile formatosi attorno a una serie di aspettative tra loro interconnesse (Flanagan e Spurgeon, 1996). I *manager* costruiscono dei propri modelli mentali della realtà della loro organizzazione, che li aiutano a comprendere e interpretare quanto accade. La ricerca originale si fonda su interviste aperte e chiuse, nonché su questionari basati sui risultati delle interviste, somministrati a 70 alti dirigenti in totale, appartenenti a 12 organizzazioni sanitarie. Lo scopo è di individuare le percezioni individuali di efficacia manageriale, basandosi sul presupposto che tali percezioni individuali da un lato riflettono l'esperienza passata e dall'altro condizionano il comportamento futuro dei *manager*.

Le principali conclusioni raggiunte sono le seguenti:

— non esiste una verità assoluta o oggettiva in materia di efficacia manageriale. All'interno di ogni organizzazione esiste un concetto diffuso e soggettivo, almenoché non vi sia uno sforzo deliberato e sostenuto di esplicitare una particolare concezione di efficacia condivisa dai *manager* dell'organizzazione;

— è possibile produrre una lista di «competenze» o «caratteristiche» di efficacia per un dato gruppo, o livello, manageriale all'interno di un'organizzazione ampia come il Servizio sanitario nazionale, ma è probabile che questa abbia una limitata validità, almenoché non sia contestualizzata rispetto alla situazione specifica. L'effettiva efficacia è il risultato dell'interagire complesso tra l'individuo, il suo specifico lavoro e il contesto organizzativo in cui questi sono collocati. Benché vi possa essere una base comune, diversi contesti organizzativi richiedono, perché vi sia efficacia, differenti tipologie e *mix* di capacità, anche a parità di scopi e obiettivi;

— *manager* diversi, appartenenti a diverse organizzazioni ma anche all'interno della medesima organizzazione, concepiscono in modo differente l'efficacia. Ad esempio, per quanto concerne il concetto di *leadership*, nella ricerca sono emerse almeno nove diverse interpretazioni o «aspettative» circa questo aspetto del comportamento manageriale;

— un requisito fondamentale dei *manager* è la capacità di «leggere» o comprendere cosa ci si aspetta da loro in modo da capire quali capacità saranno congruenti o adatte alla specifica situazione. Tali capacità possono essere utilizzate per affrontare la situazione così come si presenta, oppure per cambiarla o rinegoziarla.

Le conclusioni sopra illustrate sollevano una serie di problemi circa il comportamento manageriale nelle organizzazioni.

In primo luogo, la percezione di efficacia dei *manager* è condizionata dalla loro esperienza personale di lavoro in una particolare organizzazione, in altre parole essi «leggono» i segni e i simboli organizzativi e le aspettative degli altri e si comportano di conseguenza. Dunque, per capire se l'organizzazione sta inviando i giusti

messaggi ai suoi *manager* è opportuno specificare il modello di efficacia al quale si ispirano i *manager* dell'organizzazione stessa, a livello individuale e collettivo.

Secondo, il comportamento dei *manager* è governato dalle loro percezioni e opinioni circa l'efficacia. Se un *manager* è capace di «leggere» accuratamente la sua situazione, è più probabile che abbia una *performance* buona (cioè che soddisfa le aspettative dell'organizzazione nei suoi confronti).

Terzo, le percezioni dei *manager* governano le loro aspettative sugli altri. Ad esempio, il vertice aziendale e gli alti dirigenti hanno una notevole influenza sui loro subordinati e ciò condiziona le decisioni in materia di selezione, valutazione e sviluppo.

Quarto, allo scopo di evitare performance scadenti dei *manager*, l'azienda deve essere capace di chiedersi se il modello di efficacia che sta inculcando — consciamente o inconsciamente — è quello voluto, in altri termini deve chiedersi se vuole che i *manager* si comportino in un dato modo e che cosa deve fare per rafforzare (oppure modificare) tali comportamenti. Emerge a questo punto la necessità di valutare i possibili investimenti per migliorare la performance dei *manager*. Potrebbe darsi che un programma di formazione non sia un intervento appropriato, e che sia più utile, come investimento, una qualche forma di sviluppo organizzativo. Questo punto è ripreso successivamente nella discussione circa lo strumento di misurazione utilizzato per identificare i fabbisogni formativi.

Nel caso si consideri opportuno un corso di formazione, nel progettare l'intervento occorre valutarne l'impatto sui modelli di efficacia dei *manager*. Il modo in cui la formazione viene erogata — cioè lo stile e il meto-

do — nonché il contenuto reale e il programma del corso, sono di estrema importanza. L'esperienza del corso può servire per illustrare il modello di efficacia manageriale richiesto ai *manager* partecipanti.

Nel Regno Unito la progettazione di interventi formativi è guidata in misura crescente dall'identificazione delle competenze manageriali chiave su cui focalizzare i programmi. Esistono modelli che sono frutto di ricerche generali e modelli riferiti ad organizzazioni specifiche che derivano da tentativi interni di descrivere i comportamenti manageriali ideali. Questi modelli sono chiamati «competencies», «leadership behaviours» o «skill sets». I termini in essi utilizzati non hanno un significato assoluto, benché si stiano facendo dei seri tentativi di sviluppare e codificare una terminologia comune, come con la «Management Charter Initiative» (1) (1996).

L'esplicitazione individuale di un modello di efficacia comporta una scelta semantica, cioè la scelta di una serie di termini che definiscono una particolare concezione di efficacia. Questo può creare problemi quanto si utilizza un modello generale, i cui termini possono non adattarsi alla cultura o al linguaggio di una organizzazione specifica. Gli stessi termini possono avere significati differenti in diverse organizzazioni. Inoltre, i modelli generali non consentono di ponderare le competenze individuali in relazione alla loro rilevanza per la specifica organizzazione alla quale vengono applicati. Di qui l'esigenza di contestualizzare un modello generale in modo da renderlo uno strumento comune e condiviso per descrivere e sviluppare il comportamento manageriale efficace.

4. I «modelli di efficacia» dei *managers* del Servizio sanitario nazionale britannico

Al fine di illustrare alcuni dei punti sopra discussi si riportano tre ordini di dati, frutto della ricerca empirica condotta presso l'università di Birmingham.

Per mostrare quanto possano essere diversi i criteri utilizzati dai *manager* nel pensare all'efficacia, è sufficiente confrontare le percezioni di soli tre *senior manager* del Servizio sanitario nazionale britannico (si veda la figura 1).

È evidente che questi concetti rappresentano diversi costrutti individuali circa l'efficacia e riflettono l'esistenza di differenze notevoli nell'importanza attribuita ai diversi fattori. I tre *manager* sopra citati probabilmente basano il proprio approccio al *management* sui fattori summenzionati.

I *manager* attribuiscono diversi significati alle medesime parole nel momento in cui discutono l'efficacia di altri *manager*. Ad esempio, nella figura 2 sono riportate le nove diverse descrizioni fornite dai *manager* quando è stato loro chiesto di spiegare che cosa essi intendono per «leadership» come aspetto dell'efficacia manageriale.

Quando l'indagine è stata estesa per cercare di identificare se esiste un modello comune nelle dodici organizzazioni sanitarie, sono state individuate 41 «voci» altamente correlate con il *manager* efficace e che differenziano tra *manager* efficace e *manager* inefficace. Sono state poi individuate ulteriori 25 «voci» altamente correlate con il *manager* inefficace e che differenziano il *manager* efficace da quello inefficace. Le principali dieci di entrambe le categorie sono riportate nella figura 3.

La lezione fondamentale per noi è che non esiste una singola, chiara visione del *management* efficace o dei

manager efficaci. Dipende dalle situazioni: varia da un'organizzazione all'altra e varia anche all'interno di una singola organizzazione nel tempo. Le variazioni possono essere ampie o piccole ma noi riteniamo che è l'elemento variabile che fa la differenza tra l'essere efficace e il non esserlo. Dunque, se è vero che i modelli generali di efficacia sono utili, è anche vero che questi acquisiscono una valenza reale nel momento in cui sono contestualizzati e adottati da una singola organizzazione o da un gruppo di *manager* all'interno di un'organizzazione.

5. Analisi sistematica dei fabbisogni di formazione

Come si è detto, al fine di migliorare la *performance* manageriale è vitale comprendere quali sono i comportamenti che generano una *performance* efficace. Inoltre, perché la formazione sia efficace, occorre identificare rigorosamente i fabbisogni formativi dei singoli *manager* e dei gruppi. Molti programmi formativi non soddisfano questi requisiti, in quanto vengono sviluppati intorno alle idee del «fornitore» di formazione e non si basano su una valutazione sistematica dei fabbi-

Figura 1 - Esempi di criteri di efficacia manageriale giudicati più importanti

<p>Soggetto 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raggiunge obiettivi, ad esempio elevata produzione. 2. Utilizza e manipola il sistema per raggiungere gli obiettivi. 3. È orientato all'azione, ottiene che le cose siano fatte. 4. È estremamente coinvolto e lavoratore indefesso. <p>Soggetto 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. È capace di presentare un'ampia ed equilibrata visione del servizio, riesce a vedere le cose dal punto di vista di un «outsider». 2. Ha «consapevolezza politica». 3. Ha un approccio da ambasciatore. 4. Si presenta come un <i>manager</i> più esperto, equilibrato. <p>Soggetto 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dirige attraverso l'esempio piuttosto che attraverso l'autorità. 2. Non si preoccupa eccessivamente delle cose. 3. Rappresenta un buon esempio per i subordinati. 4. È bravo nel gestire problemi complessi e a lungo termine.

Figura 2 - Descrizione della leadership

<p>Appare in armonia con la gente Ha a cuore le persone nell'organizzazione Ha presenza È carismatico Suscita fiducia È deciso Ha a cuore la sanità Ha coraggio È estroverso</p>
--

Figura 3 - Un modello comune

Il manager efficace	Il manager inefficace
1. Tratta i clinici come pari	1. Genera sentimenti di incertezza negli altri
2. È un lucido pensatore	2. Tende a rallentare se si verificano difficoltà e ha bisogno di essere spronato
3. Si adatta prontamente al cambiamento delle circostanze	3. Preferisce gestire sistemi e strategie piuttosto che persone
4. Cerca di essere un esempio per i subordinati	4. Talvolta ha difficoltà nell'identificare opzioni alternative per l'azione
5. Prende decisioni impopolari se necessario	5. Vuole che i subordinati si consultino con lui prima di prendere decisioni sostanziali, cioè non delega responsabilità e autorità su materie importanti
6. È pronto ad assumere rischi se crede che questo farà muovere le cose	6. Produce molta comunicazione scritta
7. È elastico e si riprende facilmente dalle cadute	7. Reagisce male alle critiche
8. Ha una disposizione scherzosa e fa dell' <i>humour</i> anche nelle situazioni più gravi	8. Presta poca attenzione allo sviluppo della sua squadra
9. Intraprende numerosi contatti con il personale sanitario	9. Ama confrontarsi con persone aventi la sua stessa <i>forma mentis</i> ed evita persone che hanno opinioni e percezioni differenti
10. Raggiunge obiettivi e rispetta scadenze senza dover essere «rincorso»	10. Non mostra grande comprensione per le preoccupazioni delle altre persone
Domande:	
1. È questo modello ugualmente applicabile in tutte le organizzazioni sanitarie?	
2. Come verrebbe interpretato in pratica dai singoli <i>manager</i> ?	

sogni della popolazione *target*. Una raccolta esauriente di informazioni concernenti i fabbisogni formativi consentirebbe invece di valutare le competenze attuali, di identificare le deficienze e conseguentemente di progettare programmi formativi migliori in termini di contenuto, livello e focalizzazione.

La mancanza di una sistematica valutazione dei fabbisogni formativi porta all'erogazione di formazione non sistematica e disomogenea, e spesso non riesce a soddisfare i reali bisogni di sviluppo del personale sanitario.

Tali problemi sono stati affrontati utilizzando strumenti per l'analisi dei fabbisogni formativi. Molta dell'informazione prodotta è tuttavia inadeguata,

in quanto riflette limiti nella progettazione dello strumento di misurazione (Ross, Bower e Sibbaud, 1994). Tipicamente, i questionari utilizzati spesso riflettono le opinioni di coloro che sono responsabili della progettazione e quindi l'informazione che ne deriva tende a rafforzare assunti verticistici su quali siano i fabbisogni formativi. Inoltre, talvolta i questionari sono strutturati in modo da generare «liste di desideri senza priorità», non sufficientemente indicative dei fabbisogni formativi reali dei rispondenti. Un altro limite che caratterizza la maggior parte degli strumenti di analisi dei fabbisogni attualmente in uso consiste nell'utilizzo di tecniche di indagine dirette e trasparenti. Approcci più indi-

retti possono essere invece maggiormente proficui ed evitare distorsioni nelle risposte (Hicks, Hennessy, Cooper e Barwell, 1996). In effetti molte metodologie di misurazione dei fabbisogni formativi esistenti non sono riuscite ad incorporare sufficientemente le proprietà psicometriche della validità e dell'affidabilità.

L'*Health Services Management Centre* dell'università di Birmingham si è impegnato nello sviluppo di uno strumento di analisi dei fabbisogni che segue i seguenti criteri:

1) migliorate affidabilità e validità dei dati sui fabbisogni formativi attraverso l'applicazione di principi psicometrici,

2) possibilità di utilizzare la misura per un ampio numero di dipendenti sanitari senza inficiare le proprietà psicometriche.

Può essere utile esplorare questi concetti in maggiore dettaglio prima di passare all'applicazione. Il concetto di «psicometrico» può essere compreso dividendo il termine in due parti:

«psico», che fa riferimento agli attributi psicologici degli individui,

«metrico», che fa riferimento alla misurazione.

Il termine «psicometrico» fa dunque riferimento ad una misurazione adeguata delle caratteristiche psicologiche di un individuo, e quindi, nel caso di specie, delle percezioni del personale sanitario circa i loro fabbisogni formativi. Con il progredire delle discipline psicologiche e psicometriche si sono affermati due criteri per valutare l'adeguatezza dello strumento di misura: la affidabilità e la validità.

Per affidabilità si intende la coerenza della metodologia utilizzata e la replicabilità dei risultati. Trattasi di un requisito fondamentale di un buon strumento di misura. Una misurazione inaffidabile varia in maniera casuale nei risultati prodotti in diversi contesti. Ciò accade perché gli «items»

(cioè i singoli punti delle domande) contenuti nello strumento di misura sono soggetti ad una varietà di influenze: il contesto, la terminologia utilizzata, l'ambiguità semantica, l'imprecisione delle espressioni etc. e di conseguenza le risposte possono divergere sensibilmente nelle diverse occasioni. L'affidabilità si calcola valutando la variabilità dei punteggi attribuiti ad ogni «item», effettuando cioè una forma di correlazione che misura il grado di dispersione dei punteggi. Lo strumento di analisi dei fabbisogni formativi sviluppato dall'*Health Service Management Centre* ha stabilito dei criteri di affidabilità soddisfacenti sia per il questionario nel suo complesso sia per ogni singolo «item».

La validità fa riferimento alla capacità di misurare effettivamente quello che ci si propone di misurare. Essa presuppone l'affidabilità e si collega alla capacità di una misura di predire futuri risultati/comportamenti sulla base dei punteggi ottenuti. Una misura valida è cioè in grado di valutare i fabbisogni formativi percepiti dagli individui sulla base delle loro risposte ad una serie di domande ed è in grado di dimostrare che, formando il personale nelle aree individuate, si produrrebbe un miglioramento misurabile nella *performance* o nell'efficacia. Anche sotto l'aspetto della validità lo strumento elaborato dall'università di Birmingham ha individuato dei criteri soddisfacenti con riferimento ad una ampia tipologia di personale sanitario.

6. Sviluppo della metodologia di misura

La metodologia di rilevazione dei fabbisogni formativi è stata sviluppata per essere applicabile su diverse categorie di personale sanitario. La fase iniziale del lavoro di sviluppo è consistita nella raccolta di informazioni qualitative attraverso interviste strut-

turate a gruppi di *manager* rilevanti. Le informazioni ottenute hanno reso possibile lo sviluppo di un questionario di rilevazione dei fabbisogni formativi, nel quale si richiede di attribuire, per ogni attività svolta dal *manager*, un punteggio da 1 a 7 su tre aspetti significativi:

1) la criticità dell'attività per il lavoro svolto dal rispondente, in modo da ottenere un profilo «occupazionale»,

2) l'attuale livello di *performance* per ognuna delle attività, in maniera tale da individuare le aree in cui vi è maggiore necessità di intervento,

3) il metodo formativo preferito.

L'analisi dei dati rivela che lo strumento elaborato ha un alto grado di affidabilità, sia a livello di scala che di singola voce, nonché un'elevata validità in termini di collegamento con le *performance* dei rispondenti. Dunque esso consente una solida, sistematica descrizione dei fabbisogni formativi individuali e quindi facilita la progettazione di interventi di formazione mirati. Inoltre i profili individuali dei *manager* possono essere combinati in modo da produrre profili di squadra o di gruppo così che la formazione possa essere mirata a colmare le lacune individuali e collettive e in tal modo possa migliorare l'efficacia globale della squadra.

In sintesi, prima di investire nella formazione manageriale, occorre esplicitare il modello di efficacia manageriale che si vuole perseguire, e ciò pone il problema delle percezioni soggettive e della necessità di contestualizzare il modello per assicurare adeguatezza e rilevanza. Occorre poi effettuare una valutazione rigorosa dei fabbisogni formativi in relazione al modello di efficacia individuato in modo da garantire la appropriatezza dell'investimento in termini sia di metodo, sia di contenuto, che di gruppo-*target*. Per essere rigoroso, lo stru-

mento per la rilevazione dei fabbisogni formativi va progettato sulla base di principi psicometrici corretti che assicurino affidabilità e validità.

Questi sono dunque i temi che sono stati discussi in questo articolo:

a) il concetto di efficacia va specificato chiaramente e concordato in qualsivoglia contesto;

b) il potenziale investimento in formazione deve essere mirato e focalizzato. A tal fine occorre valutare accuratamente i fabbisogni formativi, in maniera affidabile e tale che l'implementazione della formazione possa poi produrre un sensibile miglioramento nella *performance*.

Ogni organizzazione può utilizzare la strumentazione della analisi dei fabbisogni formativi e adattarla al suo contesto specifico.

7. Direttrici di ricerca future

La concezione di efficacia manageriale esposta nei precedenti paragrafi si avvicina a quella di Morse e Wagner (1978), secondo cui essa può associarsi alla consapevolezza dei differenti obiettivi perseguibili e dei differenti comportamenti adottabili nonché alla capacità di leggere le «contingenze» specifiche della situazione e scegliere i comportamenti più adeguati a tali «contingenze» in relazione agli obiettivi individuati. Se si accoglie una concezione «soggettiva» e «relativa» del concetto di *performance* manageriale efficace, e se nello stesso tempo si ritiene che lo scopo della formazione è quello di colmare il divario tra la *performance* effettiva e quella desiderata, diventa interessante studiare quali sono i «modelli mentali» di efficacia manageriale che ispirano i comportamenti dei *manager* nelle nostre aziende sanitarie, e verificare se ed in quale misura essi conducono a differenti fabbisogni formativi. Un'indagine di tal genere sarà condotta nell'ambito di

una ricerca che si sta attualmente svolgendo presso il Dipartimento di studi e ricerche aziendali dell'università di Salerno, in collaborazione con l'*Health Service Management Centre* dell'università di Birmingham.

La ricerca si propone di studiare i modelli comportamentali di efficacia che ispirano i *manager* del nostro Servizio sanitario nazionale, la strumentazione professionale da questi adottata nell'espletamento della funzione direzionale, gli impedimenti che limitano la loro possibilità di azione e i fattori che invece la sostengono, infine i fabbisogni e le preferenze dei *managers* in tema di formazione.

Il progetto prevede tre fasi. La prima fase, che può definirsi pilota, consiste in un'indagine esplorativa su un campione limitato di *manager* di aziende sanitarie italiane. Essa ha una funzione metodologica e sostanziale: consente di tarare lo strumento di raccolta dei dati, ossia il questionario-guida per le interviste, e di formulare alcune ipotesi iniziali da sottoporre a verifica nella seconda fase della ricerca. La seconda fase costituisce la ricerca sul campo vera e propria, e consiste nell'effettuazione di interviste strutturate ad un campione di 100 dirigenti, costituito da «top manager» (direttori generali, direttori amministrativi e direttori sanitari), «*manager intermedi*» (direttori di dipartimento, di area, di distretto) e «*manager di linea*» (dirigenti di servizi, primari). Infine, la terza fase prevede l'analisi e l'interpretazione dei dati raccolti alla luce di un confronto con i risultati dell'indagine condotta da Spurgeon e Flanagan (1996) sui *manager* del Servizio sanitario nazionale britannico.

Per comprendere a fondo l'oggetto della ricerca è opportuno illustrare il questionario-guida per le interviste. Esso si articola in quattro sezioni.

Nella prima sezione si punta a rilevare le percezioni dei *manager* circa le

determinanti comportamentali dell'efficacia. Per rendere possibili confronti tra diversi «modelli mentali» di efficacia manageriale si utilizza una griglia preconstituita di risposte, che include 46 possibili fattori di efficacia, ai quali i *manager* intervistati devono dare un voto da 1 a 7. La griglia è formulata in base ai risultati dell'indagine empirica condotta da Spurgeon e Flanagan (1996) sui *manager* del *National Health Service*, in modo da facilitare le comparazioni in fase di analisi ed interpretazione dei dati.

Nella seconda sezione viene analizzata la dimensione tecnico-specialistica «oggettiva» delle pratiche manageriali, le quali fanno riferimento al «bagaglio di competenze a disposizione dei dirigenti riguardo alle tecniche e ai sistemi direzionali» (Salvemini, 1985, pag. 34). Anche in questo caso ci si avvale di una griglia preconstituita di risposte, che include 36 possibili attività manageriali, sulla cui rilevanza i *manager* devono esprimersi dando un voto da 1 a 7. Per la formulazione della griglia ci si è ispirati al filone «strutturalista» di studi manageriali, e in particolare si è preso spunto da un modello elaborato dal CRORA dell'università Bocconi (Rugiadini, 1985), che utilizza una classificazione delle attività manageriali in quattro macroaree: pratiche di controllo, riferite ai sistemi e processi di *budgeting* e controllo direzionale; pratiche di pianificazione, che fanno riferimento ai sistemi e ai processi di pianificazione di medio-lungo periodo; pratiche di organizzazione, connesse alle scelte di strutturazione organizzativa in risposta alle esigenze di specializzazione e coordinamento; e, infine, pratiche di valutazione, che fanno riferimento ai processi di selezione, valutazione, remunerazione e sviluppo delle risorse umane. Per indagare il grado di managerialità delle pratiche adottate dai dirigenti intervistati, il CRORA ha indi-

viduato quattro dimensioni: la «metodicità», che fa riferimento alla complessità/sofisticazione dei metodi e delle tecniche impiegate nei sistemi manageriali; la «impersonalità», che inerisce all'organizzazione, l'esplicitazione e la formalizzazione dei processi manageriali, la «diffusione», che riguarda l'ampiezza delle competenze e del coinvolgimento manageriale, la «anticipazione», che concerne la capacità di un sistema di prevedere problemi e ipotesi innovative inerenti la propria funzione. La dimensione della metodicità può essere assunta come indicatore della managerialità di tutte e quattro le pratiche, e ad essa può essere affiancata un'ulteriore dimensione per definire meglio l'efficacia delle pratiche. Tale dimensione risulta essere quella della «anticipazione» nel caso delle pratiche di pianificazione, della «diffusione» per le pratiche di controllo infine della «impersonalità» per le pratiche di organizzazione e di valutazione.

Per elaborare la griglia preconstituita di risposte sono state definite in dettaglio, per ognuna delle quattro tipologie di pratiche, 9 possibili attività manageriali, prendendo spunto dai risultati di una ricerca empirica condotta dall'*Imperial College* di Londra (Dawson *et al.*, 1996), volta ad esplorare la natura del lavoro dei *manager* di aziende sanitarie inglesi e i loro fabbisogni di formazione e sviluppo. La formulazione della griglia di risposte consente quindi di effettuare, in fase di interpretazione dei risultati, un utile confronto sia con le pratiche manageriali adottate nelle imprese industriali italiane indagate dal CRORA, sia con quelle adottate nelle aziende sanitarie britanniche studiate dall'*Imperial College*.

Coerentemente con la metodologia di rilevazione dei fabbisogni formativi esposta nei precedenti paragrafi, ai *manager* intervistati si chiede di indi-

care anche, per ognuna delle attività elencate, il proprio livello individuale di *performance*. Vengono inoltre indagate le preferenze dei *manager* circa i diversi metodi di formazione e viene chiesto un parere in merito alle esperienze formative personalmente vissute. Ciò dovrebbe consentire una valutazione sulla ricaduta organizzativa dei diversi tipi di interventi formativi (variabili in rapporto al contenuto e ai metodi didattici).

A completamento dell'indagine circa la natura del lavoro manageriale, nella terza sezione del questionario vengono analizzate le fonti di supporto (interne ed esterne all'organizzazione) nonché gli ostacoli all'efficacia manageriale. Anche in questo caso, per l'elaborazione della griglia di risposte precostituita si fa ricorso ai risultati dell'indagine di Dawson *et al.* (1996), che identifica le principali fonti interne di supporto al *management*. Per le fonti esterne di supporto ai manager si fa riferimento invece al citato modello del CRORA, che individua, tra le variabili condizionanti il livello di managerialità, le «infrastrutture manageriali», ossia le istituzioni che direttamente o indirettamente contribuiscono a sostenere e a diffondere nel tempo la managerialità, distinguendo tra i «concettualizzatori» (università, enti di ricerca, accademici), i quali elaborano modelli teorici partendo dall'osservazione delle soluzioni adottate dai *manager* ai problemi concreti, i «catalizzatori» (Stato, associazioni di aziende, associazioni di dirigenti), che hanno il compito di promuovere lo sviluppo della managerialità; i «diffusori», ossia i formatori, gli informatori, gli intermediari di mobilità e i consulenti.

Infine, nella quarta sezione del questionario, vengono richiesti alcuni dati personali: età, sesso, titolo di studi, esposizione funzionale (numero e varietà di aree funzionali in cui i dirigen-

ti hanno operato), esposizione aziendale (numero e varietà di aziende in cui i dirigenti si sono avvicinati). Tali dati consentono di completare il profilo personale del management (in contrapposizione a quello oggettivo tecnico-specialistico) fornendo indicazioni in merito alla composizione delle basi educative e all'esposizione professionale dei gruppi dirigenti delle aziende sanitarie.

Si è previsto inoltre di integrare i dati sulle pratiche manageriali risultanti dalle risposte alla seconda sezione del questionario con una serie di informazioni qualitative, ottenibili attingendo a materiale e documentazione interna o tramite interviste con i vertici aziendali. In particolare, prendendo spunto anche da alcune indicazioni di Borgonovi (1997), per raccogliere dati sulle pratiche di pianificazione, si intende consultare documentazione riguardante: i piani strategici, i piani di risanamento, la carta dei servizi, e infine stime, previsioni o delineazione di scenari futuri; per assumere informazioni circa le pratiche di controllo, si pensa di consultare i piani di riequilibrio economico, i documenti sulla contabilità analitica e sul sistema informativo, *budget* e analisi di scostamenti; ci si propone inoltre di studiare le pratiche di organizzazione analizzando la documentazione relativa ad iniziative di riadeguamento dei posti letto, chiusura di reparti o servizi, apertura di nuovi servizi, semplificazione di procedure, misurazione dei carichi di lavoro ed elaborazione della pianta organica; si prevede infine di raccogliere informazioni circa le pratiche che sinteticamente vengono definite dal CRORA di valutazione, esaminando i piani di formazione e sviluppo del personale, i meccanismi di carriera, i sistemi di valutazione e i connessi sistemi di premio/sanzione.

La ricerca è già in corso di svolgimento. I primi risultati dell'indagine

pilota, condotta su 35 dirigenti di aziende sanitarie campane di diverso livello gerarchico e funzione, forniscono spunti interessanti, benché il campione di *manager* intervistati non possa in alcun modo essere considerato rappresentativo della sanità italiana. Si ritiene quindi utile illustrarli sinteticamente in questa sede.

Per quanto riguarda le determinanti comportamentali dell'efficacia manageriale (esplorate nella prima sezione del questionario), generalmente si è riscontrata nei *manager* intervistati una tendenza a condividere le risposte «preconfezionate» (frutto dell'analoga indagine condotta nel Regno Unito da Spurgeon e Flanagan, 1996), attribuendo generalmente ad ognuna di esse punteggi assai elevati. Ciò può essere indicativo sia di una sostanziale convergenza tra i modelli mentali di efficacia nei *manager* sanitari dei due Paesi, sia di una «inerzia» mentale dei dirigenti delle aziende italiane, che li porta ad accettare acriticamente quanto suggerito per non cimentarsi in prima persona in uno sforzo concettuale (quest'ultima interpretazione sarebbe confermata dalla scarsa presenza di commenti aggiuntivi). Nel tendenziale appiattimento verso l'alto delle risposte fornite, è possibile tuttavia differenziare tra un gruppo di fattori comportamentali che ha ottenuto punteggi costantemente elevati ed un gruppo a cui sono stati attribuiti punteggi leggermente più bassi. Al primo gruppo appartengono tutte quelle caratteristiche comportamentali che fanno riferimento a doti umane del *manager* (non criticare apertamente i subordinati, mettere a proprio agio le persone, comprenderne le preoccupazioni, generare fiducia, indicare chiaramente quello che si vuole perseguire e spiegarne il perché), mentre del secondo gruppo fanno parte alcuni fattori che attengono al grado di autonomia concessa ai subordinati (dare credito

ai dipendenti, incoraggiarli a prendere decisioni autonome su questioni importanti, delegare responsabilità ed autorità). Sembra nel complesso venir fuori l'immagine di un *manager* che possiede la capacità di interagire con gli altri, comprendendoli e motivandoli, ha una visione chiara dell'organizzazione che lo guida nelle sue decisioni e azioni, è in grado di trasmettere la sua visione ai collaboratori, infondendo in loro la necessaria fiducia nelle proprie capacità, ma nello stesso tempo non nutre una fiducia totale nei propri collaboratori, delega solo su aspetti meramente operativi (riservandosi la facoltà di controllo) e conserva sempre l'ultima parola nelle decisioni. Uno stile «umano», paternalistico, che ricerca il consenso ma è scarsamente partecipativo e poco orientato allo sviluppo dei propri dipendenti.

Per quanto concerne le pratiche manageriali, le risultanze dell'indagine pilota hanno suggerito di apportare una serie di modifiche al questionario. Nella domanda in cui si chiede di attribuire un punteggio alle diverse tipologie di attività, a seconda della importanza che rivestono, si è riscontrata una difficoltà degli intervistati a rispondere facendo riferimento ad una situazione teorica ideale, e una tendenza ad interpretare la rilevanza delle varie attività in termini di tempo concretamente speso per ciascuna di esse. Al fine di evitare confusione e disomogeneità nelle risposte, si è deciso quindi di riformulare la domanda chiedendo di specificare quanto tempo viene dedicato ad ognuna delle attività elencate. Il punteggio da 1 a 7 è stato sostituito da giudizi qualitativi («non compete», «niente», «poco», «abbastanza», «molto») onde evitare che i valori numerici venissero intesi come numero di ore dedicate alle diverse attività.

Nel complesso le pratiche di pianificazione appaiono abbastanza diffu-

se, anche se si tratta quasi esclusivamente di programmazione operativa (per lo più informale), e non di pianificazione strategica. Il basso grado di «anticipazione» spiega il grosso peso rivestito dalla gestione dell'emergenza quotidiana, in cui non hanno luogo azioni programmate bensì azioni di risposta ad eventi. Con riferimento alla «metodicità», non si riscontrano differenze significative rispetto alla ricerca condotta dal CRORA, che ha rilevato anche nelle imprese industriali, con le debite proporzioni, processi di pianificazione poco formalizzati e qualitativi.

Circa le pratiche organizzative, queste sembrano essere strettamente limitate all'organizzazione «spicciola» dell'erogazione del servizio, per via dell'esistenza di vincoli normativi e procedurali che definiscono in buona parte le caratteristiche strutturali e di funzionamento delle organizzazioni sanitarie. I limitati spazi disponibili di discrezionalità organizzativa vedono prevalere pratiche informali («coordinamento informale tra diverse parti dell'azienda») con uno scarso ricorso a organi innovativi e trasversali (gruppi di progetto, comitati interfunzionali etc.) e senza collegamenti con i processi di pianificazione (2). Si è di fronte nel complesso, a differenza di quanto riscontrato dal CRORA nelle imprese industriali, a livelli bassi di «metodicità» e «impersonalità».

Le pratiche di gestione delle risorse umane sembrano essere quelle in cui si rileva la maggiore arretratezza rispetto alle imprese industriali. Mentre per il campione investigato dal CRORA si discute della bassa «metodicità» e «impersonalità» di tali pratiche, nelle aziende sanitarie oggetto dell'indagine pilota queste non vengono neanche poste in essere, fatta eccezione per la sola attività di comunicazione (rivolta prevalentemente ai subordinati).

Infine, per quanto riguarda le pratiche di controllo, queste vedono prevalere la gestione delle informazioni e la verifica della correttezza procedurale degli atti, mentre deficitario appare l'impegno profuso in attività connesse al controllo di gestione (analisi dei costi, *budgeting*, controllo finanziario, analisi della customer satisfaction). Anche in questo caso si riscontra dunque una significativa arretratezza delle aziende sanitarie indagate rispetto agli *standard* di managerialità raggiunti nelle aziende industriali.

Di fronte alla richiesta di esprimere, con riferimento alle diverse tipologie di pratiche, un'autovalutazione sulla propria *performance*, i *manager* intervistati non sono sembrati inclini ad ammettere *defaillances*, né i loro superiori si sono sbilanciati in giudizi negativi; ciò ha portato alla decisione di eliminare dal questionario ogni dimensione «valutativa». Considerando che gli intervistati si sono mostrati capaci di una maggiore franchezza nel riconoscere l'insufficienza delle proprie competenze in aree di attività specifiche, si è deciso di chiedere loro direttamente di indicare le proprie esigenze formative in relazione ad ognuna delle attività individuate.

Un dato interessante emerso è che le attività per cui sembra avvertirsi maggiormente il bisogno di formazione sono quelle a cui viene dedicato meno tempo. Preponderante appare infatti l'esigenza di formazione sui temi del controllo economico-finanziario e sulla gestione delle risorse umane (con particolare riferimento alla gestione del sistema premiante e alla valutazione del personale).

Per quanto riguarda le preferenze dei *manager* in tema di formazione, si è rilevata una concorde esigenza di intensificazione dell'attività formativa, attraverso un allungamento della durata dei corsi e della loro frequenza, ed una spiccata preferenza per i corsi di

natura «residenziale» (implicanti un allontanamento dal posto di lavoro) e per le metodologie didattiche «attive». Circa la metà dei dirigenti intervistati ha partecipato almeno una volta ad iniziative formative (quasi sempre corsi di contenuto generale volti ad illustrare i cambiamenti introdotti con la recente riforma), ed il giudizio su di esse è generalmente positivo, pur se con alcune sfumature: da un lato, infatti, sono stati apprezzati i metodi didattici e i programmi, dall'altro si è rimproverata una scarsa concretezza dei contenuti ed un certo scollamento dalla realtà. Un atteggiamento fortemente critico si è rilevato inoltre, da parte dei dirigenti del ruolo sanitario, nei confronti della formazione universitaria a monte della esperienza lavorativa (la laurea in medicina e le diverse specializzazioni mediche), soprattutto per lo scarso spazio assegnato ad insegnamenti di matrice economico-aziendale.

Per quanto concerne le fonti di supporto all'efficacia manageriale, indagate nella terza sezione del questionario, l'indagine pilota ha evidenziato il peso preponderante delle fonti di sostegno interne (in particolare la «squadra» e i «colleghi»), e lo scarso rilievo delle «infrastrutture manageriali» (specie dei «concettualizzatori» e dei «diffusori»), nei confronti delle quali si sono rilevati scetticismo e sfiducia da parte della maggioranza degli intervistati. Notevole appare anche il supporto offerto dai contatti informali, cui gli intervistati preferiscono ricorrere in alternativa ai canali istituzionali.

Tra gli ostacoli, i più rilevanti sembrano essere le costrizioni finanziarie e i vincoli burocratici e legislativi. Un peso rilevante è rivestito poi dalla mancanza di competenze gestionali, e dalla carenza di informazioni rilevanti, che limita il coinvolgimento dei dirigenti nella vita e nelle scelte aziendali. Infine, un altro elemento percepito

come ostacolo nello svolgimento delle attività riguarda le «divergenze tra «clinici» e «amministrativi».

Per quanto riguarda infine i profili personali (indagati nell'ultima parte del questionario), si rileva un'elevata età media dei dirigenti (la maggior parte dei quali si colloca nella fascia di età compresa tra i 50 e i 60 anni), una scarsa presenza di donne, una netta prevalenza della laurea in giurisprudenza per i dirigenti amministrativi, una scarsa diffusione di corsi di specializzazione *post*-laurea su tematiche gestionali (del tipo MBA). Circa la «esposizione professionale», si è rilevata infine una bassa «esposizione aziendale» ed una discreta «esposizione funzionale»: i dirigenti in sostanza tendono a permanere nella stessa azienda, cambiando però periodicamente collocazione e funzione. Ciò appare esattamente opposto a quanto riscontrato nell'indagine del CRORA citata, in cui ai dirigenti delle imprese industriali indagate si attribuiscono un'elevata «esposizione aziendale» ed una bassa «esposizione funzionale», presentando questi un *iter* professionale maturato in molteplici aziende ma prevalentemente fondato su un'unica esperienza funzionale.

Il quadro che è stato sopra delineato è, evidentemente, appena la traccia di una ricerca che ha bisogno ancora di molti significativi approfondimenti; tuttavia, sia pure nella parzialità dei risultati presentati in questa sede, si può ben comprendere quanto un tale studio sia utile per lumeggiare lo spaccato di una realtà vastissima e ancora largamente inesplorata, qual è quella della dirigenza del nostro Servizio sanitario nazionale.

Oltre ad avere una importante valenza conoscitiva, la ricerca in corso di svolgimento ha anche una valenza normativa, in quanto dovrebbe fornire utili indicazioni pratiche per la progettazione concreta di interventi di for-

mazione, e in generale dovrebbe contribuire a creare un apparato teorico per i *manager* delle aziende sanitarie, che conferisce maggiore autorità alle scelte che essi fanno, costituendo l'impalcatura concettuale su cui correttamente collocare le proprie esperienze, le doti personali di intuizione e di abilità, la ponderazione dei tratti specifici di ogni situazione e contesto organizzativo» (Salvemini, 1985, pag. 23).

(1) La «Management Charter Initiative» è stata introdotta nel 1988 al fine di «migliorare la *performance* delle organizzazioni inglesi intervenendo sulla qualità del *management*» (MCI, 1995). Il punto di partenza è rappresentato da uno studio condotto su 4.000 *managers*, che ha consentito di individuare una serie di *standards* nazionali di *performance* manageriale. Ad esso è seguito un processo di scomposizione del lavoro manageriale in attività e in competenze, a cui sono stati associati criteri di valutazione della *performance*, che definiscono che cosa dovrebbe essere capace di fare il *manager* efficace. Il processo è preceduto dalla definizione dello scopo organizzativo e dei ruoli manageriali-chiave associati a tale scopo.

La lista generica di competenze manageriali può essere applicata ad ogni organizzazione ma va adattata e tarata in modo da adeguarsi al contesto particolare e agli obiettivi della specifica organizzazione. Occorre cioè focalizzarsi su quello che i *managers* dovrebbero essere capaci di fare — in termini di azioni e comportamenti — per raggiungere determinati risultati adeguati al particolare contesto. Ne consegue che nella formazione e sviluppo dei *managers* l'enfasi si sposta da un approccio basato sugli *inputs* (conoscenze e *skills*) non connessi a determinati risultati, ad un approccio che parte dalla definizione di quali sono i comportamenti efficaci in un contesto organizzativo specifico. In effetti, come suggerisce il presente articolo, non si tratta di un processo lineare, tanto più che nel settore sanitario gli obiettivi organizzativi non sono chiari o non sono automaticamente condivisi da tutti gli *stakeholders*.

(2) Le pratiche di organizzazione dovrebbero essere strettamente correlate a quelle di pianificazione, giacché dovrebbero servire a costruire l'impianto strutturale necessario a porre in essere il disegno strategico (Cafferata, 1995).

BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E. (1997), *Le misurazioni nelle fasi di cambiamenti strutturali in sanità*, relazione presentata alla III Conferenza nazionale sulla misurazione organizzata dal CNEL, Roma, 10 giugno 1997.
- BURGOYNE J. (1976), *Managerial effectiveness revisited*, discussion paper, University of Lancaster.
- CAFFERATA R. (1995), *Sistemi ambiente e innovazione*, Giappichelli, Torino.
- COSTA G., DE MARTINO S. (1985), *Management pubblico*, Etas, Sonzogno.
- DAWSON S. ET AL. (1996), *Managing in the NHS. A study of senior executives*, London: HMSO.
- FLANAGAN H., SPURGEON P. (1996), *Public Sector Managerial Effectiveness: Theory and Practice in the National Health Service*, Open University Press, Buckingham.
- GOLINELLI G.M. (1988), *Struttura e governo dell'impresa*, Cedam, Padova.
- HALES C.P. (1987), *What do managers do? A critical review of the evidence*, *Journal of Management Studies*, 23(1): pagg. 88-115.
- HALES C.P. (1987), *The manager's work in context: a pilot investigation of the relationship between management role demands and role performance*, *Personnel Review*, 16(5): pagg. 26-33.
- HICKS C.M., HENNESSY D.A., COOPER J., BARWELL F. (1996), *Investigating Attitudes to Research in Primary Health Care Teams*, *Journal of Advanced Nursing*, 15: pagg. 411-419.
- MANAGEMENT CHARTER INITIATIVE (1995), *Senior Management Standards. National Forum for Management Education and Development*, Londra.
- MELE R., ADINOLFI P. (1997), *Le aziende nella sanità: le trasformazioni progettate e quelle da realizzare*, in *Scritti di economia aziendale in memoria di Raffaele D'Oriano*, Cedam, Padova.
- MERCURIO R. (1983), *L'azienda traente. Caratteristiche gestionali e comportamenti strategici*, Cedam, Padova.
- MORSE J., WAGNER F. (1978), *Measuring the process of managerial effectiveness*, *Academy of Management Journal*, 21(1): pagg. 23-35.
- ROSS F.M., BOWER P., SIBBAUD B.S. (1994), *Practice Nurses: Characteristics, Workload and Training Needs*, *British Journal of General Practice*, 44(378) pagg. 15-28.
- RUGIADINI A. (A CURA DI) (1985), *La managerialità nelle imprese italiane*, Il Mulino, Bologna.
- SALVEMINI S. (1985), *Teorie sulla managerialità e metodologie di ricerca*, in Rugiadini, A. (a cura di), «La managerialità nelle imprese italiane», Il Mulino, Bologna.
- STEWART A., STEWART V. (1981), *Tomorrow's Managers Today*, seconda edizione, Institute of Personnel Management, Londra.
- TREU T. ET AL. (1987), *Public service labour relations: recent trends and future prospects*, International Labour Office, Geneva.
- TSUI A.S. (1984), *A multiple constituency framework of reputational effectiveness*, in Hunt J. et al. (a cura di), «Leaders and managers: International Perspectives on Managerial Behaviour and Leadership», Pergamon, New York.

MODELLI INNOVATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA: UN CONFRONTO INTERNAZIONALE

di John Øvretveit

Nordisk hälsovårdshögskolan (Scuola nordica di sanità pubblica) - Svezia

SOMMARIO: 1. *Integrated care e managed care* sono sinonimi? - 2. Finalità, obiettivi e metodi dell'assistenza integrata - 3. Cinque modelli di assistenza integrata - 4. Prime valutazioni - 5. Conclusioni.

1. *Integrated care e managed care* sono sinonimi?

«Integrated care» (assistenza integrata) è il termine usato per identificare l'insieme di metodi operativi e modelli istituzionali che mirano a fornire, nel rispetto dei criteri di efficienza e di efficacia, servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria ai più bisognosi di cure sanitarie e a garantire la continuità terapeutica e il coordinamento tra i diversi produttori di prestazioni sanitarie.

Alcuni dei metodi operativi e alcuni dei modelli istituzionali sui quali si fonda il sistema dell'assistenza integrata si sono sviluppati nel corso degli anni all'interno dei sistemi sanitari pubblici, mentre altri traggono origine dai concetti e dalle esperienze maturate nell'ambito dei sistemi di *managed care* statunitense (box 1). Il sistema di *managed care* si è sviluppato negli Stati Uniti, almeno in parte, in risposta alle pressioni per contenere la spesa sanitaria esercitate dai datori di lavoro e dai finanziatori pubblici. I sovvenzionatori dei servizi di assistenza sanitaria stanno orientandosi gradualmente verso sistemi di finanziamento basati sulla corresponsione di una quota capitaria, ovvero verso un modello in cui l'operatore sanitario riceve un pa-

gamento fisso per assistito su base mensile. Un modello del genere presuppone che gli assicuratori-acquirenti e gli erogatori di prestazioni quali ospedali, singoli professionisti e ambulatori interagiscano in modo tale da configurare diversi «sistemi» capaci di garantire l'intera gamma di servizi sanitari. Per la prima volta, in tale modello, vi sarà un incentivo a evitare di ricorrere all'assistenza ospedaliera. Questi «sistemi» utilizzano inoltre varie tecniche per ridurre al minimo l'utilizzo di servizi e si avvalgono degli strumenti tipici della medicina preventiva e dell'educazione sanitaria al fine di ridurre la necessità di assistenza e di preservare lo stato di salute della popolazione che ha scelto di accedere a quel dato piano di *managed care*.

In che modo la *managed care* migliora il sistema sanitario pubblico? Perché questo nuovo tipo di approccio? La risposta più semplice è che il coordinamento tra diversi servizi e settori ha sempre rappresentato un problema. Ma nei sistemi in cui è stato introdotto un mercato pubblico, come in Nuova Zelanda, nel Regno Unito, in Finlandia e in nove delle ventisei Contee svedesi, la qualità complessiva dei servizi sanitari erogati non è sempre stata buona, e ci sono delle potenzia-

lità di risparmio nel miglioramento del coordinamento. In questi sistemi un acquirente pubblico o un finanziatore acquista, attraverso un contratto, dei servizi di assistenza sanitaria da istituzioni distinte e talvolta concorrenti. Gli erogatori si concentrano soltanto nella fornitura dello specifico servizio stipulato nel contratto: ciò significa che i pazienti debbano rivolgersi a istituzioni differenti per ottenere l'intera gamma dei servizi. La contrattazione e la concorrenza hanno esacerbato la tendenza da parte dei professionisti e dei vari servizi a focalizzarsi sulla propria parte del processo di erogazione dell'assistenza.

Spesso manca una efficace responsabilità a livello locale nell'assicurare che le diverse prestazioni offerte ai pazienti siano gestite e coordinate tra differenti servizi come un servizio completo di assistenza. Non esiste nemmeno un'indagine a livello locale in merito ai bisogni della popolazione e alla gamma di servizi e degli interventi necessari per soddisfare questi bisogni, specialmente se l'erogatore si occupa di una vasta popolazione. L'assistenza integrata e la delega della funzione d'acquisto sono considerate un'alternativa per risolvere alcuni di questi problemi e migliorare la qualità complessiva del sistema.

Box 1 - La managed care negli Stati Uniti: principali caratteristiche comuni

(Non tutte le caratteristiche descritte sono presenti in tutti gli schemi e le aziende che erogano *managed care*).

- *I finanziatori stipulano un accordo di natura contrattuale con un fornitore di assistenza sanitaria*: un'azienda di *managed care*, come ad esempio una *Health Maintenance Organization* (HMO), si assume la responsabilità di fronte ad un datore di lavoro, un finanziatore pubblico o un individuo per fornire una definita gamma di servizi agli iscritti, o meglio per «gestire la salute» di un certo numero di individui, sulla base di alcuni indicatori sanitari predefiniti.
- *L'azienda di managed care stipula accordi di natura contrattuale con le istituzioni che erogano le prestazioni assistenziali*: l'azienda di *managed care* si accorda con i prestatori delle diverse tipologie di prestazioni sanitarie, affinché essi garantiscano l'assistenza agli iscritti. Questi servizi sono talvolta indicati con il nome di «*network* di fornitori preferenziali» (il termine «*managed care organization*» può essere usato per indicare sia la singola azienda che garantisce la *managed care*, sia tale azienda e l'intera gamma di servizi che essa gestisce).
- *L'azienda di managed care sopporta dei rischi*: essa sopporta per intero o in parte i rischi e i possibili benefici finanziari derivanti dal fatto di dover garantire tutti i servizi necessari a tutti gli iscritti, a fronte di un introito concordato con il finanziatore (datore di lavoro o agenzia pubblica).
- *L'azienda di managed care può selezionare liberamente i propri fornitori*: essa può scegliere con quali medici e con quali altri fornitori di prestazioni sanitarie stipulare degli accordi, sulla base di informazioni in merito alla loro *performance* e alla loro disponibilità ad attenersi alle linee-guida poste dall'azienda di *managed care*.
- *I pazienti devono rivolgersi ad un medico generico*: ogni persona iscritta allo schema assistenziale deve scegliere ed essere registrata presso un medico di base, che può essere o non essere un dipendente dell'azienda di *managed care*.
- *Gatekeeping*: il medico generico garantisce l'assistenza sanitaria di base e agisce come gestore (*gatekeeper*) dell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria specialistica, cioè gestisce o supervisiona l'erogazione dell'assistenza al singolo paziente da parte dei diversi fornitori di servizi (talvolta ciò viene indicato con il termine di *case management*). Per ostacolare l'accesso da parte degli iscritti all'assistenza sanitaria non urgente, vengono erette apposite barriere, sia di tipo finanziario sia di altra natura, come ad esempio il riesame delle richieste e delle autorizzazioni da parte dei medici delle aziende di *managed care*.
- *Incentivi*: i medici di base hanno un *budget* personale o collettivo per la gestione di parte o della totalità dei servizi; non solo ci si aspetta che gestiscano l'erogazione dell'assistenza ai pazienti registrati nell'ambito delle somme stanziare, ma ricevono anche degli incentivi affinché ciò accada.
- *Protocolli*: l'azienda di *managed care* impone o si adopera affinché ci sia un accordo tra medici di base e gli altri erogatori del servizio circa i protocolli cui attenersi per regolare l'accesso dei pazienti alle prestazioni ambulatoriali specialistiche e alle altre forme di assistenza. Sempre più spesso tali protocolli vengono definiti sulla base della comprovata efficacia terapeutica delle diverse alternative di intervento.
- *Care management*: qualora vengano specificati percorsi terapeutici o protocolli *ad hoc* per singoli pazienti, l'assistenza viene attivamente gestita da un *care manager* (che può essere lo stesso medico di base).
- *Sanità pubblica e targeting*: in base al contenuto del contratto tra azienda di *managed care* e finanziatore, la prima fornirà servizi di prevenzione e/o renderà più agevole l'accesso all'assistenza sanitaria di base o a determinate tipologie di servizi da parte di specifici gruppi di pazienti (per esempio minoranze etniche o altri gruppi vulnerabili).

L'interesse per l'assistenza integrata è aumentato anche in quei sistemi sanitari che non hanno introdotto un mercato pubblico, come la Norvegia, la Danimarca, l'Islanda e la maggior parte delle Contee svedesi. Una delle ragioni di questo interessamento è il presupposto che i metodi utilizzati per migliorare il coordinamento, come i percorsi terapeutici e i protocolli, possano essere impiegati per migliorare la qualità e ridurre i costi anche all'interno di questi sistemi, quantunque gli incentivi economici non siano altrettanto significativi o evidenti. Un'altra ragione è che la pressione finanziaria ha indotto molte aziende erogatrici di prestazioni sanitarie a traslare i propri costi verso altre componenti del sistema, attraverso la dimissione precoce o la mancata accettazione dei pazienti, o attraverso una riduzione del tempo dedicato ad accertarsi che l'informazione sia trasmessa agli altri attori, o più in generale a coordinare l'assistenza. Spesso a soffrire di questi comportamenti sono proprio le persone più vulnerabili e meno rappresentate.

La terza ragione a favore di un sistema del genere è la decentralizzazione delle riforme: le aziende sanitarie a livello regionale hanno delegato ai Comuni la responsabilità per alcuni gruppi di assistiti, come gli anziani e le persone con *handicap* fisici o mentali. La responsabilità per alcuni dei servizi sanitari specializzati rimane in capo alle regioni, mentre la responsabilità della sanità generale è in capo ai medici di base, dando origine, quindi, a problemi di coordinamento tra questi ultimi e i servizi gestiti dai Comuni.

2. Finalità, obiettivi e metodi dell'assistenza integrata

Questo contributo descrive in primo luogo che cosa sia l'assistenza integrata in termini generali, mentre nei paragrafi successivi si sottolinea che, al

pari di quanto accade per la *managed care*, una discussione fondata non può che fare riferimento a schemi specifici. La finalità generale dell'assistenza integrata è quella di utilizzare il minor volume possibile di risorse per «gestire» la salute di singoli individui o dell'intera popolazione. Questo fine è perseguito attraverso tre *sub*-finalità:

1) delega della gestione delle risorse: il trasferimento o la decentralizzazione di responsabilità finanziaria dal finanziatore ad un'altra azienda e ai medici. In un sistema pubblico ci si domanda se il finanziatore pubblico debba delegare le responsabilità (rimanendone dunque responsabile in ultima istanza) oppure trasferirla a titolo definitivo;

2) incremento nel ricorso all'assistenza sanitaria di base, limitando, per contro, il ricorso all'assistenza secondaria e terziaria;

3) creazione di una gamma di servizi che soddisfino i bisogni di prevenzione e cura della popolazione, attraverso un miglioramento dei collegamenti tra specifici servizi ai pazienti e lo sviluppo dei processi di «assistenza totale» a livello clinico, e il rafforzamento della pianificazione a livello gestionale.

In altri termini, l'assistenza integrata punta a massimizzare i benefici in termini sanitari ottenibili con un dato volume di risorse assicurandosi che le risorse siano indirizzate ad un obiettivo preciso, che si faccia ricorso ad interventi di provata efficacia e che i contributi dei diversi servizi siano coordinati. La finalizzazione è duplice: da un lato si intende focalizzare l'assistenza sui bisogni sanitari più importanti; dall'altro si vuole creare un «sistema» sanitario efficace, ovvero un sistema di prevenzione e di assistenza in cui i diversi interventi agiscono in modo sinergico, cosicché l'effetto finale sulla salute della collettività sia superiore a quello che si sa-

rebbe ottenuto se i singoli interventi non fossero stati coordinati.

Gli obiettivi, nell'ambito di un sistema di mercato pubblico, sono molteplici:

— facilitare l'accesso all'assistenza per le persone più bisognose o che possano beneficiare maggiormente da queste cure;

— migliorare la continuità terapeutica per i singoli utenti e la qualità del servizio per mezzo di un più stretto coordinamento tra i diversi servizi (per esempio attraverso accordi più chiari in merito al trasferimento delle responsabilità, migliori sistemi di comunicazione e informazione, definizione dei percorsi terapeutici nell'ambito dello stesso servizio o di servizi differenti, sviluppo gruppi di lavoro con funzioni di interfaccia, condivisione dei protocolli di assistenza, definizione di sistemi di gestione per singoli casi trattati);

— ridurre i costi riducendo l'uso inappropriato di servizi, favorendo le scelte degli interventi che presentano il miglior rapporto costo-efficacia, introducendo servizi sostitutivi a più basso costo (per esempio sostituendo l'assistenza medica con l'assistenza infermieristica), nonché spostando risorse finanziarie dall'assistenza secondaria e terziaria all'assistenza di base e alle misure di prevenzione qualora queste risultino maggiormente efficaci in relazione ai costi sostenuti;

— superare le barriere finanziarie all'effettuazione degli interventi più efficaci ed appropriati (spesso unificando i *budget*) e addivenire ad accordi per la condivisione dei rischi finanziari con i fornitori di prestazioni, in modo da incoraggiare i comportamenti più efficienti.

I metodi maggiormente usati per raggiungere questi obiettivi sono:

— accordi, linee-guida e protocolli, sistemi efficienti di comunicazione e

informazione, e specificazione dei percorsi terapeutici;

— controllo dell'utilizzo delle risorse (*gatekeeping*, pianificazione della dimissione ed enfasi sui collegamenti);

— unificazione delle risorse finanziarie provenienti da fonti distinte, introduzione di incentivi finanziari e rimozione dei disincentivi al fine di raggiungere gli obiettivi enunciati;

— creazione di nuove forme aziendali, come ad esempio reti formalizzate o nuove istituzioni preposte alla raccolta e alla distribuzione delle risorse finanziarie a livello locale, e/o creazione di nuovi sistemi di integrazione.

Managed care e *integrated care* sono dunque termini che servono in realtà ad identificare un'ampia gamma di accordi. Nella discussione circa i metodi e i cinque modelli di assistenza integrata descritti nel paragrafo seguente, la complessità dei dettagli tecnici potrebbe porre in secondo piano l'obiettivo primario, cioè proteggere e migliorare le condizioni di salute al costo minore. Per i dirigenti e per le altre persone che analizzano gli effetti di tali modelli è fondamentale mantenere in primo piano gli specifici fabbisogni assistenziali da soddisfare, gli obiettivi da raggiungere e i problemi di coordinamento o di finanziamento a livello locale da risolvere. Queste considerazioni devono portare alla definizione degli scopi e delle finalità di ogni schema, affinché siano i bisogni locali a guidare le decisioni in merito al modello di assistenza integrata da utilizzare.

I sistemi di assistenza integrata sono in parte determinati dal tipo e dalle dimensioni della popolazione che ne deve essere servita. Si possono identificare tre tipi di popolazione-*target* e di bisogni per un sistema di assistenza integrata. Il primo è l'intera gamma di bisogni sanitari della popolazione iscritta o residente. Tale siste-

ma è onnicomprensivo e mira a fornire alla popolazione l'intera gamma di servizi, dall'assistenza sanitaria di base alle cure secondarie e terziarie, alla riabilitazione e all'assistenza domiciliare; il secondo è caratterizzato da un determinato gruppo di beneficiari, quali ad esempio i bambini, le donne, i disabili mentali o gli anziani; il terzo è basato su una specifica malattia o condizione sanitaria come ad esempio il diabete, l'asma, la schizofrenia, le disfunzioni cardiache, l'ipertensione o le neoplasie. Se un particolare sistema di assistenza integrata è rivolto ad una particolare classe della popolazione, come nel secondo e nel terzo caso, allora ci dobbiamo chiedere quali siano gli effetti di un sistema del genere sul resto della popolazione, ovvero sui pazienti che non rientrano nello schema di assistenza integrata (e sugli erogatori che non fanno parte dello schema).

I diversi sistemi di assistenza integrata differiscono inoltre per la loro proattività o reattività rispetto ai bisogni. Alcuni sistemi sono orientati verso un migliore coordinamento dei servizi di assistenza esistenti, una volta che la persona si ammala. Altri puntano invece a raggiungere il paziente che non accede al servizio, o che lo fa in ritardo o solo in caso di emergenza, e mirano a fornire interventi precoci o un adeguato *screening*. Alcuni sistemi mirano a gestire lo stato di salute di una data popolazione e a fornire una gamma di servizi di promozione, di prevenzione e di altro tipo.

3. Cinque modelli di assistenza integrata

La maggior parte dei sistemi di assistenza integrata può essere assimilata ad una delle cinque configurazioni tipo presentate di seguito: il modello basato su una matrice per progetti, il modello basato sull'integrazione IPA-

specialisti, il modello basato sugli acquirenti locali, il modello basato sui «Consigli di comunità» e il modello basato sull'assistenza sanitaria di base.

Modello 1. Sistema basato su una matrice per progetti

In questo modello l'azienda che garantisce l'assistenza integrata non è titolare di un *budget* di acquisto, ma funziona come un «ombrello» in funzione di supporto rispetto a diversi progetti. Questi progetti mirano a migliorare il coordinamento nell'assistenza ai pazienti tra i medici e i servizi, e a sviluppare servizi *ad hoc* per coloro i quali necessitano di particolari cure e non trovano un'adeguata risposta ai loro bisogni. Il modello coinvolge due tipi di istituzioni. La prima è una «azienda preposta al coordinamento dell'assistenza» (*Care Coordination Support Organization, CCSO*), creata allo scopo di supervisionare i progetti atti a migliorare la cooperazione tra i medici e i servizi. La seconda è costituita da uno o più *team* per lo sviluppo dei progetti di coordinamento, composti da professionisti appartenenti ai diversi servizi e da un coordinatore appartenente alla CCSO.

Esempi di progetti possono essere quelli volti a migliorare il modo in cui i fornitori dell'assistenza sanitaria di base e secondaria gestiscono e coordinano l'assistenza ai malati di diabete, oppure per l'infanzia in una determinata zona, oppure ancora a definire dei sistemi di *case management* per l'assistenza personalizzata ai malati di mente. Iniziative del genere possono richiedere il miglioramento dei sistemi tecnologici di informazione e comunicazione; l'elaborazione di protocolli per il ricorso all'assistenza specialistica o la *shared care*; la definizione degli accordi attraverso i quali un insieme di medici specialisti assu-

me la gestione di poliambulatori locali, oppure dei medici di base acquisiscono esperienza in casi di incidente e di emergenza; il raggiungimento di accordi sulle soluzioni alternative, come la supervisione dell'assistenza di base o il coinvolgimento della componente infermieristica nelle attività di promozione della salute.

I vari progetti spesso utilizzano dei percorsi terapeutici predefiniti come termine di riferimento per i medici, affinché vi sia accordo sulle modalità da seguire per migliorare il coordinamento, i compiti dei diversi erogatori, il ruolo dell'attività di prevenzione e affinché vengano concordati dei protocolli per l'azione dei comitati di coordinamento (*patient relay team*) preposti a seguire l'episodio assistenziale dall'inizio alla fine.

Anche se le CCSO non sono titolari di un *budget* di acquisto, esse ricevono risorse finanziarie per garantire il supporto ai progetti. I contratti in essere non vengono modificati, ma spesso ne può essere modificato il contenuto: le CCSO possono richiedere ai finanziatori di modificare il contratto ovvero di spostare risorse dall'assistenza di base alle cure secondarie qualora ciò risulti opportuno, purché queste modifiche non alterino le disponibilità finanziarie e i sistemi in essere. I finanziatori prendono le decisioni e sopportano i rischi finanziari o di altro tipo derivanti dalle modifiche. Inoltre i finanziatori sostengono il costo necessario all'istituzione dei servizi di prevenzione o di base, almeno fino a quando non si liberino risorse a seguito dei risparmi resi possibili da un minore utilizzo dell'assistenza secondarie (risparmi che in realtà potrebbero non verificarsi).

Questo modello crea un'organizzazione a matrice che attraversa in modo trasversale le diverse istituzioni coinvolte, piuttosto che un'organizzazione a matrice di tipo tradizionale. Questa

matrice è necessaria affinché i professionisti concordino sui meccanismi di coordinamento tra i vari servizi nell'assistenza ai pazienti, nonché per decidere come fornire assistenza o servizi di promozione della salute in aggiunta ai servizi esistenti nel caso in cui bisogni più immediati non siano soddisfatti nell'ambito della struttura in atto.

Con riferimento a questo modello risulta allora necessario considerare:

— se esistano o meno incentivi efficaci che spingano i fornitori dei servizi sanitari a impiegare parte del proprio tempo per migliorare gli accordi di coordinamento e quindi per accertarsi che vi sia un efficace coordinamento durante l'intero percorso di assistenza a ciascun paziente (l'evidenza empirica nell'ambito delle malattie mentali suggerisce che in realtà tali incentivi non esistono, neanche nei casi in cui vengano identificati dei veri e propri *case manager*);

— se i tempi necessari ai finanziatori per valutare e applicare le modifiche nei contratti siano troppo lunghi e quante modifiche possono realmente essere introdotte (soprattutto alla luce del fatto che queste modifiche si vanno a sommare al carico di lavoro stabilito nel contratto originario).

Modello 2. Sistema basato sull'integrazione IPA-specialisti

In questo modello l'istituzione che garantisce l'assistenza integrata nasce dalla convergenza tra un gruppo di medici di base che esercitano in forma associata (secondo il modello noto come IPA, *Independent Practice Association*) e una associazione di medici specialisti («physician management corporations»), per esempio di chirurghi, di pneumologi o di psichiatri. L'istituzione che emerge da questo accordo stipula un accordo con il finanziatore dell'assistenza sanitaria per

garantire sia l'assistenza di base che quella specialistica ad un determinato gruppo di riferimento o ai pazienti affetti da determinate patologie (per esempio alcuni interventi chirurgici, comprensivi di assistenza pre e post-operatoria). La stessa istituzione a sua volta definisce in forma contrattuale le modalità secondo le quali il proprio personale medico ed infermieristico è tenuto ad erogare tali prestazioni. In alternativa è possibile subappaltare la fornitura di parte delle prestazioni ad un ospedale, un centro chirurgico o un poliambulatorio specialistico, il tutto comprendendo o meno il servizio infermieristico e di riabilitazione.

Altre varianti prevedono che il gruppo di medici di base associati costituisca l'istituzione preposta all'assistenza integrata attraverso un accordo di cooperazione con una o più associazioni di professionisti non medici, come ad esempio ostetriche, terapisti della riabilitazione o infermieri.

Gli aspetti da considerare con riferimento a questo modello sono:

— anche se le istituzioni che offrono assistenza integrata hanno una propria personalità giuridica, legalmente separata e autonomamente responsabile rispetto alle associazioni che danno loro vita, esse svolgono la propria attività per il tramite dei loro azionisti, ovvero le IPA e le associazioni di specialisti; il finanziatore quindi contratta l'erogazione di servizi pubblici con un'impresa privata (possibilmente una azienda *non-profit*);

— quali sono gli incentivi e la propensione, da parte di queste istituzioni, ad investire in attività di promozione della salute e di prevenzione a lungo termine?

Modello 3. Sistema basato sugli acquirenti locali

Questo sistema è simile per certi aspetti al modello 2, in quanto il finan-

ziatore contratta con una azienda che garantisce l'assistenza integrata a livello locale per gestire il livello di salute di una data popolazione, e tale azienda subappalta a sua volta i vari servizi. La differenza con il modello 2 è che l'azienda viene istituita e gestita da un gruppo di fornitori locali, e svolge inoltre una funzione di acquisto locale che va al di là dei contratti di fornitura, gestendo in particolare attività quali la valutazione dei bisogni e la gestione dei livelli di utilizzazione.

In questo modello il finanziatore delega all'azienda che garantisce l'assistenza integrata la gestione del *budget* di acquisto relativo ad una determinata popolazione. L'azienda che offre assistenza integrata funziona sia da acquirente che da erogatrice a livello locale: essa riceve tutte le risorse finanziarie necessarie alla promozione sanitaria e alla fornitura di assistenza alla popolazione, definita in base all'appartenenza ad un'area geografica, all'iscrizione, alla patologia o al tipo di assistenza richiesta. Il finanziatore stabilisce nel contratto i servizi che l'agenzia deve fornire (o il tipo di risultati in termini sanitari che devono essere assicurati) a quella quota della popolazione, mentre l'azienda ha la responsabilità di decidere chi sia maggiormente bisognoso di assistenza, di definire le modalità di accesso al servizio, di stipulare accordi di fornitura e di intraprendere tutte le azioni necessarie a conservare lo stato di salute della popolazione obiettivo, nel rispetto del vincolo rappresentato dalle risorse che le sono state distribuite.

Gli argomenti che devono essere considerati a tale riguardo sono:

— le aziende di questo tipo sono governate completamente o almeno per la maggior parte dai fornitori locali di prestazioni sanitarie. Preferiranno, allora, contratti che premiano i servizi che esse possono erogare direttamente, e una visione «professionale»

del servizio sanitario. L'incentivo a trasferire risorse tra i vari servizi, o a privilegiare il finanziamento della promozione sanitaria, potrebbe dunque risultare inadeguato;

— qualora le prescrizioni dei medici di base o la frequenza con la quale il paziente si rivolge ai medici specialisti vengano considerate troppo elevate, e si identifichino delle buone ragioni per ridurre questi tassi, questo modello garantisce dei meccanismi efficaci per ottenere tale risultato? Si tratta solo di due tra le molte considerazioni possibili, ma per alcune aree queste sono ragioni importanti per considerare seriamente questo modello (e modelli 2 e 5): in Norvegia si è constatato che l'8,1% delle visite da parte di un medico di base si sono concluse con la decisione di prescrivere una visita specialistica, mentre nel Regno Unito lo stesso tasso è pari al 5%.

Modello 4. Sistema basato sui «Consigli di comunità»

In questo sistema le istituzioni che garantiscono l'assistenza integrata funzionano come punto di incontro tra le diverse esigenze di una determinata comunità e come meccanismo di «mobilitazione», e possono avere o meno il ruolo di acquirente descritto nel modello 3. Le istituzioni di assistenza integrata basate sul modello dei «Consigli di comunità» (*Community Board*) ricevono dei rapporti periodici sullo stato dei bisogni sanitari della comunità di riferimento e pianificano le azioni che i diversi attori all'interno della comunità dovranno intraprendere per fronteggiare questi problemi. Il Consiglio di comunità è titolare di un *budget* per lo sviluppo della comunità e per l'agevolazione degli interventi di assistenza sanitaria. Esso può anche suggerire al finanziatore le eventuali modifiche da apportare ai contratti con i fornitori formali di servizi sani-

tari che vorranno contribuire alle iniziative in ambito sanitario dello stesso Consiglio di comunità. Nella variante di questo modello che comprende la funzione d'acquisto, il Consiglio di comunità si vede delegata la gestione di un *budget* attraverso il quale negoziare l'erogazione di determinati servizi sanitari.

Gli argomenti che devono essere considerati in un modello di questo tipo sono:

— è plausibile l'insorgere di problemi simili a quelli prefigurati con riferimento al modello 1 in merito ai tempi di risposta e alle responsabilità dell'ente finanziatore nei confronti delle proposte di modifica al contratto;

— con riferimento alla variante che comprende la delega di un *budget* d'acquisto, la mobilitazione della comunità e la funzione di sviluppo della salute possono risultare difficili da gestire contemporaneamente alla funzione di acquisto delle prestazioni sanitarie.

Modello 5. Sistema basato sull'assistenza sanitaria di base

In questo modello le istituzioni che garantiscono l'integrazione sono gestite dai fornitori di assistenza sanitaria di base, ai quali i finanziatori delegano l'amministrazione di un *budget* per l'assistenza di base e per una parte o tutta l'assistenza specialistica. Gli organi di governo di tali istituzioni sono composti da medici di base, da infermieri del territorio e da responsabili dell'assistenza sanitaria a livello territoriale. A seconda dei casi, l'istituzione può assumere i fornitori di assistenza sanitaria di base o acquistare i servizi attraverso una o più *Independent Practice Association*, così come acquista farmaci, accertamenti di laboratorio o servizi accessori.

Alcune varianti di questo modello comprendono:

1) modello basato in via esclusiva sui medici di base, come ad esempio il *fundholding* nel Regno Unito, dove le associazioni di medici di base e le relative federazioni («*multi-funds*») gestiscono i *budget* di acquisto per una parte o tutta l'assistenza specialistica, i farmaci e gli accertamenti di laboratorio, e sono in grado di reinvestire parte dei risparmi;

2) i distretti locali svedesi o i consigli per l'acquisto di assistenza sanitaria di base (per esempio Bohus e Dalarna), in cui le regioni devolvono la disponibilità delle risorse finanziarie per l'assistenza specialistica ad un consiglio che gestisce anche in forma diretta un centro per l'assistenza di base.

Gli argomenti che devono essere discussi a riguardo sono:

— come già si è evidenziato a proposito del modello 3, predomina una visione «professionale» della sanità, nonostante la presenza di una prospettiva multidisciplinare incentrata sull'assistenza di base (non è così nel caso 2);

— possono esistere differenze e tensioni all'interno dell'istituzione che garantisce l'assistenza integrata tra i medici di base e gli infermieri circa lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base, i contratti per l'assistenza specialistica, ecc.

4. Prime valutazioni

È necessario essere chiari in merito agli scopi dell'assistenza integrata per decidere quale approccio adottare per valutare uno schema. Tale chiarezza può essere raggiunta chiedendosi chi debba beneficiare del servizio, quali siano gli obiettivi sanitari da raggiungere, e quali siano le particolarità dello schema (ovvero quale sia la differenza rispetto alle modalità secondo le

quali il servizio è svolto attualmente, in termini di organizzazione, finanziamento e metodi).

Per discutere di assistenza integrata occorre dapprima distinguere tra schemi assistenziali per particolari classi della popolazione e schemi rivolti all'intera popolazione. Queste categorie non sono mutualmente esclusive, in quanto è possibile che uno schema per l'intera popolazione comprenda programmi particolari, indirizzati alla tutela di particolari condizioni di salute.

Assistenza integrata per determinati pazienti

Lo scopo di questi sistemi è quello di migliorare la qualità dell'intero percorso terapeutico per i pazienti che si trovano in determinate condizioni sanitarie (qualità complessiva di sistema) e di ridurre i costi derivanti da servizi inefficaci o da «buchi» nel continuum terapeutico-assistenziale. Essi mirano ad assicurare che i pazienti ricevano la migliore combinazione di servizi di cui hanno bisogno nel tempo, che potrebbe comprendere l'intera vita del paziente per patologie di lunga durata come il diabete, la schizofrenia, l'asma, alcuni tipi di tumore e di disfunzioni cardiache. Alcuni schemi vanno oltre le diagnosi precoce e prevedono un atteggiamento proattivo, volto a garantire un accesso agevole ai servizi di cura, o l'organizzazione di iniziative volte a promuovere la salute per ridurre l'incidenza della patologia nella popolazione.

«Migliore», in questo caso, significa più efficace e anche meno costosa. I metodi in questione utilizzano diagnosi precoci, protocolli o percorsi terapeutici concordati tra i differenti servizi per stabilire come le persone debbano essere trattate (sulla base dei dati sperimentali in termini di efficacia) e come i servizi debbano essere collega-

ti, piani di cura iniziali progettati e supervisionati da un apposito responsabile, monitoraggio periodico e aggiornamento dei piani di assistenza, e altre modalità che massimizzano il coinvolgimento del paziente e l'auto-cura. Lo scopo è creare un continuum terapeutico-assistenziale (o di servizi nel caso in cui si ricomprendano le attività di promozione della salute) per i gruppi di pazienti beneficiari, pianificando e sviluppando i vari servizi in modo tale da funzionare come un unico sistema, e gestire l'assistenza ai singoli pazienti nell'ambito di questo sistema.

Le condizioni sanitarie con riferimento alle quali viene scelto un schema di questo tipo devono rispondere ai seguenti requisiti:

— alti costi se non vengono forniti i servizi adeguati o se c'è una scarsa correlazione fra i vari servizi (per esempio alcune cure ai malati di schizofrenia che fanno fiasco durante il percorso di assistenza);

— sofferenza del paziente conseguente al mancato coordinamento o all'indisponibilità di determinati servizi;

— potenziali risultati positivi in termini di salute associabili ad un sistema di assistenza integrata (una delle promesse dell'integrazione è la sua capacità di ridurre la morbilità e la mortalità in misura significativa, rispetto quantomeno alla componente effettivamente comprimibile);

— possibilità di definire la progressione della patologia e i corrispondenti percorsi clinici: in altri termini, prognosi cliniche ragionevolmente chiare e conoscenza di forme di intervento efficaci, che possano essere definite in termini generali una volta effettuata la diagnosi e ridefinite ad intervalli regolari.

Sviluppare uno schema del genere richiede tempo ed energia da parte dei manager e dei medici, che evidentemente devono essere sottratti ad altri

impegni. Se il sistema di assistenza integrata permette di risparmiare tempo e denaro una volta in funzione, allora il tempo dedicato allo sviluppo dello stesso può essere considerato alla stregua di un investimento, anche se resta aperto il problema di chi dovrebbe finanziare questo tipo di investimento.

Se attivare questo sistema per uno o più gruppi di pazienti richiede una sottrazione di tempo ad altri gruppi, occorre chiedersi se esso sia giustificabile, per esempio in termini di risultati sanitari o di riduzione nel livello dei costi. Come possono i medici e gli altri attori rispondere alle richieste di altri pazienti che sono serviti peggio? Un sistema di questo tipo, attraverso il miglioramento nel sistema di relazioni, comporterà un miglioramento nelle condizioni offerte ad altri gruppi di assistiti, oppure una contrazione nel tempo loro dedicato? Esiste il rischio che i pazienti colpiti da una patologia per la quale il percorso terapeutico risulta di facile definizione possano usufruire meglio e più facilmente del servizio, a danno dei pazienti che richiedono un programma di assistenza personalizzato e flessibile?

Assistenza integrata per l'intera popolazione

Alcuni modelli istituzionali prevedono la gestione o la proprietà da parte degli erogatori del servizio, e si pongono allora dei dubbi in materia di modalità di risoluzione dei conflitti, per esempio con riferimento alle proposte di spostare servizi dall'assistenza specialistica all'assistenza di base, o alla possibile distorsione a favore dei servizi forniti dall'erogatore interno. In tutti i modelli permane l'interrogativo riguardo alla misura in cui la promozione sanitaria e i programmi di sanità pubblica possano essere efficientemente supportati da un'istituzione preposta a garantire l'assistenza

integrata. I programmi di promozione sanitaria subiranno un ridimensionamento a causa delle pressioni finanziarie di breve termine? La promozione sanitaria e i programmi di sanità pubblica possono competere per l'utilizzo delle risorse quando la distribuzione dei fondi sarà più chiaramente correlata alla dimostrazione dell'efficacia rispetto al costo? Quando i benefici finanziari e i risultati in termini di salute pubblica possono essere conseguiti solo nel lungo termine, e risultano oltre a tutto incerti, il livello di supporto all'interno dell'istituzione sarà sufficiente a garantire il finanziamento delle iniziative di sanità pubblica, anziché scegliere di intervenire sulle liste d'attesa o evitare il ridimensionamento dello *staff*? Nei sistemi pubblici l'interrogativo è se la sanità pubblica funzionerà meglio o peggio rispetto ad oggi, quando la *performance* complessiva del sistema è determinata in misura maggiore a livello centrale ed è influenzata da scelte politiche. Sono necessarie norme o criteri di finanziamento differenziati per salvaguardare i servizi sanitari pubblici?

5. Conclusioni

La necessità dell'integrazione nasce dalla frammentazione, dovuta a sua volta in larga misura alle crescenti pressioni finanziarie che gravano su ciascuna azienda, ma anche alle riforme che hanno introdotto il decentramento. Ciò accentua la tendenza di ogni azienda e di ogni professione a concentrarsi sui propri servizi. L'obiettivo è quello di creare un sistema sanitario che funzioni attraverso la corretta combinazione della gamma di erogatori locali e di gruppi informali, che sappiano identificare i bisogni e le priorità a livello locale e organizzare degli interventi in una forma collaborativa tale da soddisfare le esigenze più pressanti.

Lo scopo dell'assistenza integrata è quello di utilizzare le risorse disponibili nella maniera più efficace per migliorare le condizioni di salute della popolazione attraverso il coordinamento di pianificazione, organizzazione dell'assistenza e interventi a livello territoriale. Gli specifici metodi operativi e gli specifici assetti istituzionali ed organizzativi cui l'assistenza integrata fa ricorso dovrebbero essere disegnati al fine di perseguire questo scopo, e valutati in base alla loro potenzialità di raggiungere gli obiettivi prefissati. È chiaro che i servizi sanitari hanno comunque dei limiti, in termini di capacità di proteggere e conservare lo stato di salute e curare le malattie, anche quando essi risultano ben coordinati e gestiti unitariamente. Alcuni sistemi di assistenza integrata riconoscono questi limiti, così come i limiti che risiedono in una visione strettamente «medica» della salute, e cercano di mobilitare e sviluppare le risorse e le istituzioni della comunità per fare fronte ai problemi sanitari.

In sintesi, le funzioni svolte da un'istituzione che eroga assistenza integrata possono comprendere uno o più dei seguenti punti:

— sviluppo del coordinamento e del *continuum* terapeutico-assistenziale: stimolo e supporto ai progetti di miglioramento del coordinamento tra i servizi esistenti e creazione di un *continuum* di interventi, che vada dalla prevenzione all'assistenza «terziaria» per determinate patologie o classi di utenti;

— negoziazione delle responsabilità contrattuali e ripartizione dei rischi finanziari: l'istituzione che eroga assistenza integrata assume la responsabilità nei confronti del finanziatore (di solito su base capitolaria) di gestire le condizioni di salute di una data popolazione e subappalta le attività tra i vari fornitori, con i quali condivide i rischi finanziari;

— gestione delle risorse e del loro grado di utilizzazione: eliminazione dei consumi non necessari e degli interventi non efficaci, sviluppo di servizi sostitutivi a minor costo e definizione dei protocolli;

— funzione d'acquisto: valutazione dei bisogni della popolazione, identificazione dei gruppi obiettivo, sviluppo di strategie sanitarie a livello locale e impiego della fase di contrattazione dei vari servizi come componente cruciale delle modalità di implementazione di tale strategia;

— mobilitazione e sviluppo della comunità per fronteggiare i problemi sanitari.

L'assistenza integrata rappresenta pertanto una sfida alla sanità pubblica. Essa offre una delle più recenti e migliori opportunità per sviluppare la sanità pubblica e i programmi di promozione sanitaria, ma allo stesso tempo può costituire una minaccia per questi stessi programmi. I sistemi di assistenza integrata mirano a gestire la salute della popolazione, piuttosto che a soddisfare le richieste dei malati, ma il fatto che possano raggiungere l'equilibrio economico dipende dalla capacità di ridurre il grado di utilizzazione dei servizi. Le aziende che garantiscono l'assistenza integrata hanno dunque forti incentivi finanziari a prevenire le malattie. Per sopravvivere, i programmi di sanità pubblica avranno bisogno di dimostrare la propria efficacia rispetto ai costi che comportano; ma anche in questo caso può essere difficile per le aziende erogatrici di assistenza integrata sostenere tali programmi in presenza di forti pressioni finanziarie di breve termine.

BIBLIOGRAFIA

- AUDIT COMMISSION (1995), *United they stand*, Her Majesty's Stationery Office, London.
ECCLES M., DEVERILL M., MCCOLL E., RICHARDSON H. (1996), *A National Survey*

- of Audit Activity across the Primary-Secondary Care Interface, Quality in Health Care, Vol. 5, pp. 193-200.*
- EDUARDES P., JONES S., SHALE D., THURSZ (1996), *Shared Care: A Model for Clinical Management*, Radcliffe Medical Press, Oxford.
- GUNTER M., BYMEO J. ET AL. (1997), *Improving Outcomes through Disease-specific Clinical Practice Improvement Teams: The Lovelace, Albuquerque, Episodes of Care Disease Management Programme*, Journal of Outcomes Management, vol. 111, n. 3, pag. 10.
- ØVRETVEIT J. (1992), *Quality Health Services*, Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- ØVRETVEIT J. (1994), *Pathways to Quality: A Framework for Cost-effective Team quality Improvement and Multiprofessional Audit*, Journal of Interprofessional Care, vol. 8, n. 3, pagg. 329-333.
- ØVRETVEIT J. (1998), *Evaluating Health Interventions*, Open University Press, Milton Keynes.
- ROBERTSON R., STEINER A. (1997), *Managed Health Care: US Evidence and Lessons for the NHS*, Open University Press, Milton Keynes.
- ROBINSON R., ROBINSON J., RAFTERY J. (1998), *Contracting by Total Purchasing Pilot Sites: Total Purchasing National Evaluation Team. Working paper n. 2*, Kings Fund, London.
- ROBINSON R., STEINER A. (1997), *Managed Care*, Health Services Journal, 11 December, pagg. 24-25.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a piè di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Sanità e impresa

Sezione 5^a

I TEMPI DI PAGAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

di Paolo Gazzaniga, Carlo Mambretti

Assobiomedica

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Aspetti metodologici - 3. Risultati dell'analisi - 4. Conclusioni.

1. Introduzione

Assobiomedica fin dalla fine degli anni '80 ha attivato al proprio interno un apposito osservatorio crediti allo scopo di monitorare i tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche con riferimento alle forniture di tecnologie biomediche e diagnostiche.

L'osservatorio procede mensilmente alla raccolta ed all'elaborazione dei dati aziendali di fatturato e di scoperto di un *panel* di imprese associate, di tutti i tipi (imprese nazionali, multinazionali, piccole, medie, grandi) operanti nei settori rappresentati (diagnostici, biomedicali e strumenti), per un fatturato complessivo di oltre 1.700 miliardi di lire.

Il risultato dell'elaborazione è il cosiddetto «indice DSO» (ovvero «days of outstanding payments index») che rappresenta il numero dei giorni che, mediamente, separano la data di fatturazione dalla data di incasso.

2. Aspetti metodologici

Mensilmente vengono raccolti ed elaborati i seguenti dati di ciascuna impresa del *panel*:

— crediti totali (1), regione per regione;

— fatturato 12-mesi-mobili, regione per regione.

Tutti i valori comprendono l'I.V.A., sono al netto di eventuali interessi di mora, e fanno riferimento a forniture ad enti con I.V.A. in sospensione (sono quindi esclusi i casi di vendita a rivenditori e a strutture sanitarie private). Sono esclusi i casi di cessione di credito a società di *factoring*.

Attraverso la formula:

$$[(\Sigma \text{ crediti di ciascuna impresa}) \div (\Sigma \text{ fatturato 12-mesi-mobili di ciascuna impresa})] \times 360$$

si ottengono:

— i DSO a livello nazionale e di singola regione, espressi dal *panel* complessivo;

— i DSO regionali e nazionali per settore merceologico (ovvero riferiti alle tecnologie diagnostiche e alle tecnologie biomediche).

La formula utilizzata ha il limite che se in un determinato mese il fatturato subisce sensibili variazioni rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, il DSO varia di conseguenza (aumenta se il fatturato complessivo delle imprese crolla, o diminuisce se il fatturato complessivo si impenna) a prescindere da effettive variazioni nei tempi di pagamento.

Il grado di errore è però sufficientemente ridotto e comunque limitato ad un arco temporale di indagine ristretto ai pochi mesi in cui ciò dovesse avvenire (2).

Come detto, il DSO di una determinata regione indica il tempo medio di incasso di un fornitore da strutture sanitarie pubbliche di quella regione; un altro indicatore che Assobiomedica da tempo rileva è il grado di variabilità dei DSO delle singole imprese rispetto alla media regionale del *panel* (3).

La variabilità del DSO è al tempo stesso una misura della difformità di *performance* delle varie imprese (come migliori o peggiori incassatrici) e delle varie strutture sanitarie (come migliori o peggiori pagatrici), e una misura della significatività del DSO regionale come valore medio.

Infine, a partire dai dati di incidenza di ciascuna regione sui totali nazionali di fatturato e scoperto delle imprese, vengono costruite apposite mappe di posizionamento regionali raffiguranti il grado di concentrazione del mercato in

Il presente articolo è tratto da un lavoro del Centro studi dell'Assobiomedica che lo ha stampato nel n. 2 (1998) della sua collana «Studi».

aree più o meno critiche per le imprese sotto il profilo dell'esposizione finanziaria conseguente ai ritardati incassi.

Attraverso questi strumenti di indagine, il presente lavoro disegna un quadro dei tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche dal 1992 al 1997 nei confronti delle imprese fornitrici di tecnologie biomediche e diagnostiche.

Con riferimento agli anni 1995 e seguenti, oltre ai DSO regionali complessivi (comprendenti anche i tempi di liquidazione dei debiti delle ex USL) si sono analizzati i tempi di pagamento delle aziende sanitarie (sgravate dai debiti delle pregresse gestioni) nonché l'evoluzione delle varie gestioni liquidatorie regionali.

La base dati anche in questo caso è quella sopra specificata, integrata con dati forniti dall'Associazione *Credit Managers Italia* (ACMI).

3. Risultati dell'analisi

Con riferimento alle imprese del *panel* Assobiomedica, l'analisi dei dati relativi ai tempi di pagamento mette in luce alcuni risultati significativi:

1) a livello nazionale i tempi di pagamento sono tuttora a livelli elevati (grafico 1): a fronte di una media nazionale di quasi 250 giorni, a livello regionale appaiono alcune realtà che si discostano significativamente dai valori medi. Le situazioni limite sono rappresentate dalla Regione Lazio con 518 giorni, dalla Regione Puglia con 413 giorni, e dalla Regione Campania con 400 giorni (grafico 2);

2) a partire dal settembre 1996 i valori dei DSO sono andati diminuendo rispetto ai corrispondenti valori di dodici mesi prima, e ciò lo si è principalmente dovuto al fatto che nella seconda metà del 1996 lo Stato, nella prospettiva di passare definitivamente alle Regioni le responsabilità finan-

ziarie dei disavanzi 1995 e seguenti, ha accelerato (rispetto al passato) gli interventi di ripiano dei debiti pregressi.

L'impatto di accelerazione sul sistema è stato solo relativo tuttavia, dal momento che al 31 dicembre 1997 (a tre anni dall'avvio delle gestioni a stralcio) oltre un terzo dei crediti oggetto di gestioni liquidatorie risultava ancora non incassato dalle imprese fornitrici del *panel* Assobiomedica (grafico 3); tali crediti pesavano per il 18% sul totale dello scoperto al 31 dicembre 1997.

A livello regionale, i casi limite sono gli stessi visti prima anche se in un ordine diverso: la Regione Puglia

con il 69% dei debiti ante 1995 ancora da liquidare a fine dicembre, la Regione Campania con il 65%, e la Regione Lazio con il 59% (grafico 4). La situazione in queste Regioni appare ancora più grave considerando che le stesse già prima del 1995 erano fra le regioni con i tempi di pagamento più elevati, per cui maggiore era l'ammontare dei loro debiti al 31 dicembre 1994.

I disavanzi pregressi incidono pertanto in maniera significativa sulle *performance* di pagamento delle aziende sanitarie pubbliche;

3) in tre anni dall'avvio delle nuove gestioni, i tempi medi di pagamento delle aziende sanitarie hanno

Grafico 1 - DSO nazionale totale *panel*

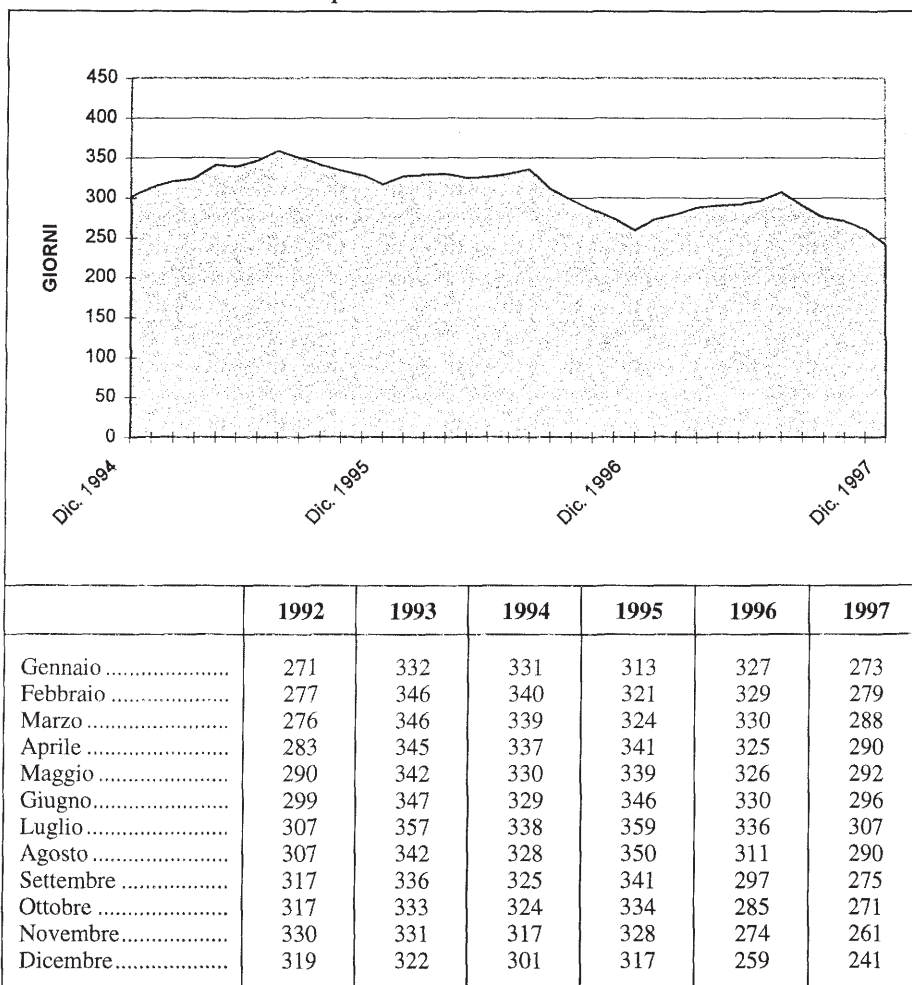
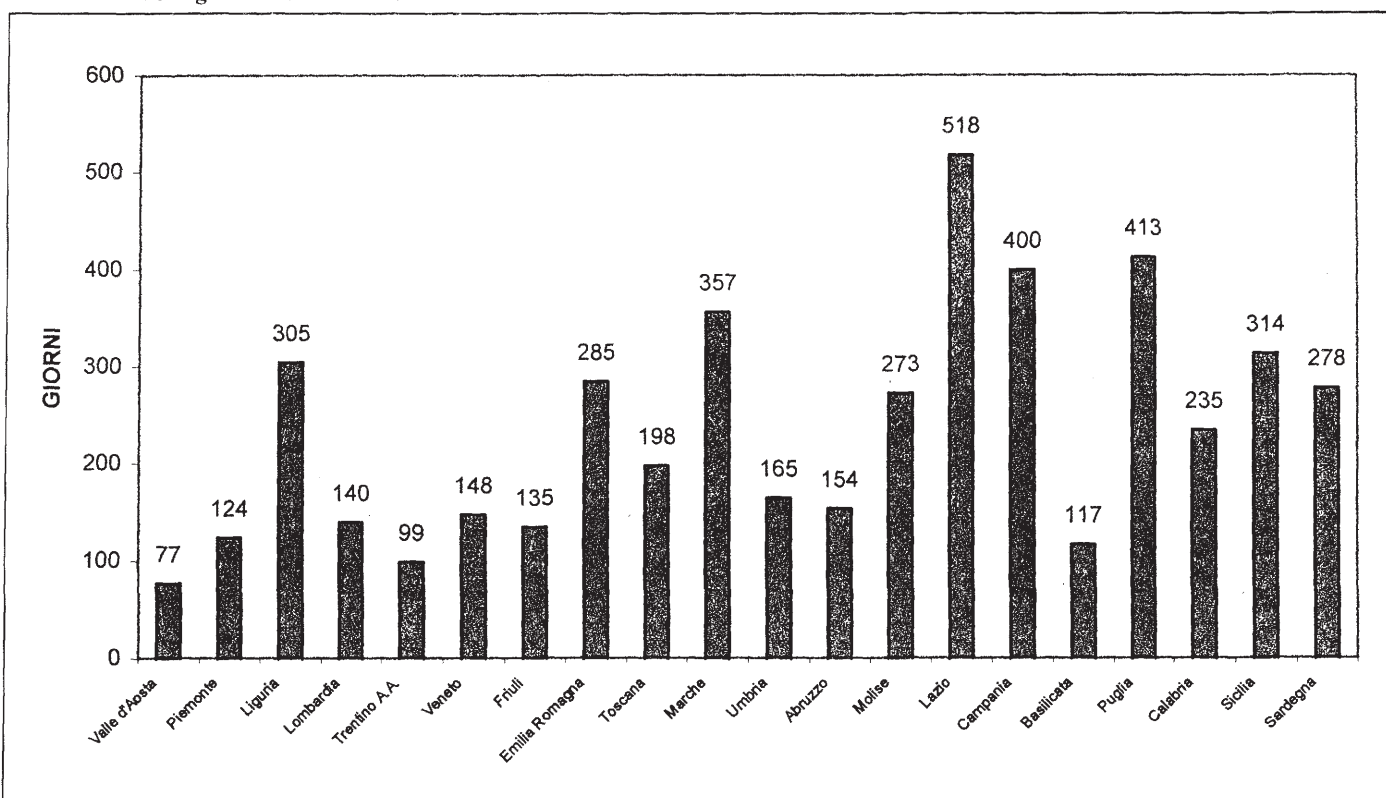


Grafico 2 - DSO regionali a dicembre 1997



	1994		1995		1996		1997	
	Biomed.	Diagn.	Biomed.	Diagn.	Biomed.	Diagn.	Biomed.	Diagn.
Gennaio.....	n.d.	n.d.	253	335	285	348	255	289
Febbraio.....	n.d.	n.d.	273	330	291	348	263	292
Marzo.....	n.d.	n.d.	276	336	285	353	277	298
Aprile.....	n.d.	n.d.	292	353	283	347	281	298
Maggio.....	n.d.	n.d.	300	362	286	347	279	302
Giugno.....	n.d.	n.d.	305	372	290	353	285	309
Luglio.....	n.d.	n.d.	311	388	299	358	295	320
Agosto.....	n.d.	n.d.	308	378	286	326	280	304
Settembre.....	n.d.	n.d.	299	364	272	318	261	292
Ottobre.....	n.d.	n.d.	292	357	261	303	254	291
Novembre.....	n.d.	n.d.	284	352	250	290	245	280
Dicembre.....	250	313	275	340	240	273	226	259

raggiunto nuovamente la quota di 200 giorni (grafico 5). A meno di interventi decisivi da parte delle autorità competenti, è facile prevedere che una volta completato il ripiano dei disavanzi ante 1995 (alla fine ci saranno voluti oltre quattro anni) le aziende sanitarie pagheranno i rispettivi fornitori con

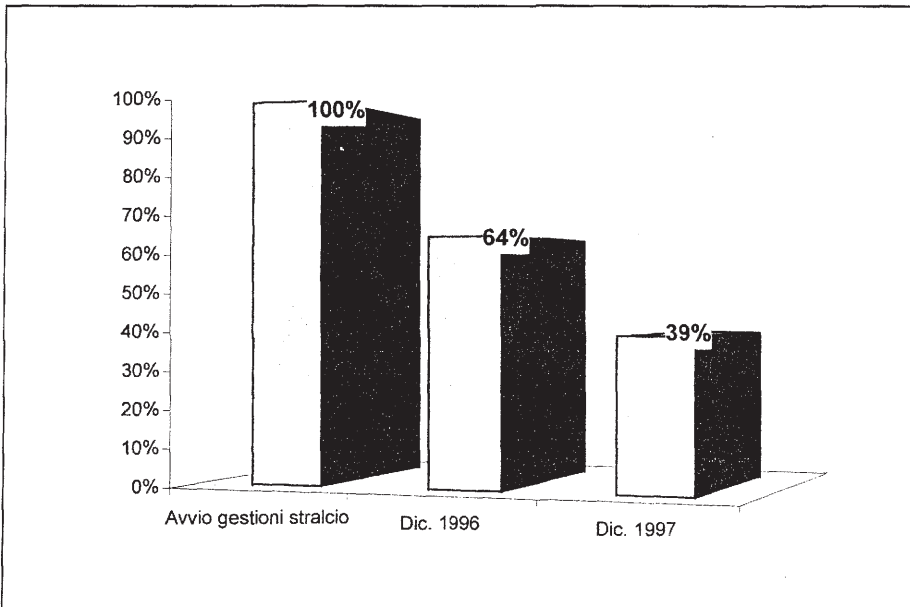
gli stessi ritardi delle ex USL alle quali sono subentrate.

Questa situazione riflette il fatto che, nonostante l'avvio del processo di aziendalizzazione e l'entrata a regime di strumenti gestionali di supporto alle decisioni, come la contabilità economica, finora sono mancati o non

hanno ancora prodotto effetti gli interventi strutturali sui meccanismi di spesa.

A livello regionale i casi limite sono rappresentati dalle aziende sanitarie della Regione Lazio con 392 giorni, da quelle della Regione Marche con 303, e da quelle della Regione

Grafico 3 - Debiti ex USL residui da liquidare (totale Italia)



Emilia-Romagna con 283 giorni (grafico 6);

4) complessivamente l'intervallo di variazione dei DSO regionali si è progressivamente ridotto negli anni: nel 1994 i tempi di pagamento variavano da un minimo prossimo ai tre mesi (Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige) ad un massimo vicino ai due anni (Calabria, Puglia, Marche); nel 1997 il DSO della Regione Lazio, che è risultata essere quella con le peggiori performance sotto questo profilo, ha oscillato a quota 500-550 giorni. Questo porta ad un'omogeneizzazione dei livelli di rischio del mercato nazionale della sanità pubblica;

5) per contro, nello stesso periodo la quota di mercato rappresentata dalle regioni che incidono maggior-

Grafico 4 - Debiti ante 1995 residui da liquidare a dicembre 1997

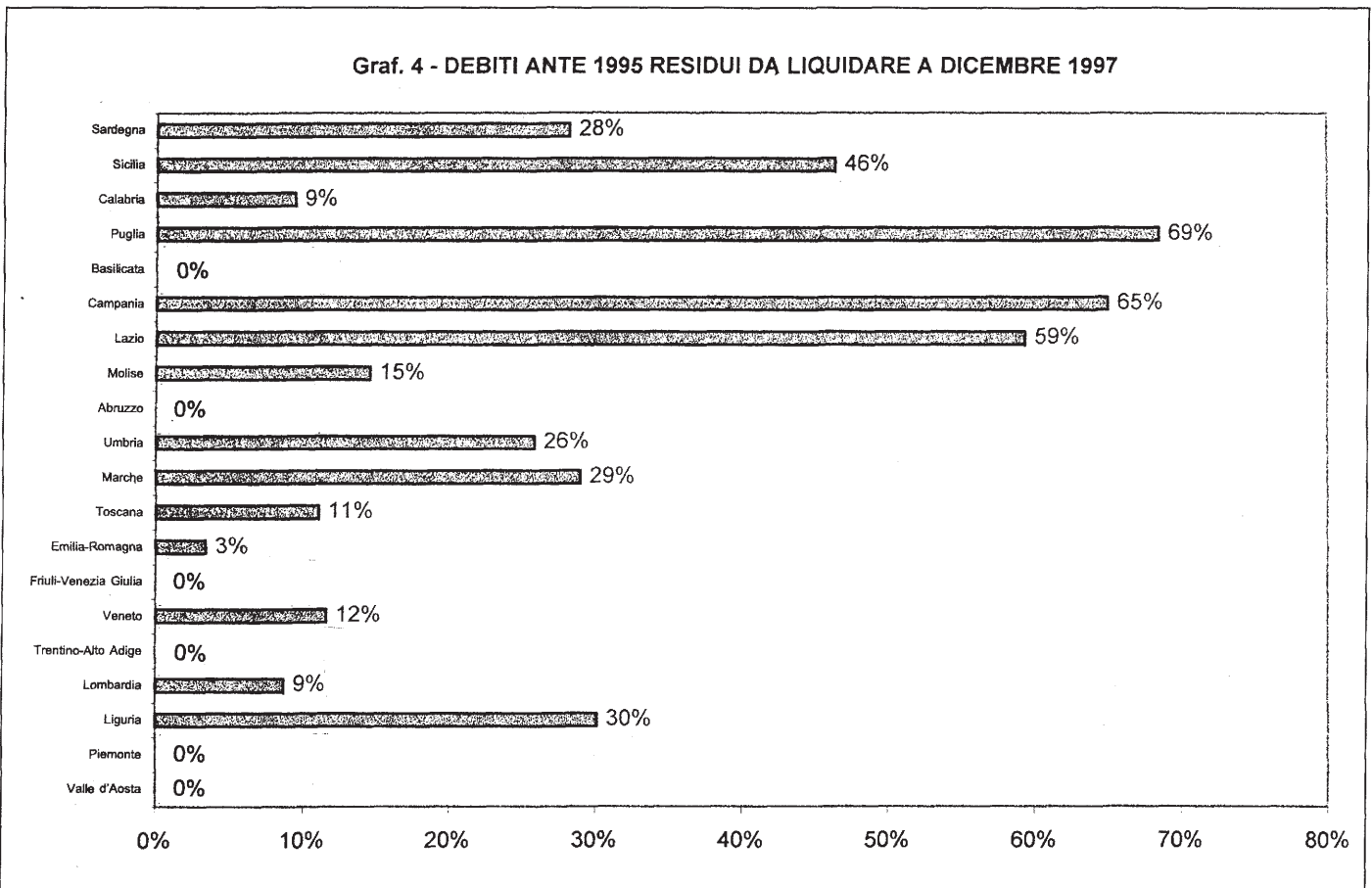
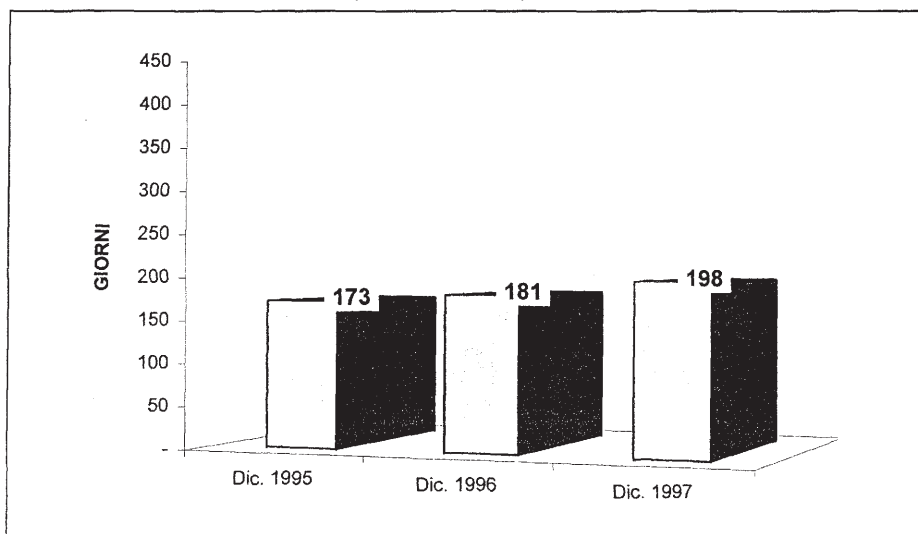


Grafico 5 - DSO aziende sanitarie (media nazionale)



mente sullo scoperto che sul fatturato delle imprese fornitrici è significativamente aumentata: nel 1994 le regioni con una differenza negativa fra incidenza percentuale sul fatturato ed incidenza percentuale sullo scoperto

(posizionate a sinistra sulla mappa – figure 1 e 2) assorbivano il 35,5% del fatturato totale delle imprese biomedicali e diagnostiche; nel 1997 tale percentuale è cresciuta al 44,5%. Di fatto, quindi, nella media nazionale, si assi-

ste ad un peggioramento complessivo della qualità del credito verso le aziende sanitarie pubbliche;

6) non è emersa una correlazione tra i valori di spesa e i valori di DSO delle varie regioni: le regioni che rispetto alla media nazionale nel 1997 hanno fatto registrare i tempi di pagamento più lunghi sono Lazio (518), Puglia (413), Campania (400), Marche (357), Sicilia (314), Liguria (305), Emilia-Romagna (285), Sardegna (278) e Molise (273); di queste solo le Regioni Emilia-Romagna e Liguria hanno una spesa sanitaria (totale corrente) procapite significativamente superiore alla media nazionale (fonte: Ministero della sanità, 1997); se a ciò si aggiunge che Lazio, Sicilia, Puglia, e Campania al 31 dicembre 1997 risultavano avere risorse disponibili giacenti inutilizzate sui rispettivi conti di tesoreria per complessivamente 2.400 miliardi di lire (fonte: Tesoreria pro-

Grafico 6 - DSO aziende sanitarie a dicembre 1997

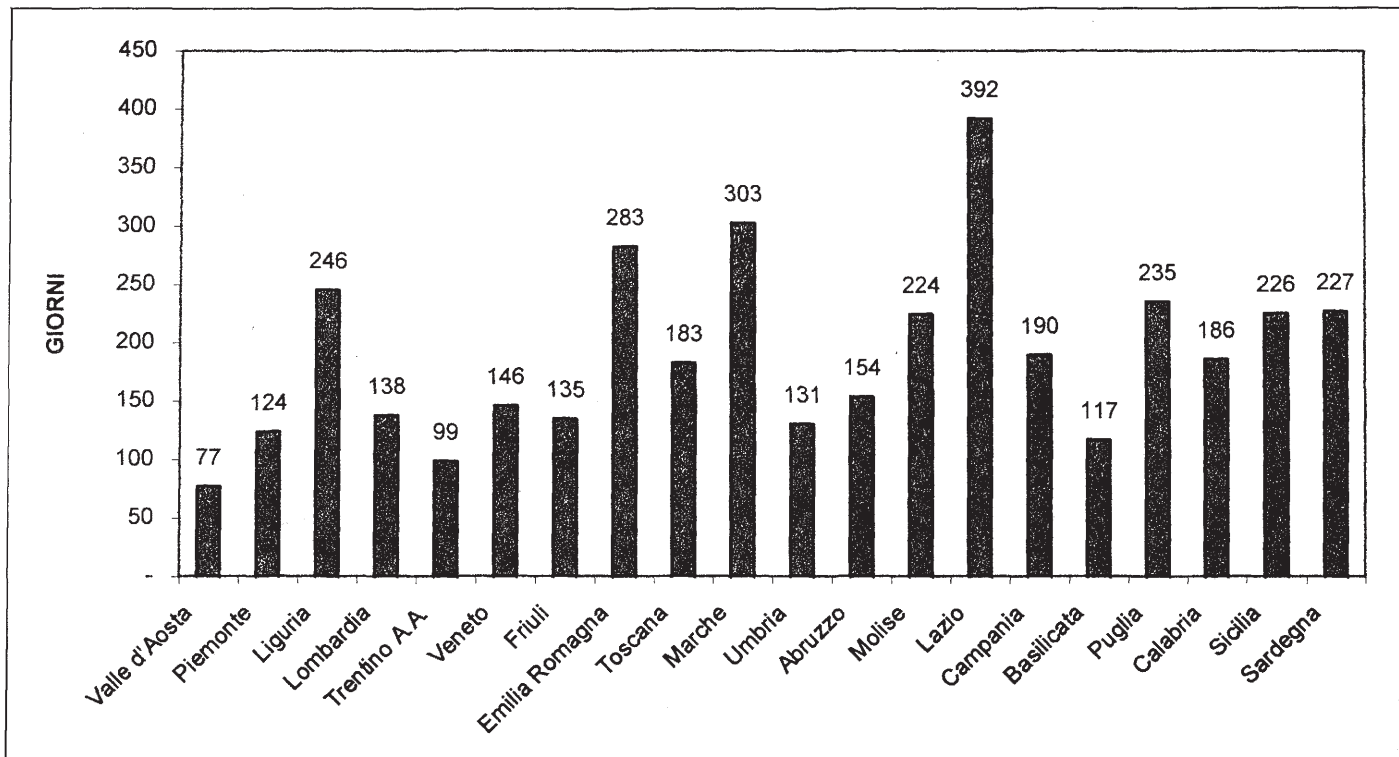


Figura 1 - Posizionamento regioni 1994 in base all'incidenza su fatturato e scoperto (totale panel)

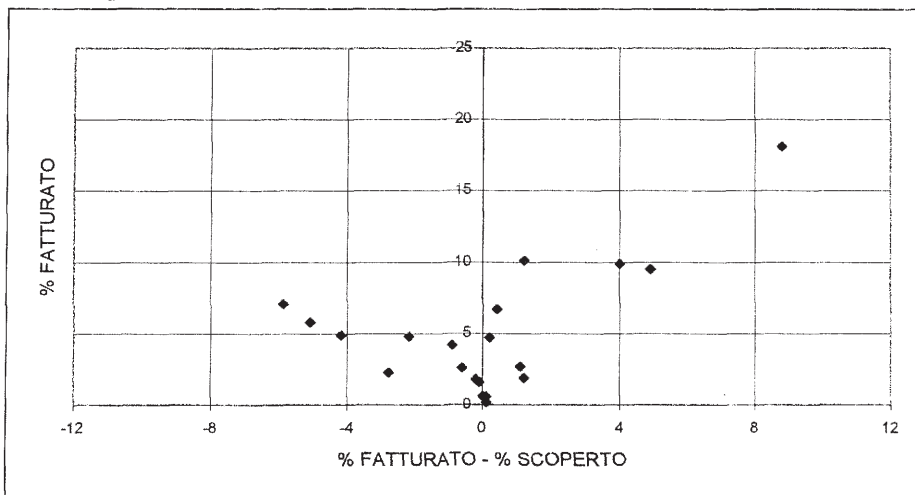
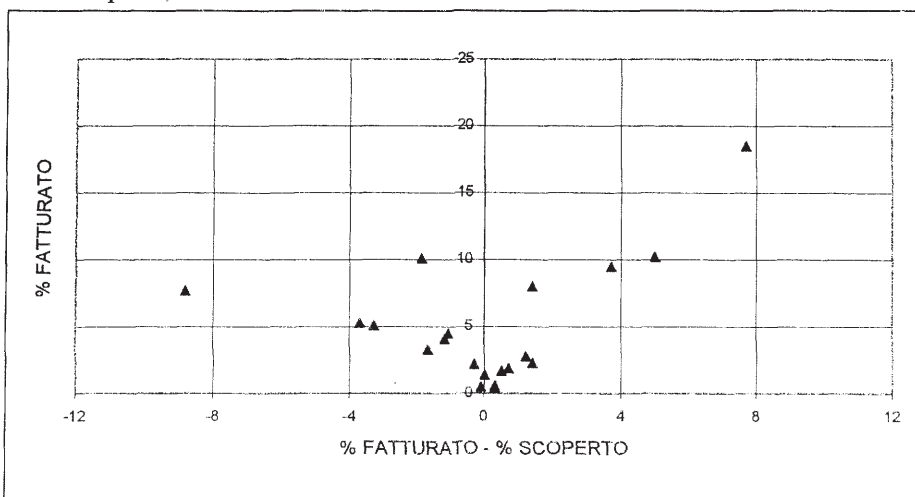


Figura 2 - Posizionamento regioni 1997 in base all'incidenza su fatturato e scoperto (totale panel)



vinciale dello Stato, 1997), si può affermare che le difficoltà economico-finanziarie di queste regioni sicuramente non bastano a giustificare le illustrate *performance* sul piano dei tempi di pagamento dei fornitori: in queste regioni appare sicuramente più significativa — rispetto alle altre realtà nazionali — l'incidenza di fattori di ritardo dovute a livelli più bassi di efficienza nello svolgimento dei processi amministrativi e gestionali;

7) a livello infraregionale, la variabilità dei DSO delle singole imprese

rispetto alla media del *panel* di riferimento tra il 1994 e il 1997 è cresciuta in quasi tutte le regioni, mantenendosi però su valori generalmente più bassi al Nord.

Una convincente spiegazione di ciò è la seguente: la ridefinizione degli ambiti territoriali delle strutture sanitarie accompagnata alle frequenti riorganizzazioni interne alle amministrazioni pubbliche hanno spesso modificato le figure dei referenti pubblici e questo ha inciso soprattutto sulle imprese meno organizzate sul fronte del

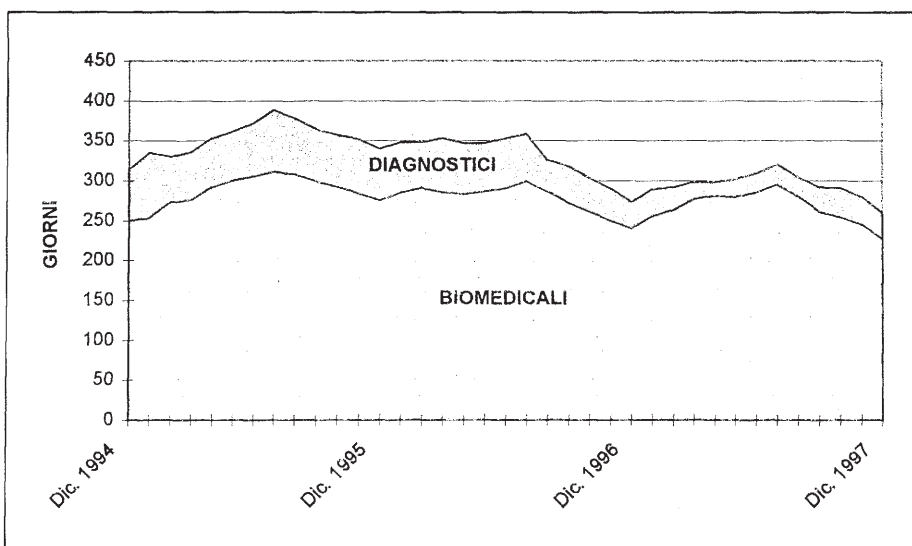
recupero crediti (ovvero che hanno minori risorse da investire in reti locali per il recupero crediti); inoltre hanno favorito l'insorgere di una certa confusione organizzativa all'interno di alcuni uffici amministrativi pubblici accompagnata in taluni casi (registratisi più frequentemente nel Centro-Sud) allo smarrimento della documentazione identificativa del rapporto contrattuale. Attualmente i DSO delle imprese si discostano del +/- il 30% dai valori medi del *panel* di riferimento: la variabilità minima si registra in Emilia-Romagna (+/- 10%), quella massima in Calabria (4) dove ha raggiunto un livello (+/- 70%) assolutamente non comune rispetto alle altre regioni;

8) la situazione è sostanzialmente speculare fra imprese biomedicali ed imprese diagnostiche (grafico 7).

Storicamente, il DSO delle prime è sempre risultato inferiore a quello delle seconde, e le motivazioni sono individuate nelle seguenti:

— diverse modalità di fornitura e di gestione dei prodotti da parte delle strutture sanitarie, che fanno sì che con riferimento a determinate tecnologie biomedicali il momento della fatturazione — e con esso l'inizio del conteggio dei tempi di pagamento — non sia legato al momento della consegna dei prodotti da parte del fornitore, a differenza di quanto avviene per le forniture di tecnologie diagnostiche, cosicché la data di inizio per il calcolo del DSO delle imprese biomedicali venga a dipendere da eventi quali, ad esempio, la comunicazione da parte del cliente dell'avvenuto utilizzo del prodotto, o la scadenza del termine appositamente concordato (si noti che in questo caso la differenza nei DSO è solo un fatto tecnico, in quanto sul piano dell'esposizione finanziaria i problemi dei fornitori sono gli stessi);

Grafico 7 - DSO nazionale



— maggior capienza relativa dello stanziamento di cui ai capitoli di spesa n. 107 (presidi chirurgici e materiali sanitari) e n. 110 (materiali protesici e materiali per emodialisi) rispetto al capitolo n. 104 (materiali diagnostici);

— maggior concentrazione del mercato biomedicale in regioni con migliori *performance* sul piano dei tempi di pagamento.

A partire dalla seconda metà del 1996, la differenza tra i DSO dei due gruppi di imprese tende a diminuire, soprattutto per la diminuzione del DSO delle imprese diagnostiche; nel 1997 a livello regionale i DSO delle imprese biomedicali hanno spesso superato quelli delle imprese diagnostiche.

Alla luce di quanto affermato in precedenza, questo fatto può essere letto come una conseguenza principalmente di:

— una pesante contrazione del mercato diagnostico (ridottosi di oltre il 7% tra il 1995-1997);

— un aumento della quota di mercato rappresentata dalle regioni che incidono maggiormente sullo scoperto che sul fatturato delle imprese fornitrici più marcato nel settore biomedicale che in quello diagnostico: nel

1994 le regioni con una differenza negativa fra incidenza percentuale sul fatturato ed incidenza percentuale sullo scoperto assorbivano il 31,5% del fatturato totale delle imprese biomedicali e il 39% di quello delle imprese diagnostiche; nel 1997 tali percentuali sono passate rispettivamente al 41,5% e al 45,5%.

4. Conclusioni

In sintesi, i ritardati pagamenti ancora oggi costituiscono un problema grave per le imprese del settore.

All'estero solo in Grecia, Spagna e Portogallo i tempi medi di pagamento dei fornitori sono vicini a quelli della sanità italiana, mentre nel resto dei Paesi europei essi oscillano dai 20 ai 60 giorni (fonte: European Diagnostic Manufacturers Association, 1998).

L'avvenuta discesa dei tassi di interesse sui prestiti bancari non si è potuta tradurre, come invece è avvenuto in altri settori, in minori oneri finanziari a carico delle imprese, le quali sovente assumono un ruolo improprio di fornitore di risorse finanziarie alle strutture sanitarie pubbliche (in ciò stimolate dall'abbattimento del tasso dovuto per interessi di mora dal 10% al 5%).

In generale, possibili progressi sono legati all'effettiva aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche (ancora oggi gravate da troppi costi considerati erroneamente «fissi»), «aziendalizzazione» che in molte realtà tuttora dipende più dal livello regionale (e sovraregionale) e meno da quello locale. A prescindere dal livello gestionale dove pure si riscontrano significativi passi avanti, il problema dei tempi di pagamento delle forniture in sanità resta ancorato a fattori strutturali sui quali la possibilità d'incidere è collegata alle decisioni assunte a livello politico e di governo e indirizzo del Sistema sanitario nazionale e dei sistemi sanitari regionali.

Sul piano gestionale e relativamente alle variabili direttamente controllabili dalle aziende sanitarie, si reputa che sarebbero utili i seguenti fattori:

— un sistema di contabilità economica diffuso e consolidato, fin nelle metodiche del controllo di gestione;

— la massima discrezionalità dei vertici aziendali nella gestione dei fattori produttivi, nel rispetto di una programmazione regionale che fissi obiettivi e non vincoli;

— una sensibilità ai problemi dei fornitori che si concretizzi nell'individuazione all'interno di ciascuna azienda sanitaria di operatori responsabili (sul piano organizzativo) dell'intero processo di liquidazione delle fatture (che ad esempio si preoccupino anche di ottimizzare i tempi entro i quali il tesoriere esegue i mandati di pagamento a favore dei fornitori).

Peraltro si ritiene che la definitiva soluzione del problema non possa prescindere da:

— la cessazione di abusi di posizione dominante da parte degli acquirenti pubblici, come pure sono stati più volte evidenziati nelle stesse procedure e nelle caratteristiche di fornitura previste nei bandi di gara (il che rimanda a

ragionamenti sul ruolo del privato rispetto al pubblico in sanità);

— la disponibilità di maggiori risorse da destinare all'acquisto dei beni e servizi necessari (il che rimanda a ragionamenti sui meccanismi di finanziamento dei servizi sanitari).

In assenza di interventi decisivi su questi fronti da parte delle Autorità competenti, è poco realistico attendere una diminuzione dei DSO. Al contrario, è prevedibile che essi siano destinati ad aumentare sulla scia dei futuri verosimili disavanzi regionali.

(1) Vengono considerati tutti gli importi a partire dal 1° giorno di scoperto (e non dal 91°).

(2) Un'alternativa di calcolo più precisa consiste nel metodo cosiddetto «count back», di seguito illustrato grazie ad un esempio.

Ipotizziamo uno scoperto complessivo al mese di rilevazione «t» pari a 110 milioni di lire ed un fatturato riferito allo stesso mese pari a 45 milioni.

Si sottrae 45 a 110, ottenendo 65 milioni; a questo punto si memorizzi 30 giorni.

Si sottrae allo scoperto residuo di 65 milioni il fatturato riferito al mese «t-1» (ipotizziamo pari a 30 milioni), ottenendo 35 milioni; si memorizzi altri 30 giorni (che sommati ai trenta di prima fanno 60).

Si sottrae allo scoperto «residuo» di 35 milioni il fatturato del mese «t-2» (ipotizziamo pari a 20 milioni), ottenendo 15 milioni; si memorizzi altri 30 giorni (che sommati ai sessanta di prima fanno 90).

A questo punto ipotizziamo che il fatturato del mese «t-3» sia stato pari a 60 milioni: poiché tale fatturato è maggiore dello scoperto «residuo», invece che sottrarre il primo al secondo, occorre calcolare un fatturato «giornaliero» riferito al mese «t-3» (ovvero 60 milioni diviso trenta giorni = 2 milioni al giorno) e su queste basi calcolare a quanti giorni di fatturato equivarrebbe lo scoperto «residuo» (15 milioni diviso 2 milioni al giorno = 7,5 giorni). Fatto questo, è sufficiente sommare 7,5 giorni ai 90 precedentemente totalizzati per ottenere il DSO aggiornato al mese «t».

(3) Esclusi il DSO massimo e il DSO minimo fra quelli delle imprese, si è applicata la seguente formula:

$$\{[\Sigma(\text{DSO di ciascuna impresa} - \text{DSO panel})] \div (\text{numero delle imprese del panel} - 2)\} \div \text{DSO panel}.$$

(4) Qui più che altrove ha pesato il disporre o meno di una propria rete locale di recupero crediti, organizzazione che però per la maggior parte delle imprese non si giustifica data la scarsa incidenza della Regione sul rispettivo fatturato.

IL PROGETTO FARM@LINK E L'INNOVAZIONE NELLA GESTIONE DEI CREDITI IN SANITÀ

di Antonio Iantosca

Direttore generale Farmafactoring

SOMMARIO: 1. La gestione dei crediti di fornitura ed i vantaggi collegati ad un ricorso ampliato al *factoring* - 2. I rapporti tra imprese, aziende sanitarie e intermediari finanziari: alcune soluzioni innovative - 3. Il progetto *Farm@link* - 4. Conclusioni e riflessioni a partire dal progetto *Farm@link*.

1. La gestione dei crediti di fornitura ed i vantaggi collegati ad un ricorso ampliato al *factoring*

Anche in Italia, così come negli altri Paesi industrializzati, l'aumento dei costi, l'eccessiva burocratizzazione e le modalità di relazione tra organi politici e dirigenti amministrativi sono fattori che accrescono le difficoltà di governo della sanità.

La scelta politica di fondo è stata quella di dare al sistema sanitario italiano una struttura aziendalistica, ridefinendo l'ambito di intervento delle vecchie USL e ospedali ed attribuendo loro natura giuridica da aziende. L'azienda sanitaria viene riconfigurata come azienda infraregionale, dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed orientata a criteri manageriali di gestione.

L'orientamento alla gestione manageriale e la natura stessa di aziende degli enti SSN implicano che l'equilibrio economico e finanziario e la conformità qualitativa dei servizi erogati diventino principi ispiratori delle decisioni assunte nelle aziende sanitarie.

Nei fatti, nonostante l'avvio della riforma nella quasi totalità dei casi entro il 1° gennaio 1995 e la separazione della gestione ordinaria dalla gestione a stralcio o liquidatoria dei periodi antecedenti il 1995, il processo di aziendalizzazione è stato fortemente gravato dal peso dei disavanzi pregressi: alla fine del 1994 questo disavanzo è stato a livello nazionale di circa 14 mila miliardi.

Dal punto di vista delle relazioni tra aziende sanitarie e imprese fornitrici, la principale conseguenza dei disavanzi pregressi è stata un innalzamento dei tempi medi di pagamento dei fornitori del SSN. Basti pensare che, rispetto alla norma contenuta nella legge n. 833/78 art. 50 che prevedeva tempi di pagamento a 90 giorni, i tempi medi di pagamento a livello nazionale si sono attestati sui 300 giorni (1). Ritardi così lunghi hanno riflessi significativi sugli equilibri economici e finanziari delle imprese fornitrici del SSN oltre che a gravare direttamente sulla efficienza delle politiche di acquisto delle aziende sanitarie pubbliche.

Le tensioni finanziarie cui è sottoposto il settore della sanità pubblica hanno trovato alcune soluzioni innovative nella ridefinizione degli accor-

di tra imprese fornitrici e aziende sanitarie e nell'inserimento, all'interno del sistema, di enti deputati all'intermediazione finanziaria (banche, Cassa depositi e prestiti, intermediari non bancari).

Il ruolo del *factoring* è quello dell'intermediazione finanziaria collegata alla gestione amministrativa del credito, comprese tutte le azioni (anche legali) finalizzate al recupero.

Nel caso di un'opzione favorevole al *factoring* come strumento alternativo rispetto ai meccanismi attuali per la gestione dei flussi finanziari e soprattutto per il ripiano dei disavanzi nel settore sanitario, i vantaggi conseguibili dai diversi attori coinvolti sono molteplici.

Infatti, alle imprese fornitrici il *factoring* e la cartolarizzazione del credito di fornitura consente:

1) l'anticipazione delle disponibilità finanziarie ed una conseguente migliore programmazione della gestione finanziaria, con la possibilità connessa di contenere i costi di produzione spesso legati ad incertezze gravanti sulle attività;

2) la realizzazione di economie di specializzazione nella gestione del credito e la fornitura di un servizio

professionale e altamente qualificato nella gestione dei debiti e dei crediti;

3) la diminuzione dei costi legati alle procedure di riscossione del credito e/o pignoramento.

La convenienza per le imprese è quindi sostanzialmente legata:

1) al confronto tra oneri (amministrativi e finanziari) tradizionali e oneri di *factoring*;

2) la destinazione dei flussi finanziari liberati attraverso lo smobilizzo dei crediti.

D'altro canto, alle aziende sanitarie clienti il ricorso al *factoring* e forme di cartolarizzazione del debito ad esso collegate consentirebbero:

a) la possibilità di garantire un maggiore livello di certezza relativamente alla solvibilità che diminuirebbe la percentuale di costi indotti legati al rischio di credito per i fornitori (certezza e solvibilità non garantita nei tempi e negli esiti neppure con le procedure di consolidamento dei debiti e ripiano dei disavanzi);

b) l'abbattimento dei costi indotti (ad esempio dalle procedure di pignoramento dai ritardi nel pagamento);

c) la possibilità di garantire la parità e l'omogeneità di trattamento dei diversi fornitori;

d) una gestione organica dal punto di vista amministrativo per quanto riguarda i crediti e i debiti, qualora la gestione venisse affidata alla società di *factoring*;

e) la possibilità di evitare che l'attività d'azienda venga continuamente interrotta e/o subordinata alle pressioni dei fornitori;

f) una maggiore e più puntuale programmazione finanziaria.

La possibilità di pervenire ad una sostituzione dei costi tradizionali di gestione dei crediti e dei disavanzi con i costi di *factoring* (esternalizzando le attività di amministrazione e controllo dei crediti e affidandole integralmente

al *factor*) dipende in via primaria dall'estensione nel tempo e nello spazio del ricorso al *factoring*.

Dal punto di vista delle valutazioni di convenienza economica, è più probabile e più conveniente la gestione esternalizzata dei crediti nel caso di un uso allargato e/o permanente del *factoring*. In tal caso, il ricorso a quest'ultimo può comportare una effettiva sostituzione dei costi fissi a costi variabili, con implicazioni sulla leva operativa delle imprese fornitrici e delle aziende sanitarie, da valutarsi in relazione al grado di variabilità delle entrate.

Il mero affiancamento degli oneri di gestione tradizionale del credito agli oneri del *factoring* è invece economicamente più vantaggioso nel caso di un uso temporaneo e/o ristretto del *factoring*.

2. I rapporti tra imprese, aziende sanitarie e intermediari finanziari: alcune soluzioni innovative

Dall'avvio del processo di aziendalizzazione della sanità, per il convergere di variabili esogene legate alla crisi di liquidità strutturale del sistema sanitario (evidenziabile attraverso la dimensione patologica dei disavanzi del settore ed il necessario ricorso, delle imprese fornitrici e del sistema pubblico, alla intermediazione creditizia), e di variabili gestionali legate alla rapida diffusione di strumenti operativi e manageriali (bilancio economico, *budget*, contabilità economica-patrimoniale, ecc.) che favoriscono e supportano i processi operativi collegati alla gestione del credito, si è assistito ad un rapido aumento di soluzioni innovative nella gestione del credito con particolare riferimento all'ambito di applicazione delle forniture in sanità.

A tal proposito si segnalano alcune innovazioni significative che potreb-

bero essere prese a riferimento anche per altri settori:

— Regione Emilia-Romagna. Protocollo d'intesa del 7 dicembre 1988, tra associazioni di categoria dei fornitori, società di *factoring* e Regione, il protocollo prevede di:

1) predeterminare tempi, scadenze e certezze dei termini di pagamento distinguendo i crediti fattorizzabili da quelli non fattorizzabili con predeterminazione dei costi sia a carico delle USL sia a carico dei creditori (anche perché, pur di avere la certezza dei tempi di pagamento, il fornitore si accollava parte dei costi previsti);

2) tenere distinto il costo del bene del servizio fornito dal costo del finanziamento che gravava sul ritardo di pagamento (le USL della Regione Emilia-Romagna pagavano mediamente a 300 giorni);

3) conseguire una programmazione dei flussi ai creditori, mettendo gli stessi in condizione di poter prevedere quando avrebbero potuto incassare i propri crediti;

— Regione Veneto. Protocollo d'intesa tra le associazioni rappresentative dei fornitori, Istituti tesoriери e Regione. Il protocollo in maniera analoga prevede lo smobilizzo di crediti vantati nei confronti delle USL in accordo con gli Istituti tesoriери. In una fase successiva è stato previsto anche l'inserimento delle società di *factoring*;

— decreto interministeriale 6 novembre 1991, emanato dal Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro in cui si stabilisce che (art. 1) «i tesoriери delle USL sono autorizzati a pagare alle scadenze previste dei contratti di fornitura o nelle convenzioni i debiti certi liquidati ed esigibili, derivanti da formale impegno assunto sui capitoli di bilancio entro la concorrenza dello stanziamento dei capitoli stessi, anche in assenza del

mandato di pagamento secondo le modalità di cui ai seguenti articoli»;

— Regione Toscana. Protocollo del 24 aprile 1996 n. 00524 con Istituti tesoreri e Federazione dell'industria Toscana nel quale si concorda di rendere disponibili anticipatamente 290 miliardi, quale parte delle risorse che la Regione conta di ricevere dallo Stato entro l'anno 1996 (360-400 miliardi), per lo smobilizzo di debiti gravanti sul bilancio 1994;

— Regione Lombardia. Delibera n. 34437 del 4 febbraio 1998 in materia di finanziamento della spesa corrente per l'anno 1998: che stabilisce che «le aziende ed enti pubblici operanti nel SSR hanno la facoltà di utilizzare ogni forma di finanziamento o indebitamento compatibile con la normativa vigente, nel rispetto dei principi di trasparenza, buona amministrazione, valutata la convenienza e dell'equilibrio economico finanziario presente e prospettico, ivi compresa la locazione finanziaria (*leasing*) o l'accettazione della cessione di credito (*factoring*)».

Il deciso avvio da parte del legislatore verso un sistema di «privatizzazione» dell'attività pubblica e la possibilità di gestire servizi pubblici anche a mezzo di società di capitali a partecipazione mista prevista da diverse normative di settore apre ulteriori prospettive di sviluppo per le modalità innovative di gestione del credito. Per quanto riguarda il Servizio sanitario nazionale la formula gestionale della società mista è stata introdotta dall'art. 9-bis del D.L.vo 502/92 come modificato dal D.L.vo 517/93 e successivamente ripresa nell'atto di linee guida del 10 maggio 1996 indirizzato dal Ministero della sanità alle aziende sanitarie. Ancora la legge regionale Emilia-Romagna 22 dicembre 1994 n. 50 all'art. 51 riconferma la possibilità per le aziende USL, previa autorizzazione, di dare vita alla costituzione di società di capitali. L'apertura a soggetti privati all'interazione con il pubblico nella gestione dei servizi permette l'apporto di capitali, esperienze e capacità professionali che possono contribuire ad una gestione efficiente

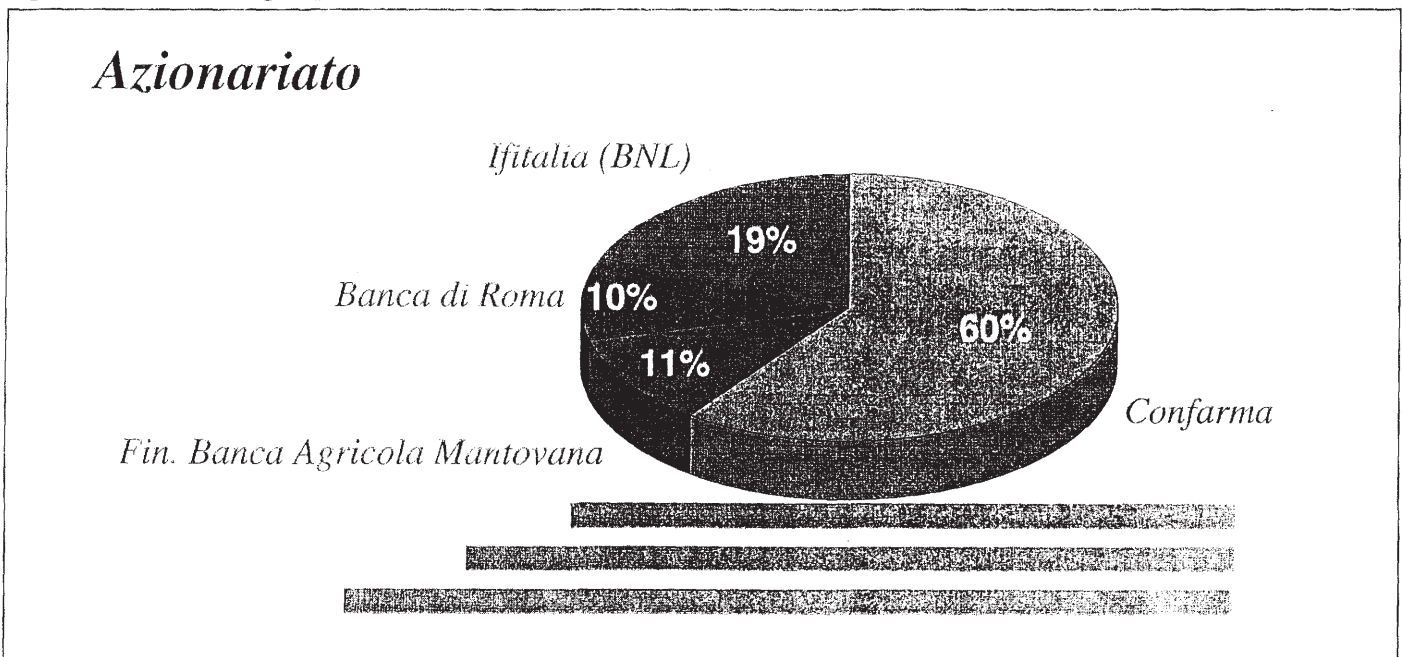
ed economica propria di una sana azienda.

3. Il progetto *Farm@link*

Riflettendo la logica sottostante delle iniziative di innovazione sin qui delineate e fondate sul miglioramento della qualità dei rapporti tra fornitore e azienda sanitaria, Farmafactoring S.p.A., società di *factoring* specializzata volta alla gestione e al recupero del credito vantato nei confronti degli enti del Servizio sanitario nazionale, costituita nel 1985 dal Confarma — un consorzio delle principali aziende farmaceutiche italiane e multinazionali — unitamente alla Banca Nazionale del Lavoro e, successivamente, alla Banca di Roma e alla Banca Agricola Mantovana (figura 1), ha dato avvio nel 1996 al progetto *Farm@link*.

Il progetto *Farm@link* è un progetto di collegamento telematico tra imprese fornitrici e aziende sanitarie per la gestione dei pagamenti e delle forniture che ha l'obiettivo di costituire un collegamento in rete tra aziende sa-

Figura 1 - Farmafactoring. Capitale sociale: 13 miliardi



nitare e imprese fornitrici clienti di Farmafactoring, allo scopo di migliorare i tempi e la qualità delle informazioni scambiati tra i diversi soggetti coinvolti nel processo di gestione della fattura.

I principali clienti di Farmafactoring sono aziende di diverse dimensioni e di differenti comparti produttivi, italiane e multinazionali, produttrici di prodotti farmaceutici, diagnostici e di apparecchiature, il cui debitore è rappresentato da aziende ospedaliere e aziende USL (figura 2). Le società utenti di Farmafactoring possono disporre di una gamma completa di servizi che vanno oltre l'attività di fattorizzazione del credito e precisamente: gestione, incasso e contabilizzazione dei crediti, finanziamenti pro-solvendo e pro-soluto; azioni legali intraprese nei confronti di debitori particolarmente morosi, nonché attività di consulenza su problematiche relative alle norme che regolano le forniture al SSN.

Tutti i servizi vengono gestiti mediante una sede centrale, ubicata a Milano, e una rete capillare di collaboratori distribuita su tutto il territorio nazionale.

Ne consegue che Farmafactoring è strutturata secondo i canoni tipici di una società di *factoring*, ma deve gestire una maggiore quantità di dati e di materiale cartaceo: basti pensare che su un *turn-over* di circa 1.700 miliardi di lire, il numero delle fatture oggetto di gestione è di circa 500 mila.

In questa ottica ed al fine di seguire in modo costante e continuo tutti i passaggi burocratico-amministrativi del pagamento del credito, Farmafactoring si è dotata di una struttura esterna dislocata su tutto il territorio nazionale (figura 3).

Dal punto di vista della gestione di questa rete esterna emerge la prima necessità a potenziare i collegamenti telematici, in grado di ottimizzare i

flussi di informazioni tra sede centrale e centrali periferiche e assicurare la correttezza e la tempestività nel trasferimento dei dati contabili e amministrativi.

Anche per ciò che riguarda l'organizzazione interna, la crescita del volume di crediti gestiti ha reso necessari ampi investimenti in Edp e in tecnologia per la trasmissione dei dati. Dato il volume di crediti gestiti (come si è detto, 1.700 miliardi rappresentati da circa 500 mila fatture), è essenziale

conoscere in qualsiasi momento i dati legati al rapporto con l'azienda USL o al rapporto con l'azienda cedente.

Farm@link nasce come risultato di questo processo e si configura come un progetto telematico rivolto alla gestione del credito ospedaliero. La soluzione adottata è unica nel suo genere. Sul mercato del *factoring* esistono infatti due o tre prodotti di *software* per la gestione dei crediti realizzati secondo l'approccio tradizionale al *factoring*. Il *software* applicativo pro-

Figura 2 - Fatturato gestito da Farmafactoring. Anno 1997

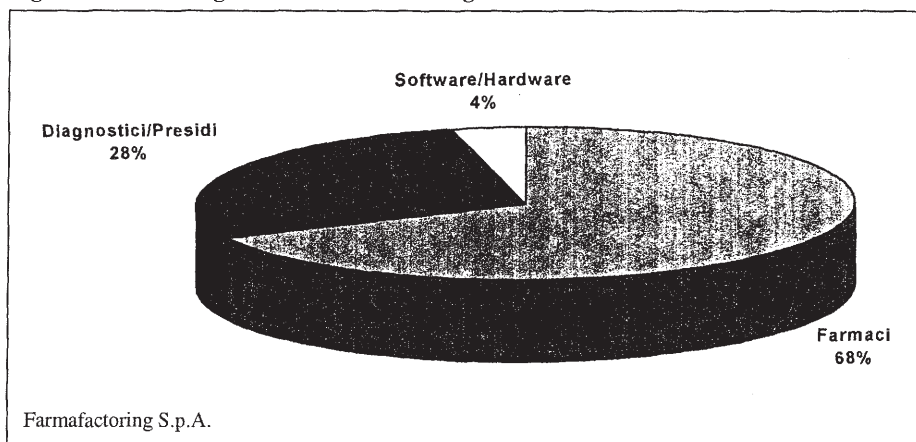
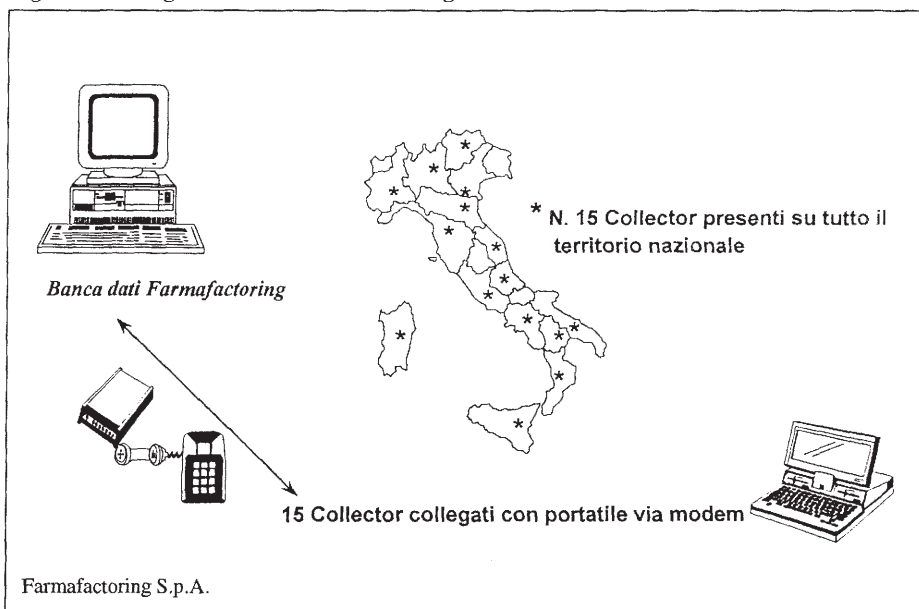


Figura 3 - Collegamento con rete esterna di gestione



gettato per Farmafactoring riflette, invece, la caratteristica dell'azienda di non avere un portafoglio distinto per pagherò e insoluti, bensì un'unica forma di pagamento e un unico rapporto. Questa scelta è stata determinata dall'orientamento strategico volto alla massimizzazione dei risultati aziendali con l'intento di dare un servizio migliore dal punto di vista qualitativo al costo più basso possibile.

Le potenzialità di *Farm@link* possono essere evidenziate attraverso una breve descrizione del processo di produzione di Farmafactoring (figura 4):

1) a fronte di un ordine di fornitura dal cliente viene emessa una fattura che viene inviata alla ASL per tutte le incombenze di natura burocratica, amministrativa e di verifica;

2) la fattura viene presa in carico e gestita. Il trattamento della fattura implica delle verifiche presso il debitore al fine di appurare che tutto sia in ordine e non ci siano contestazioni;

3) nel momento in cui avviene il pagamento, i fondi vengono trasferiti dall'azienda USL a Farmafactoring tramite il sistema bancario;

4) Farmafactoring dopo aver individuato e verificato i dati relativi al pagamento (debitore, numero di fattura, importo, ecc.), trasferisce all'azienda cedente l'importo.

Come si vede, l'automatizzazione e la gestione telematica di queste procedure consentono di gestire in tempo reale tutti i flussi finanziari in entrata ed in uscita congiuntamente alle informazioni atte ad individuare le fatture pagate, il cliente beneficiario, l'USSL che dispone il pagamento.

Uno dei principali problemi che Farmafactoring è costretta fronteggiare tutti i giorni, è la massa di flussi cartacei relativi alla fornitura di beni e servizi effettuati nei confronti delle ASL e degli ospedali: il volume di fatture annue è di 500.000, con relativi ordini e bolle di consegna e con tutto il

relativo corredo delle operazioni amministrative, burocratiche e contabili, nonché di gestione del credito. Nello sviluppo della sua attività e in maniera strategicamente coerente con alcune linee di sviluppo della sanità italiana, Farmafactoring ha ritenuto che un rilevante apporto al processo di cambiamento (2) potesse essere fornito dall'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche (3): *Farm@link* è un progetto pensato per snellire e velocizzare i processi amministrativi che coinvolgono le aziende sanitarie locali e consente di agevolare i flussi di informazioni tra aziende sanitarie e imprese fornitrici. La caratteristica essenziale di questo progetto è stata la ricerca di una soluzione idonea ai problemi specifici delle forniture e dei pagamenti nel settore sanitario ed è collegato ai diversi flussi che connotano le relazioni di fornitura in sanità: flussi di ordini e forniture, fatture, pagamenti di forniture, flussi finanziari.

L'obiettivo fondamentale è sostituire la gestione cartacea di questi flussi con applicazioni di rete tramite le funzionalità di Lotus Notes (figura 5).

Nel progetto sono stati coinvolti tre partner: Bristol Myers Squibb in rappresentanza delle aziende fornitrici, TeamUp come sviluppatore delle applicazioni su Lotus Notes e Telecom Italia come partner tecnologico e gestore del sistema su rete.

Due aziende ospedaliere inoltre, quelle di Genova e di Verona, hanno offerto la loro disponibilità alla fase di test della soluzione.

Tra il dicembre e il gennaio scorso, sono state definite le grandi linee del progetto e in marzo è incominciata la fase di test con i due ospedali.

Le prime applicazioni sviluppate riguardano:

— allineamento automatico e bidirezionale delle rispettive contabilità: fatturazione, IVA ed incassi;

Figura 4 - Struttura Farmafactoring

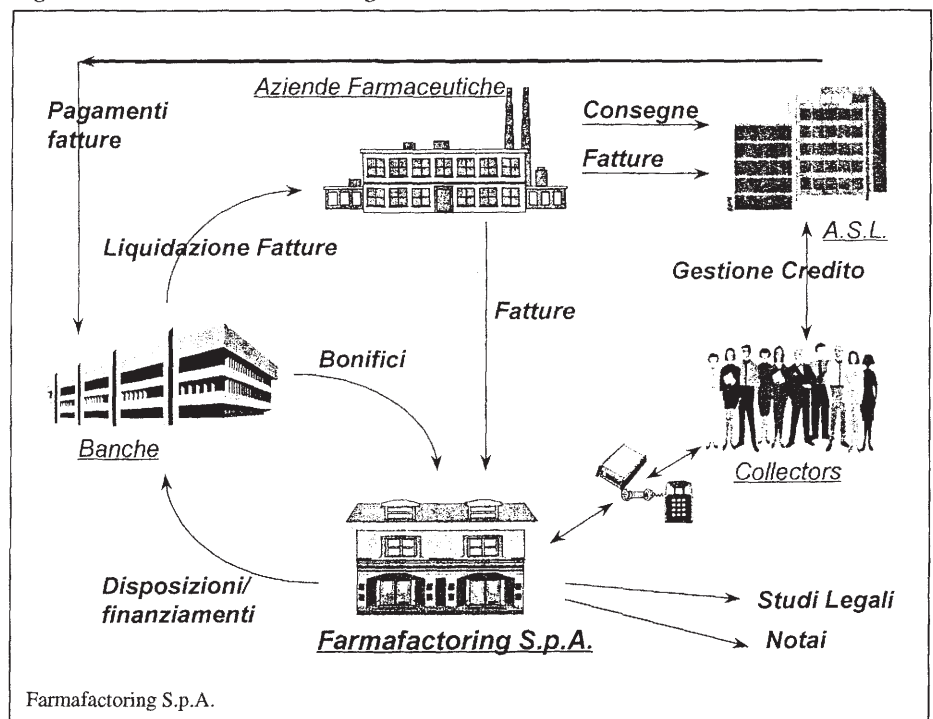
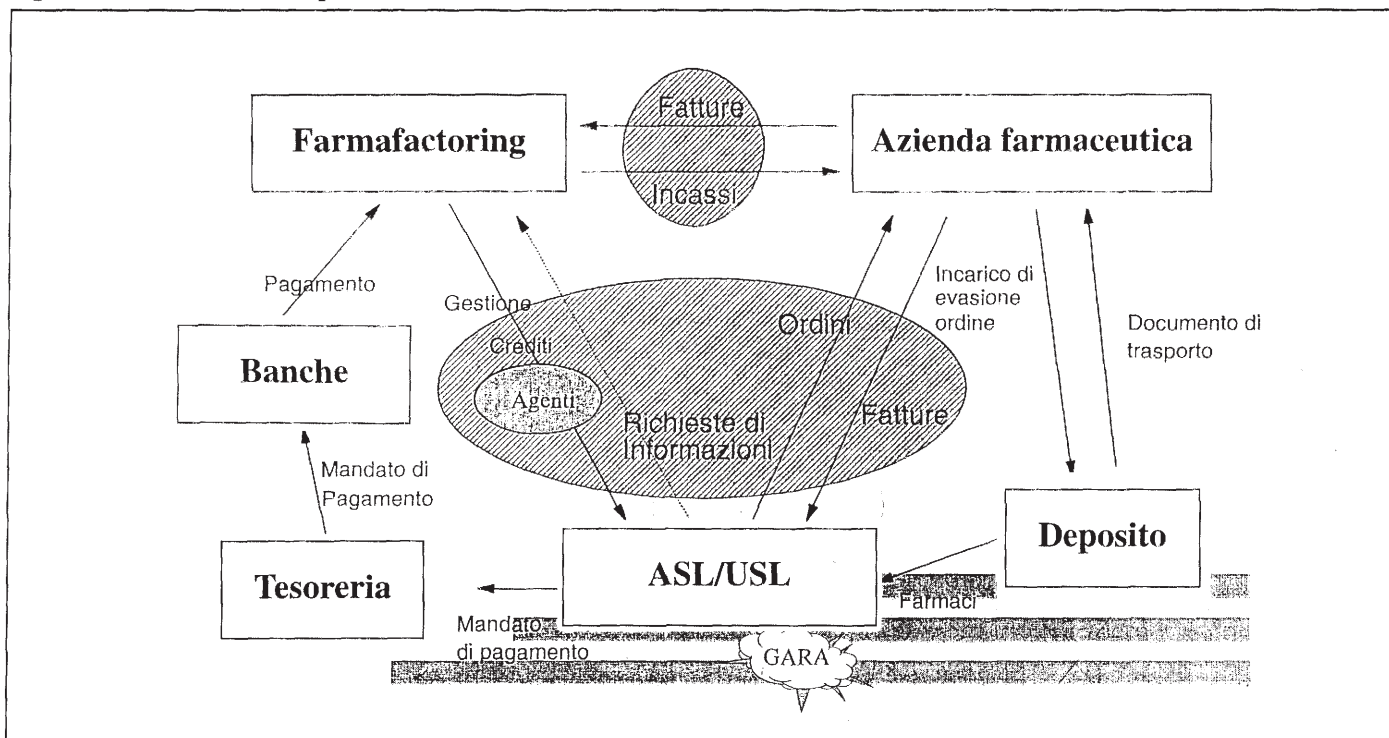


Figura 5 - Farm@link. Flussi operativi



— il caricamento automatico del magazzino sulla base dei dati disponibili;

— l'automazione del processo di gestione delle richieste di chiarimenti e documentazione.

Alla fine della fase di *test* è previsto come passaggio successivo la gestione degli ordini e l'ampliamento del collegamento telematico ad altri ospedali e società utenti.

La soluzione adottata è in linea con l'obiettivo di ottenere, tramite i collegamenti telematici, la gestione complessiva delle diverse unità che costituiscono un ospedale e una gestione integrata dell'intero Sistema sanitario nazionale, in linea con le esperienze di integrazione che stanno avvenendo già in altri paesi ed anche in Italia.

L'idea di fondo del progetto *Farm@link* è che, invece di avere ospedali come strutture monolitiche e separate, gli ospedali e le strutture sanitarie che operano sul territorio nazionale possano essere progettate e

gestite come una unica unità integrata in funzione dei malati. Tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio, possono in pratica operare, collegati in rete, come un unico grande ospedale.

Grazie alla rete, un solo centro territoriale può organizzare la prenotazione dei posti letto, i ricoveri, eventuali interventi di tele diagnosi, la gestione delle cartelle cliniche, le fasi di assistenza di ogni singolo malato, congiuntamente ad aspetti di tipo amministrativo, tra cui la gestione dei pagamenti e delle forniture.

4. Conclusioni e riflessioni a partire dal progetto *Farm@link*

Superata la fase iniziale, Farmafactoring sta provvedendo ad estendere progressivamente a tutte le proprie aziende clienti e alle aziende ospedaliere il collegamento. Entro la fine 1998 e i primi del 1999 è prevista la connessione in rete estesa a tutto il territorio nazionale.

Questa rientra tra le prime applicazioni telematiche alla sanità che abbiano ad oggetto gli aspetti amministrativi della gestione, ma rimanda alle più ampie potenzialità della telematica in sanità. La premessa fondamentale, per passare dalla progettazione ad un'effettiva applicazione della telematica per la gestione degli aspetti clinici, terapeutici e gestionali, è che tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio siano interconnesse e parlino la stessa lingua. Ciò che appunto sta già avvenendo, seppur in un ambito più specifico, con il progetto *Farm@link*.

(1) Si rimanda anche ai dati riportati nel saggio di Gazzaniga P.-Mambretti C., «I tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche», in questo stesso numero.

(2) Nello svolgimento del suo lavoro, sempre in questa direzione di favorire l'integrazione e il cambiamento nel Sistema sanitario

italiano, Farmafactoring si è fatta promotrice di un gruppo di lavoro sui rapporti finanziari tra imprese e aziende sanitarie, cui partecipano il Ministero della sanità, il Ministero del tesoro, la Corte dei conti, l'ABI, le Regioni, le aziende USL e le aziende ospedaliere. Il coor-

dinamento è affidato all'università Bicconi di Milano. Attivo dal 1993, il gruppo di lavoro ha prodotto una serie di studi e di eventi legati alle problematiche dei flussi finanziari nella sanità e organizzato diversi convegni.

(3) Si vedano ad esempio i recenti indirizzi in materia di *networking* e potenziamento della dotazione informatica in sanità previsti nel piano triennale di intervento dell'AIPA - Autorità italiana per l'informatica nella pubblica amministrazione.

MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Biblioteca

Sezione 6^a

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

LUCIANO FERRARI
MASSIMO FABI
FRANCESCO ZILIOLI

**Gli scenari
dell'invecchiamento.
Un approccio valutativo
sullo stato di salute,
sulla disabilità e sulla rete
dei servizi
in provincia di Parma**

FrancoAngeli
Milano, 1998
pagg. 220, L. 30 000

Il lavoro riportato si focalizza su un'indagine epidemiologica, condotta su un campione di 1204 ultrasessantacinquenni della provincia di Parma, che attraverso tecniche di valutazione multidimensionale, intende fornire un contributo all'analisi sullo stato di salute inteso come condizione funzionale, cognitiva e psicologica. L'obiettivo aziendale alla base della ricerca è quello di poter affrontare la pianificazione dei servizi tenendo presente la dignità della persona nella sua interezza. La ricerca consente inoltre di verificare le modalità di utilizzo dei servizi socio-sanitari, da parte degli utenti anziani, allo scopo di stabilire, in modo funzionale, l'effettivo livello di rispondenza tra i bisogni e i servizi offerti, oltre che l'unitarietà del percorso socio-assistenziale. Infine è anche uno strumento di verifica di reale rispondenza tra investimenti e risultati.

INDICE: PREMessa - PRESENTAZIONE (M. PINELLI) - PREFAZIONE (M. GIUBELLINI) - 1. ANALISI DELLA SITUAZIONE - 2. ASPETTI METODOLOGICI DELLA RICERCA - 3. ASPETTI SOCIO-DEMOGRAFICI - 4. LA VALUTAZIONE DELLO STATO COGNITIVO - 5. LE RELAZIONI SOCIALI E LE DINAMICHE COMUNICATIVE - 6. L'AREA SANITARIA E LA MISURAZIONE DELLA DISABILITÀ - 7. LO STATO DI SALUTE E LE PATOLOGIE - 8. LE PRESTAZIONI SANITARIE - 9. L'ANZIANO E I SERVIZI SOCIO-SANITARI - 10. IL CARICO ASSISTENZIALE DEI CAREGIVERS - 11. LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E LA PROGRAMMAZIONE.

Il libro riunisce tutti i decreti e gli articoli legislativi che direttamente o indirettamente trattano di qualità. Alla raccolta si aggiungono alcuni fondamentali documenti internazionali sulla qualità (Carta di Lubiana e Obiettivi pertinenti del programma OMS «Salute per tutti nell'anno 2000») e documenti italiani recentissimi, quale la proposta del Piano sanitario 1997-1999, o pertinenti anche se non di tipo legislativo, come la relazione dell'inchiesta del Senato sulla sanità. Il materiale è accompagnato da un'informata guida storica alla lettura.

INDICE: PREFAZIONE - 1. LA QUALITÀ NEL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 2. GLI STRUMENTI PER LA VERIFICA DELLA QUALITÀ - 3. I PRIMI PASSI NEGLI ANNI OTTANTA - 4. IL SISTEMA DEGLI INDICATORI - 5. LA CARTA DEI SERVIZI SANITARI - 6. IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1994-1996 - I CONTRATTI E LE CONVENZIONI - 7. QUALITÀ E SICUREZZA: DALLA L. 626/94 ALLA L. 242/96 - 8. LA CARTA DI LUBIANA - ACCREDITAMENTO PER REQUISITI MINIMI - ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE E INCOMPATIBILITÀ - 9. LA QUALITÀ UNO DEI CINQUE OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO SANITARIO 1997-1999 - 10. LA RIFORMA DEL WELFARE - LA COMMISSIONE PRODI-ONOFRI - 11. L'INCHIESTA DEL SENATO - 12. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - ALLEGATI PARTE 1A - PROVVEDIMENTI PROGRAMMATI INTERNAZIONALI - ALLEGATI PARTE 2A - PROVVEDIMENTI NORMATIVI E PROGRAMMATI NAZIONALI.

ERCOLE DE MASI
BRUNO GROSSI

**La qualità in sanità:
da progetto a sistema**

Area Qualità
Milano, 1998
pagg. 303, s.p.

CARLA COLLICELLI
MICHELE CORTELLARO
CONCETTA M. VACCARO

**Razionalizzare e innovare:
prospettive per il settore
farmaceutico
e il settore sanitario**

FrancoAngeli,
Milano, 1998
pagg. 174, L. 35 000

I lavori del quinto anno di attività del Forum per la ricerca biomedica, realizzati in collaborazione con il CENSIS, riportati nel volume, costituiscono nuovamente la base di dibattito della terza edizione della «Convention» sul farmaco, momento finale dell'iniziativa di concertazione portata avanti tra soggetti istituzionali, del mondo accademico e dell'industria. Insieme alle analisi dell'andamento del comparto farmaceutico e alle proposte relative ai meccanismi di regolazione normativa, etica ed economica del settore, si è deciso di sviluppare una nuova prospettiva di approfondimento, analizzando l'assetto più generale della sanità, con la consapevolezza che una condizione essenziale di efficacia dell'azione di razionalizzazione della spesa e dell'organizzazione del SSN è costituita dalla valutazione delle interrelazioni tra i suoi vari scomparti.

INDICE: INTRODUZIONE - I. CONSIDERAZIONI DI SINTESI - 1. I RISULTATI PRINCIPALI - 2. L'ANDAMENTO DEL COMPARTO FARMACEUTICO - 3. LA SITUAZIONE DELLA RICERCA - II. I LAVORI DELLE COMMISSIONI DEL FORUM DELLA RICERCA BIOMEDICA. COMMISSIONE FARMACI. PREMessa - 1. L'EVOLUZIONE NORMATIVA DEL COMPARTO: LE NUOVE REGOLE IN MATERIA DI REGOLAMENTAZIONE PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA E ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO - 2. IL NUOVO ASSETTO DELLA FARMACOVIGILANZA - 3. LA SITUAZIONE DEI PREZZI - 4. LA QUESTIONE DELL'AGENZIA ITALIANA PER I MEDICAMENTI - COMMISSIONE SULLA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA E LE LINEE GUIDA. SOTTOGRUPPO SU «LE POLITICHE PER LA QUALIFICAZIONE DELLA SPESA E L'OTTIMIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI». PREMessa - 1. LA DEFINIZIONE CONCETTUALE E METODOLOGICA DEL PROBLEMA - 2. LA DIAGNOSI E L'INDIVIDUAZIONE DEI PUNTI CRITICI DEL SISTEMA - 3. LA TERAPIA: INDICAZIONI E PROPOSTE PER LA QUALIFICAZIONE DELLA SPESA SANITARIA ED IL MIGLIORAMENTO DEI LIVELLI DI ASSISTENZA - SOTTOGRUPPO SU: «LE LINEE GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE» - 1. PERCHÉ LE LINEE GUIDA - 2. LA SITUAZIONE IN ITALIA E ALL'ESTERO: ANALISI DEI PRINCIPALI PUNTI CRITICI - 3. LA PROPOSTA DEL FORUM - III. GLI INTERVENTI ALLA II CONVENTION NAZIONALE SUL FARMACO.

Il libro rappresenta un ottimo strumento per chi si interessa al miglioramento della qualità dei servizi sanitari. L'«accreditamento», previsto come obbligatorio per le istituzioni pubbliche o private o per i singoli operatori, sta diventando uno dei nodi cruciali dell'organizzazione sanitaria italiana e introduce uno strumento di verifica e di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. «L'accreditamento minimo-obbligatorio» viene vissuto soprattutto su base volontaria, con una caratterizzazione professionale espressa all'interno di agenzie indipendenti. Contemporaneamente si sta diffondendo la «certificazione» che si richiama alle ISO 9000, che si ispira all'esperienza industriale della qualità totale e tende ad introdurre anche nel settore sanitario il «sistema qualità» con un approccio volontario, sistemico e costoso. Il volume si rivolge a chi è interessato a capire, applicare e sperimentare questi strumenti, con l'ausilio di eccellenti collaboratori con un ricco bagaglio di esperienze sul campo.

INDICE: CAPITOLO 1. I MODELLI DI ACCREDITAMENTO: ESPERIENZE INTERNAZIONALI (F. DI STANISLAO, M. PANELLA, R. SIQUILINI) - IN ALLEGATO: SCHEDE DESCRITTIVE DELLE ESPERIENZE PIÙ SIGNIFICATIVE - CAPITOLO 2. L'ACCREDITAMENTO VOLONTARIO PROFESSIONALE: L'ESPERIENZA ITALIANA (C. LIVA) - CAPITOLO 3. L'ACCREDITAMENTO NELLA NORMATIVA ITALIANA (C. LIVA) - CAPITOLO 4. INDICATORI PER L'ACCREDITAMENTO E IL BENCHMARKING (P. MOROSINI, G. PALUMBO) - CAPITOLO 5. LA CERTIFICAZIONE: L'ESPERIENZA ISO 9000 (E. RICCI, G. RINALDI) - APPENDICI. 1. SOCIETÀ ITALIANA DI VRQ: PROGRAMMA PER L'ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO - 2. SOCIETÀ ITALIANA DI VRQ-SIED: CRITERI DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

FRANCESCO DI STANISLAO
CARLO LIVA

**Accreditamento
dei servizi sanitari
in Italia**

Centro Scientifico Editore
Torino, 1998
pagg. 202, L. 45 000

STEFANO FAGIUOLI
(a cura di)

**La questione dei trapianti
tra etica, diritto, economia**

ATTI DEL CONVEGNO
Università di Padova,
3-4 novembre 1995

GIUFFRÈ
Milano 1997
pagg. 299, L. 40 000

L'approccio seguito nel convegno, la cui pubblicazione degli atti è stata promossa dall'Ateneo di Padova, nasce dalla confluenza di quattro filoni di analisi: medico, giuridico, economico e filosofico. Il tema conduttore è quello dei trapianti, che coinvolge problemi collaterali che risultano determinanti per definire i valori cui si ispira non soltanto la medicina in senso stretto, ma tutta la società umana.

INDICE: PRAFAZIONE (S. FAGIUOLI) - INTRODUZIONE (G. MURARO) - PRIMA SESSIONE. SCELTE SANITARIE E RISORSE ECONOMICHE - RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO, LIMITATEZZA DELLE RISORSE, IMPLICAZIONI ETICHE PER LE SCELTE MEDICHE (E. BORGONOVÌ) - TRAPIANTO ED EQUITÀ NEL RIDISEGNO DELLO STATO SOCIALE (S. SPINSANTI) - PROFILI DELLA DISCIPLINA GIURIDICA (G.A. SALA) - 4. LA TERAPIA SOSTITUTIVA DELLA FUNZIONE RENALE: UN DIFFICILE EQUILIBRIO TRA INDICAZIONI CLINICHE, VALUTAZIONI ETICHE E RISORSE ECONOMICHE (R. MAIORCA) - ANALISI ECONOMICA DEI TRAPIANTI D'ORGANO IN LOMBARDIA (L. MASCARETTI, M. SCALAMOGNA, G. SIRCHIA) - ECONOMIA ED ETICA NELLA RIFORMA DELLA TUTELA DELLA SALUTE (D.K. TSCHULIN) - SECONDA SESSIONE. VITA E MORTE NELLA SOPRAVVIVENZA ASSISTITA - PROBLEMI ETICI E DEONTOLOGICI DELLA SOPRAVVIVENZA ASSISTITA (A. FIORI) - IL TESTAMENTO BIOLOGICO (P. RESCIGNO) - LA TERAPIA FUTILE: PROPOSTE DI SOSPENSIONE E NEGAZIONE DELLA TERAPIA DI MANTENIMENTO IN VITA (D. LAMB) - RIFLESSIONI ETICHE SUL CONCETTO DI MORTE CEREBRALE (C. GOLSER) - TECNOLOGIA DEL TRAPIANTO: IMPLICAZIONI ETICHE E RELIGIOSE (D.C. THOMASMA) - IL CONCETTO DI SÉ DEL MEDICO E IL MORENTE (F.J. ILLHARDT) - I PROBLEMI POSTI DAL PROLUNGAMENTO CON MEZZI ARTIFICIALI DELLA VITA DI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE MALIGNI (D. NIEDERWIESER) - TERZA SESSIONE. LA DISPONIBILITÀ DEGLI ORGANI: SOLIDARIETÀ O MERCATO? - QUALE OBBLIGO C'È DI DONARE UN ORGANO? (A. AUTERIO) - IL MERCATO DEGLI ORGANI (C. HANAU) - UN MERCATO DI ORGANI UMANI? (M.D.A. FREEMAN) - VALORE ETICO E SIGNIFICATO SOCIALE DELLA DONAZIONE (C. MANNI) - QUESTIONE DEI TRAPIANTI COME QUESTIONE BIOETICA (C. VIAFORA) - ASPETTI LEGALI DELLA DONAZIONE DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE UMANI (Z.KANDIC-POPOVIC) - IL TRAPIANTO TRA ETICA E DIRITTO (J.M. HACKL) - L'IMPORTANZA DI UNA MAGGIORE TRASPARENZA DELLE DECISIONI ALLOCATIVE PER UNA PUBBLICA ACCETTAZIONE DELLE DONAZIONI DI ORGANI (G. KIRSTE) - QUARTA SESSIONE. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE IN TEMA DI BIOETICA - SELEZIONE DI PROBLEMI NEI SERVIZI SANITARI. PERCORSI DELLA TRASFORMAZIONE POLITICO-SANITARIA (E. THEURL) - L'UMANITÀ DI FRONTE AI RISCHI DEI TEMPI MODERNI (A. ESER) - LA MEDICINA SI INTERROGA DI FRONTE ALLA BIOETICA (P. BENCIOLINI).

La cultura medica tradizionale ha trascurato ogni apertura di conoscenza sulle problematiche «economiche» dell'operare sanitario, molto spesso considerando tali conoscenze improprie o solo accessorie al proprio ambito. L'operatore sanitario che d'altronde abbia sentito l'esigenza di completare il suo sapere, aprendosi ad una prospettiva economica, si è imbattuto nella difficoltà di reperire un testo che rispettasse la sua condizione di neofita senza peccare però di superficialità. Rispondere a tale carenza è l'obiettivo del volume, che trova il suo immediato utilizzo nella didattica di molti corsi post-laurea e, soprattutto, nella scuola di specializzazione in Statistica medica e programmazione sanitaria.

INDICE: PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA (A. MARINONI) - PRAFAZIONE - 1. L'ECONOMIA SANITARIA - 2. LE BASI DELLA VALUTAZIONE ECONOMICA - 3. GLI STUDI DEI COSTI DELLE MALATTIE - 4. ANALISI COSTO-MINIMIZZAZIONE - 5. ANALISI COSTO-EFFICACIA - 6. ANALISI COSTO-UTILITÀ - 7. ANALISI COSTO-BENEFICIO - 8. ARGOMENTI DI ATTUALITÀ - APPENDICE 1. LOGICA ECONOMICA APPLICATA AL MANAGEMENT DEI SERVIZI SANITARI: FORME DI VALUTAZIONE ECONOMICA - APPENDICE 2. L'ANALISI DECISIONALE IN AMBITO SANITARIO - APPENDICE 3. GLOSSARIO.

TOM JEFFERSON
VITTORIO DEMICHELÌ
MIRANDA MUGFORD

**La valutazione economica
degli interventi sanitari**

Il Pensiero Scientifico Editore
Roma, 1998
pagg. 142, L. 28 000

MIRELLA CESARONI
ROBERTO SEQUI

**Sistema informativo
e servizi sociali**

La Nuova Italia Scientifica
Roma 1997
pagg. 175, L. 35 000

La trattazione, che si rivolge agli operatori del sociale, ai professionisti del terzo settore e gli amministratori locali e propone il modello di sistema informativo sperimentato nell'azienda sanitaria 10 e nel Comune di Firenze, è innanzitutto un tentativo di ricongiungimento a quegli slanci di trasformazione che alla fine degli anni Settanta erano patrimonio degli operatori del settore socio-sanitario. L'impostazione è fedele al principio di trasformare innanzitutto il momento della raccolta dell'informazione, perché è solo così che si può immettere nel sistema informativo dati significativi, veritieri e rilevanti e, allo stesso tempo, responsabilizzare e motivare l'operatore stesso ad un esercizio professionale, autentica esplicazione di un sapere appreso e aggiornato.

INDICE: PRESENTAZIONE (P. ZURLA) - PARTE PRIMA. IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE - 1. PERCHÉ COSTRUIRE UN SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE - 2. COS'È UN SISTEMA INFORMATIVO - 3. L'INFORMAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE - 4. STRATEGIE PER LA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE - PARTE SECONDA. LA DOCUMENTAZIONE PROFESSIONALE DEL SERVIZIO SOCIALE: GLI STRUMENTI PER LA RACCOLTA DELL'INFORMAZIONE - 5. LA DOCUMENTAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE - 6. LA DOCUMENTAZIONE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE - 7. LA DOCUMENTAZIONE DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE: GLI STRUMENTI DI RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI NEL LAVORO EDUCATIVO - PARTE TERZA. LA CARTELLA SOCIALE COMPUTERIZZATA: L'ESPERIENZA DEL COMUNE DI FIRENZE - 8. LA CARTELLA SOCIALE COMPUTERIZZATA - 9. DESCRIZIONE ANALITICA DELLA CARTELLA SOCIALE - PARTE QUARTA. IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA SICUREZZA SOCIALE - 10. CONTENUTI DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-ASSISTENZIALE DEL COMUNE DI FIRENZE E DELLE USL FIORENTINE - APPENDICE. APPLICAZIONI INFORMATICHE E TELEMATICHE NEL CAMPO SOCIALE.

Questo testo nasce dall'esperienza formativa del corso di perfezionamento «Formazione manageriale per operatori sanitari» dell'istituto di Igiene «G. Sanarelli» dell'università «La Sapienza» di Roma. Il corso mira a fornire elementi di management applicabili in campo sanitario, disegnando non tanto la figura di un superesperto nelle discipline manageriali, quanto quella di un professionista in grado di meglio orientare la struttura di cui è responsabile, programmarne le attività, valutarne i risultati, gestirne il personale. Il volume è destinato, oltre che ai partecipanti al corso, a sostenere quegli operatori sanitari che intendano promuovere un cambiamento volto a migliorare il servizio fornito dalle strutture sanitarie di cui fanno parte.

INDICE: CAPITOLO 1. INTRODUZIONE - CAPITOLO 2. IL PROJECT MANAGEMENT E LA GESTIONE DELLA SANITÀ - CAPITOLO 3. L'IDEAZIONE DEL PROGETTO - CAPITOLO 4. LA PIANIFICAZIONE DEL PROGETTO - CAPITOLO 5. L'ESECUZIONE E IL CONTROLLO DEL PROGETTO - CAPITOLO 6. LA CONCLUSIONE E LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO - CAPITOLO 7. ALCUNE CONSIDERAZIONI SPECIFICHE - CAPITOLO 8. SCHEDA DI APPROFONDIMENTO - CAPITOLO 9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI - CAPITOLO 10. BIBLIOGRAFIA RAGIONATA - CAPITOLO 11. APPENDICE.

MICHELE LOIUDICE

**La gestione
del cambiamento in sanità.
Manuale teorico-pratico
di project management
per operatori sanitari**

Centro Scientifico Editore
Torino, 1998
pagg. 183, L. 45 000

GIUSEPPE LO MARTIRE

**L'azienda sanità.
Centri
di responsabilità-budget.
Controllo di gestione.
Guida per primari e medici**

FrancoAngeli
Milano, 1998
pagg. 152, L. 30 000

Il volume, partendo dal presupposto che anche nel mondo della sanità sarà sempre più necessario «decidere», è diretto ai primari, ai responsabili dei servizi sanitari che intendono approfondire i processi legati alla nuova legislazione sanitaria. Si definisce il significato operativo di centri di responsabilità, budget e controllo di gestione, scandendo gli aspetti connessi con le quote capitarie e i DRG derivanti dalla mobilità sanitaria, da un lato, i costi conseguenti all'utilizzo delle risorse, dall'altro. In opposizione alla convinzione secondo cui i costi possono venir ridotti solo a sacrificio del servizio offerto, si delinea una cultura nuova, attenta all'individuazione degli sprechi, alla definizione degli obiettivi e al loro efficiente raggiungimento, che proiettandosi anche sulla specializzazione degli operatori e su più elevati livelli tecnologici, riesca a coniugare due realtà non necessariamente in contrasto: la tutela della salute e la salvaguardia dei conti pubblici.

INDICE: PARTE I. I PUNTI NODALI DELLA RIFORMA SANITARIA - 1. DALLE MUTUE ALLA RIFORMA SANITARIA - 2. L'AZIENDALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE - 3. LA RISTRUTTURAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA - 4. LA QUOTA CAPITARIA A COPERTURA DELLE PRESTAZIONI FRUITE DAI CITTADINI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'ULSS - 5. LA COMPENSAZIONE DELLE PRESTAZIONI FRUITE DAI NON RESIDENTI ATTRAVERSO IL RICONOSCIMENTO DELLA MOBILITÀ SANITARIA - 6. IL TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI - 7. IL SISTEMA DEI DIAGNOSIS RELATED GROUPS - DRG - 8. IL RUOLO DEI DIRETTORI GENERALI E DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA - 9. GLI INDICATORI OSPEDALIERI - 10. IL REPORTING - PARTE II. GLI STRUMENTI DELLA RIFORMA SANITARIA - 11. IL PERCHÉ DELLA RIFORMA SANITARIA - 12. LA LEGISLAZIONE SANITARIA - 13. COME NASCE IL CONTO ECONOMICO DI UN OSPEDALE - 14. COME NASCE LO STATO PATRIMONIALE DI UN'ULSS - 15. LA CONTABILITÀ GENERALE - 16. LA CONTABILITÀ ANALITICA E IL SISTEMA DEI CENTRI DI RESPONSABILITÀ - 17. ANCORA SULLA CONTABILITÀ ANALITICA - 18. IL SISTEMA DEI CENTRI DI RESPONSABILITÀ - 19. IL BUDGET - 20. ANCORA SUL BUDGET - 21. IL CONTROLLO DI GESTIONE - 22. IL COSTO DI 1 GIORNATA DI DEGENZA.

MASSIMO TOMBESI

**La prevenzione
in medicina generale**

UTET Periodici scientifici
Milano, 1997
pagg. 144, L. 29 500

Con un notevole livello di approfondimento critico, il volume esplora l'orizzonte delle opzioni preventive reali, possibili, futuribili e da proscrivere, con un costante richiamo ad una valutazione complessiva del paziente, che solo il medico di medicina generale è in grado di fare e che è indispensabile per identificare chi potrà trarre vantaggi e da quale iniziativa di prevenzione. Il libro si prefigge lo scopo di offrire un contributo per favorire lo sviluppo nella medicina generale di una cultura preventiva critica, orientata alla demedicalizzazione e resistente alle suggestioni non basate su prove scientifiche, nei casi di interventi di massa; esamina e valorizza alcune specificità della medicina generale alla ricerca di possibili competenze e attribuzioni di responsabilità; illustra alcune delle prove scientifiche di cui si dovrebbe tener conto, al fine di individuare e condividere riferimenti e non di omologare comportamenti.

INDICE: PREFAZIONE - INTRODUZIONE - 1. L'AMBITO OPERATIVO E CULTURALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE - 2. I PRINCIPI DELLA PREVENZIONE - 3. LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - 4. LA PREVENZIONE ONCOLOGICA - 5. ALTRI INTERVENTI PREVENTIVI E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE - 6. L'ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVENTIVI IN MEDICINA GENERALE - OSSERVAZIONI CONCLUSIVE.

M. TRABUCCHI
G. CASALE
O. BONACCORSO
A. GUAITA

**Assistenza e riabilitazione
geriatrica**

FrancoAngeli
Milano, 1998
pagg. 359, L. 42.000

Il testo definisce analiticamente l'assistenza sanitaria ai malati cronici delle Residenze sanitarie assistenziali, l'attuazione dei programmi riabilitativi nelle degenze degli Istituti di riabilitazione geriatrica, le modalità di azione del day hospital geriatrico, sia per l'impostazione generale che per i grandi «problemi» geriatrici e gerontologici. L'obiettivo di queste «linee-guida» consiste nel curare bene gli anziani che si rivolgono ai servizi riabilitativi e assistenziali, inaugurando una «terza via» fra ospedale e casa di riposo. Sul tema si esprimono in maniera corale ma unitaria, medici, infermieri, terapisti, ausiliari di grandi strutture milanesi di ricovero.

INDICE: PRESENTAZIONE (M. TRABUCCHI) - PARTE PRIMA: LINEE GUIDA PER GLI ISTITUTI DI RIABILITAZIONE - 1. LINEE GUIDA PER IDR GERIATRICO - 2. PIANO GENERALE DELLE LINEE GUIDA PER IDR GERIATRICO - 3. LINEE GUIDA PER IDR. PATOLOGIA CEREBRO-VASCOLARE (ICTUS) - 4. LINEE GUIDA PER IDR. PARKINSON E PARKINSONIANI - 5. LINEE GUIDA PER IDR. PAZIENTE CON AMPUTAZIONE ARTO INFERIORE - 6. LINEE GUIDA PER IDR - PAZIENTI CON FRATTURA DI FEMORE - 7. LINEE GUIDA PER IDR. DISTURBI DELL'ANDATURA, IMMOBILIZZAZIONE - 8. LINEE GUIDA PER IDR GERIATRICO. BPCO (BRONCOPNEUMOPATIE CRONICHE OSTRUTTIVE) - PARTE SECONDA: LINEE GUIDA RSA - 9. RSA: CONTESTO OPERATIVO E TIPOLOGIA DI PAZIENTI - 10. PROBLEMI SANITARI SPECIFICI IN RSA - 11. LINEE GUIDA DAY HOSPITAL GERIATRICO - 12. LINEE GUIDA PER PROCEDURE DI CONSENSO INFORMATO.

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

GLENNERSTER H.

L'assistenza ai grandi anziani: soluzioni pubbliche e soluzioni private

Prospettive sociali e sanitarie XXVIII (5): 1-7, 1998

CAMPOSTELLA R.

La partecipazione dei soggetti privati alle società di gestione delle farmacie comunali: aspetti problematici

Sanità Pubblica XVII (10): 1027-1044, 1997

BARDUSCO A.

Pubblico e privato nel servizio sanitario nazionale: le cliniche universitarie

Sanità Pubblica XVII (11/12): 1115-1128, 1997

NICOLOSO B.R.

La società di gestione ad azionista unico delle farmacie comunali

Sanità Pubblica XVII (11/12): 1143-1162, 1997

BAZZOLI G.J. ET AL.

Public-private collaboration in health and human service delivery: evidence from community partnerships

The Milbank Quarterly 75(4): 533-562, 1997

ENSOR T., THOMPSON R.

Health insurance as a catalyst to change in former communist countries?

Health Policy 43 (3): 203-218, 1998

VISTNES J.P., BANTHIN J.S.

The Demand for Medicare Supplemental Insurance Benefits: the role of attitudes toward medical care and risk

Inquiry 34 (4), 311-324, 1997-98

Sistemi di finanziamento

ZHAO Y., MCDERMID S., HINDLE D.

Casemix-based funding of Northern Territory public hospitals: adjusting for severity and socio-economic variations

Health Economics 7 (1): 53-62, 1998

FEDER J., LAMBROW J., HUCKABY M.

Medicaid and long-term care for the elderly: implications of restructuring

The Milbank Quarterly 75(4): 425-460, 1997

D'AMBROSIO M.G. ET AL.

Valutazione dell'impatto del sistema di pagamento a tariffe delle prestazioni ospedaliere mediante analisi dell'attività di ricovero effettuata nella regione Friuli-Venezia Giulia

Rivista Servizi Sanitari, I (4): 107-188, IV trimestre 1997

OKUNADE A.A., CHANG C.F.

Relative success of State-managed behavioural health care: does the financing structure play any role?

Journal of HealthCare Financing, 24 (3): 27-40, 1998

CLOSON M.C., MAES N.

Réformes du système de financement des hopitaux en Belgique

Journal d'Economie Médicale 16 (1): 69-82, 1998

Economia del farmaco

SCHLESINGER M., DORWART R., HOOVER C., EPSTEIN S.

The determinants of dumping: a National study of economically motivated transfers involving mental health care

Health Services Research, 32 (5): 561-590, 1997

KANAVOS P.

A prospective view on European pharmaceutical research and development: policy options to reduce fragmentation and increase competitiveness

Pharmacoeconomics 13 (2): 181-190, 1998

KOLASSA M., SMITH M.C., BANAHAN III B.F., GARNER D.D.
The effects of acquisition cost and budget-based compensation on the attitudes of pharmacy directors toward the adoption of a cost-effective new drug
Pharmacoeconomics 13 (2): 223-230, 1998

TOWSE A.
The pros and cons of a single «Euro-Price» for drugs
Pharmacoeconomics 13 (3): 271-276, 1998

DANZON P.M.
The economics of parallel trade
Pharmacoeconomics 13 (3): 293-304, 1998

NUIJTEN M.J.C.
The selection of data sources for use in modelling studies
Pharmacoeconomics 13 (3): 305-316, 1998

AA.VV.
Politiche di compartecipazione, modelli di prontuari terapeutici e livelli d'uso dei farmaci efficaci
Prospettive sociali e sanitarie XXVIII (2): 16, 1998

Valutazioni economiche delle attività sanitarie

HOLMES A.M.
Measurement of short term health effects in economic evaluations
Pharmacoeconomics 13 (2): 171-174, 1998

THWAITES R., TOWNSEND R.J.
Pharmacoeconomics in the new millennium: a pharmaceutical industry perspective
Pharmacoeconomics 13 (2): 175-180, 1998

MAUSKOPF J.A., PAUL J.E., GRANT D.M., STERGACHIS A.
The role of cost-consequence analysis in healthcare decision-making
Pharmacoeconomics 13 (3): 277-288, 1998

LIU K., WALL S., WISSOKER D.
Disability and medicare costs of elderly persons
The Milbank Quarterly 75(4): 461-494, 1997

BALAS E.A. ET AL.
Interpreting cost analyses of clinical interventions
JAMA 279 (1): 54-57, 1998

VISENTIN P., CIRAVEGNA R., CORCELLI F., FABBRIS F.
Costo-efficacia della prevenzione delle fratture di femore
Epidemiologia & Prevenzione 22: 37-43, 1998

BRIGGS A., SCULPHER M.
An introduction to Markov modelling for economic evaluation
Pharmacoeconomics 13 (4): 397-409, 1998

Analisi dei sistemi sanitari

PESARESI F.
La spesa ospedaliera nei paesi dell'OCSE
ASI 7: 27-37, 1998

SENSENIQ A.L., HEFFLER S.K., DONHAM C.S.
Health care indicators: hospital, employment and price indicators for the health care industry: fourth quarter 1996 and annual data for 1988-96
Health Care and Financing Review 18 (4): 133-176, 1997

ROSEN R., MAYS N.
The impact of the UK NHS purchaser-provider split on the «rational» introduction of new medical technologies
Health Policy 43 (2): 103-124, 1998

ISHIZAKI T., KOBAYASHI Y., TAMIYA N.
The role of geriatric intermediate care facilities in long-term care for the elderly in Japan
Health Policy 43 (2): 141-202, 1998

CHERNICHOVSKY D., POTAPCHIK E.
Health system reform under the Russian Health insurance legislation
IJHMEO 12 (4): 279-296, 1997

BARNETT P., MALCOLM L.A.
To integrate or deintegrate? Fitting public health into New Zealand's reforming health system
European Journal of Public Health 8 (1): 79-86, 1998

SERRA M.
Riflessioni sul sistema sanitario pubblico nella regione Emilia-Romagna
Sanità Pubblica 1, 9-26, 1998

Programmazione e organizzazione del lavoro

THOMAS J. M., GUIRE K.E., HORVAT G.
Is patient length of stay related to quality of care?
Hospital & Health Service Administration: 42 (4): 489-508, 1997

CHAN Y.L., HO S.K.
Continuous quality improvement: a survey of American and Canadian healthcare executives
Hospital & Health Service Administration: 42 (4): 525-545, 1997

GEDDES DA FILICAIA M.
L'Azienda sanitaria locale: articolazione istituzionale e organizzazione dei servizi
Prospettive sociali e sanitarie XXVIII (1): 4-8, 1998

BONALDI A., LOCATI F., SALMOIRAGHI M.

La gestione integrata delle malattie

Prospettive sociali e sanitarie XXVIII (2): 1-5, 1998

MOSCOVICE I., WELLEVER A., CHRISTIANSON J., CASEY M., YAWN B., HARTLEY D.

Understanding integrated rural health networks

The Milbank Quarterly 75(4): 563-588, 1997

ROBINSON J.C.

Consolidation of medical groups into physician practice management organisations

JAMA 279 (2): 144-149, 1998

LANDON B.E., TOBIAS C., EPSTEIN A.M.

Quality management by State Medicaid Agencies converting to managed care: plans and current practice

JAMA 279 (3): 211-216, 1998

MASTROBUONO I., CASATI G.

ASSR: indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgettaria nelle aziende sanitarie italiane nel 1997.

ASI 13: 24-29, 1998

BONENTI G.

Il ruolo del dipartimento nell'organizzazione dei servizi sanitari

Organizzazione Sanitaria XXI (5): 68-76, 1997

Controllo di gestione e sistemi informativi

PIAZZA G.P.

Il budget: da vincolo di spesa ad occasione di ricerca di efficacia ed equità nelle prestazioni sanitarie

Ricerca & Pratica 78: 245-252, 1997

EVANS R.S. AND OTHERS

A computer-assisted management program for antibiotics and other antiinfective agents

The New England Journal of Medicine 338 (4): 232-238, 1998

L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 675/96 ALLE AZIENDE OPERANTI IN CAMPO SANITARIO: DIMENSIONI DEL PROBLEMA E PRIMI RIFERIMENTI

di Germana Di Falco

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

L'entrata in vigore della legge 31 dicembre 1996, n. 675, «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali», attua anche nel nostro Paese la direttiva comunitaria 95/46/CE del 24 ottobre 1995 «relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati». Si tratta del primo intervento organico a tutela della data *privacy* in Italia che impone una svolta culturale, oltre che organizzativa e tecnologica, nel trattamento delle informazioni personali e coinvolge tutti i soggetti che a vario titolo trattano dati relativi alle persone fisiche o giuridiche.

L'ampiezza della disciplina e le successive specificazioni ad essa apportate con l'attuazione della delega contenuta nella legge 31 dicembre 1996, n. 676, e con le sopravvenute e specifiche autorizzazioni del Garante richiedono di rammentare con puntualità l'ambito a) oggettivo e b) soggettivo cui la legge fa riferimento.

L'ambito oggettivo della legge è definito dai concetti di «dato personale» e di «trattamento». Con il termine «trattamento» si fa riferimento a «qualunque operazione o complessi di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati» (articolo 1, comma 2, lettera b).

Il concetto, amplissimo, di «dato personale» comprende invece non solo l'informazione anagrafica ma anche quella che permette di identificare indirettamente, pure mediante codice numerico, l'interessato, vale a dire la persona fisica o giuridica cui i dati fanno riferimento. All'interno della categoria dei dati personali la legge distingue e disciplina in maniera differente i cosiddetti «dati (personali) comuni» e i cosiddetti «dati (personali) sensibili», intendendosi in quest'ultima fattispecie (articolo 22, comma 1) «i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale». I dati inerenti la salute sono sottoposti, inoltre, per la peculiare natura, ad una loro specifica disciplina, regolata dall'articolo 23 della legge 675/96 e dalla successiva autorizzazione generale del Garante n. 2/1997 «relativa al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale».

Dal punto di vista soggettivo, l'ambito di applicazione della legge si articola su un doppio binario, a seconda che i titolari del trattamento siano soggetti pubblici, esclusi gli enti pubblici economici, o soggetti privati, ai quali sono assimilati i soggetti pubblici economici. In entrambi i casi i titolari del trattamento debbono provvedere ad adempimenti formali e organizzativi obbligatori per il rispetto della legge ed attivare una serie di adempi-

menti opportuni per rimandare i rischi civili e penali derivanti dalle responsabilità per danni derivanti a terzi dall'inadempienza dei termini della legge.

La sfera di riferimento sin qui delineata mostra come particolari riflessi derivanti dall'applicazione delle norme contenute nella legge 675/96 si determinino nel caso della tutela della riservatezza dei dati personali da parte di aziende, pubbliche o private, operanti nel campo sanitario. Agli aspetti generali e comuni derivanti dall'applicazione del dettato normativo per quello che riguarda i dati personali non sensibili, si sovrappongono aspetti peculiari collegati:

— alla natura e alla quantità dei dati sensibili trattati, con particolare riferimento ai dati relativi allo stato di salute (articolo 23, legge 675/96);

— alla natura e alla tipologia del titolare del trattamento, sia esso tra i soggetti ricadenti nell'ambito di applicazione dell'autorizzazione rilasciata dal Garante (esercenti delle professioni sanitarie, aziende sanitarie pubbliche o private, istituti di ricerca, imprese limitatamente alle operazioni indispensabili per adempiere agli obblighi precontrattuali derivanti da un rapporto di fornitura) oppure ne sia escluso (ad esempio, impresa operante nel settore sanitario ad eccezione delle operazioni indispensabili per adempiere agli obblighi precontrattuali e dei dati raccolti in forma anonima ai fini della ricerca medica di base o applicata).

La comprensione del portato della legge sulle aziende operanti nel settore sanitario richiede quindi di esaminare:

a) gli aspetti strettamente giuridici che caratterizzano la tutela della riservatezza dei dati personali, siano essi comuni o sensibili;

b) gli impatti della legge sulla *privacy* sui sistemi aziendali;

c) l'impatto particolare della legge sulle amministrazioni pubbliche e sulle aziende sanitarie;

d) i riflessi della tutela della *privacy* collegati alle caratteristiche proprie dei dati sanitari;

e) i riflessi della legge sulle misure di sicurezza dei dati, in particolar modo per i dati gestiti in forma automatizzata (cosiddetta *privacy* informatica).

Gli aspetti esaminati *sub a)*, *b)* ed *e)* sono ad evidenza di rilevanza trasversale, quelli *sub c)* e *d)* fanno riferimento a caratteristiche peculiari di applicazione della data *privacy* alla pubblica amministrazione, con un'attenzione specifica alla cosiddetta *health care privacy*.

Da un punto di vista giuridico, la tutela della *privacy* si pone sulla scia dei diritti di tutela della persona e di attuazione delle libertà fondamentali. La tutela della *privacy* elaborata dal nostro Paese in sede giurisprudenziale e dottrinale si caratterizza infatti per una sostanziale evoluzione del concetto di identità personale, spingendosi al di là del terreno della *privacy* intesa in senso stretto come riservatezza ossia come diritto «ad essere lasciato solo» secondo la prospettazione originaria del «right to privacy» apparsa negli Stati Uniti alla fine del secolo scorso (Warren e Brandeis, 1890), la quale sembra avere soltanto o prevalentemente valore storico o rievocativo (Rodotà, 1995).

Una delle conseguenze di questa accezione di tutela della *privacy* come ampliamento della sfera dei diritti della personalità si risolve immediatamente sul piano del diritto positivo: mentre la vita privata e il «right to be let alone» riguardano gli individui persone fisiche, l'espansione della tutela al diritto all'identità personale (articolo 1, legge 675/96) consente al legislatore di estendere la tutela alle persone fisiche e ad ogni altro ente o associazione [Cuffaro, Ricciuto (a cura di), 1997]. Elementi caratterizzanti le analisi di tipo giuridico sono quindi le considerazioni 1) sulla natura del diritto che viene tutelato, 2) sul sistema di vincoli/risponsabilità in capo al titolare del trattamento dati, 3) sui diritti dell'interessato, persona fisica o giuridica, 4) sulle formalità amministrative da espletare per l'adempimento degli obblighi normativi.

Dal punto di vista degli impatti della legge sui sistemi aziendali, a prescindere dall'analisi degli adempimenti e dei riflessi organizzativi «obbligatori» (notificazione al Garante, attivazione dell'informativa all'interessato, predisposizione delle misure di sicurezza minime rilevanti a fini penali e delle misure di sicurezza adeguate rilevanti ai fini civilistici), la normativa sulla *privacy* rende necessaria una rilettura dell'organizzazione in termini di flussi informativi e una razionalizzazione del sistema di raccolta/trattamento delle informazioni al fine di:

— individuare un sistema di responsabilità sul trattamento (non obbligatorio ma opportuno) coerente con l'effettiva dinamica dei processi aziendali e dei flussi informativi ad essi correlati;

— verificare la qualità dei dati trattati, nel senso inteso dalla legge di trattamento in modo lecito e secondo correttezza; esattezza e aggiornamento dei dati; pertinenza, completezza e non eccedenza del trattamento rispetto alle finalità per le quali i dati sono raccolti e trattati; determinatezza degli usi e delle finalità della raccolta e del trattamento (cfr. articolo 9, comma 1, lettere a, b, c, d, e);

— impostare le misure di sicurezza adeguate per la prevenzione e il ripristino sia di natura logica, sia di natura fisica, sia di natura organizzativa.

La gestione dei processi organizzativi e la lettura degli impatti della legge sui sistemi aziendali possono pertanto essere effettuate:

1) distinguendo tre momenti nella gestione della legge: la pianificazione, l'avvio a regime, il controllo e il monitoraggio del sistema (AIDIM, 1997);

2) tenendo presenti le misure di sicurezza intese in senso ampio e nel rispetto delle linee guida emanate dal Garante (Autorità garante per la riservatezza di dati personali, 1998);

3) con l'ottica di un'opportunità per il cambiamento culturale, organizzativo e tecnologico;

4) che coinvolge necessariamente l'organizzazione nel suo complesso.

Quest'articolazione mantiene la sua rilevanza trasversale anche nell'applicazione alle pubbliche amministrazioni e alle aziende sanitarie, considerando tuttavia:

a) le peculiarità e la semplificazione degli obblighi e delle procedure derivanti dal «doppio binario soggettivo» che caratterizza la legge e che distingue tra soggetti pubblici e soggetti privati;

b) la necessità di conciliare i disposti normativi della legge 675/96 con l'applicazione di norme in parte confliggenti come la legge sul diritto d'accesso e sulla trasparenza amministrativa (legge 241/90) e con i vincoli imposti dalle finalità istituzionali proprie della pubblica amministrazione o derivanti dalla necessità di tutela di interessi pubblici sovraordinati come la sicurezza o la salute pubblica (Carta, 1997; Soncini, 1998);

c) le opportunità di procedere alla definizione di un regolamento interno sulla tutela della riservatezza dei dati personali che consenta di ampliare le semplificazioni previste per il trattamento dei dati comuni e di regolare fattispecie critiche in grado di ostacolare il normale svolgimento dell'attività amministrativa in assenza di una regolamentazione specifica (Barbiero, 1997).

Nelle aziende sanitarie, alle analogie derivanti dall'essere comprese nell'ambito soggettivo degli enti pubblici non economici, si aggiungono alcune specificità collegate alla natura del dato sanitario, soprattutto ove si consideri la definizione estesa che la legge dà di «dato sensibile» e «dato sanitario» come dato «idoneo a» rivelare lo stato di salute.

La riflessione sulla necessità di tutela dei dati sanitari è particolarmente articolata sia a livello europeo che sul piano internazionale e si caratterizza per:

a) essere maturata, ancor prima che sul piano normativo, all'interno della definizione dei codici deontologici delle professioni sanitarie (MMS, 1996; Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, 1995);

b) essere oggetto in tutti i Paesi da una disciplina specifica che mira a contestualizzare: 1) le misure per la tutela della *patient privacy and confidenzialità*, 2) i criteri per la protezione del dato clinico, 3) le modalità di gestione dei trade off tra riservatezza del dato clinico e le esigenze della ricerca scientifica (Lawrance, 1997) e della tutela della salute pubblica (come nel caso diffusamente citato dei dati relativi ai pazienti affetti da sindrome HIV);

c) essere fortemente condizionata: 1) da alcune innovazioni nella gestione del processo di tutela della salute che vedono direttamente coinvolti soggetti diversi rispetto all'organizzazione sanitaria pubblica (si pensi, per tutti, all'assistenza domiciliare o al *disease management*) e 2) dai processi di sempre maggiore informatizzazione e interconnessione dei sistemi informativi sanitari (si pensi agli *health communication network*, alle *smart card*, alle applicazioni della telematica alla ricerca clinica). Queste innovazioni da un lato aumentano i benefici per il sistema sanitario in termini di semplificazione amministrativa, centralità del paziente, risultati ed efficacia della ricerca, governo della salute pubblica, dall'altro aumentano i rischi di un uso non controllato ed improprio del dato clinico personale che contravviene alle necessità di garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati sanitari.

Le misure di tutela della riservatezza del dato sanitario da attivare fanno, di conseguenza, riferimento:

— alla definizione di un opportuno impianto normativo a livello nazionale, comunitario e della comunità scientifica internazionale;

— al rafforzamento delle norme di comportamento professionale e deontologico in materia di riservatezza e sicurezza del trattamento del dato clinico;

— a misure tecniche che garantiscano la riservatezza del dato e che richiamano l'ultimo degli aspetti correlati alla *privacy*: l'*information technology security* e la *privacy* informatica.

Relativamente a questo punto, va sottolineato che, mentre la normativa comunitaria e internazionale tratta in maniera separata il tema della tutela della *privacy* (es. direttiva n. 95/46/CE) e il tema della gestione informatica dei dati e della tutela giuridica delle banche dati (il riferimento è alla direttiva 96/9/CE dell'11 marzo 1996), la legge 675/96 non specifica tra i due aspetti, generando da un lato confusione e evidenziando, dall'altro, una inevitabile interconnessione tra tutela della riservatezza del dato personale e trattamento, raccolta e comunicazione del dato contenuto in banche dati e archivi informatizzati.

La applicazione della legge sulla *privacy*, a prescindere dalla tipologia del dato e dalla natura del soggetto titolare, rimanda in tal senso al tema della «sicurezza» dei dati, intesa come la «capacità di salvaguardare riservatezza, integrità e disponibilità dell'informazione (elaborata su *computer*, memorizzata su supporti di varia natura o trasmessa su canali di comunicazione) contrastando efficacemente ogni minaccia sia di tipo accidentale, sia di tipo intenzionale» (Maglio, 1997). Giova per approfondimenti il rimando alla letteratura in materia di *privacy* informatica, che è ampia e altamente tecnica. Ai fini delle connessioni con il tema della tutela della riservatezza dei dati personali, si ricordano brevemente le tre aree che vengono esaminate e discusse parlando di *privacy* informatica:

1) la definizione della politica di sicurezza del sistema informatico (*System Security Policy*), quanto a dire le regole che precisano le modalità con le quali i dati e le altre risorse sono gestite, protette e distribuite all'interno del sistema, a partire dall'identificazione delle caratteristiche funzionali del prodotto informatico (cosiddetta *product rationale*);

2) l'analisi delle possibili minacce al sistema nell'ambiente operativo, considerando il livello minimo dichiarato di robustezza dei meccanismi di sicurezza in essere (*strenght of mechanism*);

3) l'individuazione di specifiche funzioni di sicurezza presenti nel sistema, in modo da adeguare la situazione di fatto agli *standard* desiderati in termini di politica e di meccanismi di sicurezza.

I criteri di sicurezza definiti in sede comunitaria (cosiddetta ITSEC dall'acronimo *Information Technology Sexurity Evaluation Criteria*) suggeriscono il raggruppamento delle funzioni di sicurezza in otto gruppi generici. Questi gruppi vanno letti alla stregua di requisiti minimi per la tutela della cosiddetta *privacy* informatica e, data la più volte citata relazione tra tutela della riservatezza dei dati personali e *privacy* informatica, come misure tecniche minime da porre in essere per conformare i propri sistemi informativi alle indicazioni della 675/96.

Il riferimento agli *standard* ITSEC consente di qualificare queste misure come:

(i) misure di *identification and authentication*, vale a dire misure in grado di verificare l'identità degli utenti che chiedono l'accesso a risorse controllate dal sistema informatico;

(ii) misure di *access control*, che consentono di limitare, gestire e verificare i diritti d'accesso a particolari gruppi di informazione;

(iii) misure di *accountability*, vale a dire funzioni che hanno lo scopo di tenere traccia di tutte le azioni delle varie entità (utenti o processi) in maniera tale da potere attribuire le conseguenze delle azioni a chi le ha svolte;

(iv) misure di *auditing*, ossia funzioni che hanno lo scopo di registrare e analizzare gli eventi che potrebbero diventare una minaccia per la sicurezza del sistema;

(v) misure di *object reuse*, il cui scopo è verificare e regolare la riutilizzazione degli spazi di memoria centrale impedendo che ciò costituisca una minaccia alla sicurezza;

(vi) misure di *accuracy*, relative alle funzioni il cui scopo è evitare la modifica illecita dei dati;

(vii) misure di *reliability of service*, ossia le funzioni che assicurano che le risorse siano accessibili e utilizzabili su richiesta da qualsiasi entità autorizzata entro i tempi prefissati;

(viii) misure di *data exchange*, relative a tutte le funzioni il cui scopo è quello di garantire la sicurezza dei dati durante la loro trasmissione su canali di comunicazione non sicuri (ad esempio, reti telematiche chiuse o aperte).

Riferimenti bibliografici relativi alla analisi degli aspetti giuridici collegati alla tutela della privacy

BENNET C.J.

Regulating Privacy: Data Protection and Public Policy in Europe and the United States

Ithaca NY, Cornell University Press, 1992

BUTTARELLI G.

Banche dati e tutela della riservatezza. La privacy nella società dell'informazione. Commento analitico alle leggi 31 dicembre 1996, nn. 675 e 676 in materia di trattamento dei dati personali e alla normativa comunitaria e internazionale

Milano, Giuffrè, 1997

CATTARUZZA A., GALBIATI R., PANIERI B., ZAMPETTI A.

La tutela dei dati personali. La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

Milano, Buffetti, 1998

CUFFARO V., RICCIUTO V. (A CURA DI)

La disciplina del trattamento dei dati personali, Giappichelli editore, Torino, 1997

FINOCCHIARO G.

Una prima lettura della legge 31 dicembre 1996, n.675, «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali»

in AA.VV., *Contratto e Impresa*, Cedam, Padova, 1997, pagg. 299-317

- GELLMAN R. M.
Can Privacy Be Regulated Effectively on a National Level? Thoughts on the Possible Need for International Privacy Rules
Villanova Law Review 41(1): 129-165, 1996
- GIANNANTONIO E., LOSANO M.G., ZENO ZENCOVICH V. (A CURA DI)
La tutela dei dati personali. Commentario alla l. 675/1996
Padova, Cedam, 1997
- MICHAEL J.
Privacy and Human Rights: An International and Comparative Study, with Special Reference to Developments in Information Technology
Adelshot (UK), UNESCO, 1994
- OECD
Guidelines governing the protection of Privacy and Transborder Data Flow of Personal Data
Paris, 80 OECD Document, 1980
- OECD
Privacy and Data Protection: Issues and Challenges
Paris, OECD, 1994
- PRIVACY PROTECTION STUDY COMMISSION
Personal Privacy in a Information Society
Washington DC, US Government Printing Office, 1997
- REAGAN P. M.
Legislating Privacy: Technology, Social Values and Public Policy
Chapel Hill NC, University of North Carolina Press, 1995
- RODOTÀ S.
Elaboratori elettronici e controllo sociale
Il Mulino, Bologna, 1973
- RODOTÀ S.
Tecnologie e diritti
Bologna, Il Mulino, 1995
- SARTOR G.
Tutela della personalità e normativa per la protezione dei dati
Informatica e diritto 2: 95-117, 1986
- SCHWARTZ P.
European Data Protection Law and Restriction on International Data Flows
Iowa Law Review 81: 471-497, 1995
- WARREN S. D.-BRANDEIS L. D.
The right to privacy
Harvard Law Review 4: 193-211, 1890
- WUERMELING F.H.
Harmonization of European Union Privacy Law
Marshall Journal of Computer and Information Law, XIV: 411-425, 1996
- Riferimenti bibliografici relativi agli impatti della legge sulla privacy sui sistemi aziendali**
- AIDIM (ASSOCIAZIONE ITALIANA DIRECT MARKETING)
Linee guida per l'individuazione delle procedure di riferimento da adottare per garantire la tutela dei dati personali
Milano, AIDIM, 1997
- CARTA L.
Profili normativi e applicativi in tema di privacy
Atti del 4° Salone sulla Comunicazione Pubblica e dei servizi al cittadino, Bologna, 18 settembre 1997
- COMMISSIONE DELL'UNIONE EUROPEA
An Evaluation of the Financial Impact of the Proposed European Data Protection Directive. Summary of findings
Bruxelles, 1994
- GUIDA ALLA TUTELA DELLA PRIVACY. COME GESTIRE I DATI PERSONALI.
Milano, Il Sole 24 Ore, 1997
- LINERT K. A.
Database Marketing and Personal Privacy in the Information Age
Suffolk International Law Review 18: 687- 723, 1995
- ROTHERFERD J.
Privacy for Sale: How Computerization has made Everyone's Private Life an Open Secret
New York NY, Simon and Schuster, 1992
- SMITH J. H.
Managing Privacy: Information Technology and Corporate Privacy
University of North Carolina Press, 1994
- Riferimenti bibliografici relativi alle applicazioni della legge sulla privacy alle amministrazioni pubbliche e alle aziende sanitarie**
- ARENA G.
Privacy non significa il contrario di comunicazione
Comunicazione pubblica 42: 14-17, 197
- ANDERSON R.
Security policy, Architecture Options and Threats to Clinical Information
London, NHS Information Management Group, 1996

- BARBIERO A.
Per un regolamento sulla tutela della riservatezza di dati personali contenuti in archivi e banche dati comunali
Dattiloscritto, Bologna, 1998
- GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
Cittadini e società dell'informazione
Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 1997
- IMPERIALI R., IMPERIALI R.
La legge sulla privacy per le pubbliche amministrazioni
Milano, Il Sole 24 Ore, 1998
- OECD
Legislation on Access to Administrative Documents and the Protection of Privacy
Paris, OECD, 1984
- O'CONNOR K.
Information Privacy Issues in Health Care and Administration
n.e., 1993
- SONCINI A.
La legge 31.12.1996 n. 675/96 sulla Privacy e l'accesso alla documentazione della Pubblica Amministrazione
Parma, 1998
- SCHWARTZ P.
Privacy and Participation: Personal Information and Public Sector Regulation
Iowa Law Review 80: 553-618, 1995
- WRIGHT T.
Health Information and Privacy: a Comprehensive Statute for Ontario
Canadian Institute of Law and Medicine, Toronto, 1996
- ZANETTA G. P., CASALEGNO C.
La tutela della privacy nella Sanità. Il trattamento dei dati personali e sensibili.
Milano, Il Sole 24 Ore, 1998
- Riferimenti bibliografici relativi alla privacy dei dati sanitari**
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH
Current activities of Selected Healthcare Informatics Standards Organizations: a Compilation
Washington, Moshman Associates, 1996
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH
Healthcare Informatics Standards Activities of Selected Federal Agencies: A Compilation
Washington, Moshman Associates, 1996
- ALPERT S.
Smart Cards, Smarter Policy: Medical Records, Privacy and Health Care Reform
Hastings Center Report, 23: 13-23, 1993
- BARROWS R., CLAYTON P.
Privacy, Confidentiality and Electronic Medical Records
Journal of the American Medical Informatics Association, 3: 139-148, 1996
- BENNET B.
Medical Records: Sweeping Reforms to Ensure Privacy of Personal Medical Records
Washington, Federal Document Clearinghouse Press, 1995
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
Security in Clinical Information Systems
London, 1998
- BURR C.
The AIDS Exception: Privacy vs Public Health
The Atlantic Monthly 6: 12-25, 1997
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
Legislative Survey of State Confidentiality Laws, with Specific Emphasis on HIV and Immunization
Washington, n.e., 1996
- CUSHMAN R., DETMER D. E.
Information policy for the US Health Sector: engineering, political economy and ethics
The Milbank Quarterly, 3: 210-225, 1997
- LOWRANCE W. W.
Privacy and Health Research,
UNO, Office of the Assistant Secretary for planning and evaluation, Geneva, 1997
- GOLDMAN J., MULLIGAN D.
Privacy and Health Information Systems: a guide to Protecting Patient Confidentiality
The Centre for Democracy and Technology, 1998
- GOSTIN L. O. ET AL.
Privacy and Security of Personal Information in a New Health Care System
Journal of the American Medical Association 270(24): 2487-2493, 1993
- GOSTIN L. O.
Health Information Privacy
Cornell Law Review 80: 101-132, 1994

- INSTITUTE OF MEDICINE
The Computer Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care,
Washington DC, National Academy Press, 1991
- INSTITUTE OF MEDICINE
Health Data in the Information Age: Use, Disclosure and Privacy,
Washington DC, National Academy Press, 1994
- MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY
MMS policy: Patient Privacy and Confidentiality
Cambridge MA, 1998
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL
For the record: Protecting Electronic Health Information
Washington DC, National Academy Press, 1997
- NEAME R. L. B.
Health Information Privacy and Confidentiality
New Zealand Health Information Services, 1993
- OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT
Protecting Privacy in Computerized Medical Information
Washington DC, US Government Printing Office, 1993
- OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT
Bringing Healthcare Online: The Role of Information Technology
Washington DC, US Government Printing Office, 1994
- SHALALA D. E.
Protecting privacy of Health Information
National Press Club, Washington DC, 1997
- WESTIN A. F.
Computers, Health Records and Citizen's Right
New York NY, Petrocelli Books, 1977
- WOLOWITZ D.
Confidential Communications to Health Care Providers
Manchester NH, McLane-Graf-Raulerson-Middleton, 1995
- Riferimenti bibliografici relativi alla privacy informatica e all'information technology security**
- ALPA G., BESSONE M. (A CURA DI)
Banche dati, telematica e diritti della persona
Cedam, Padova, 1984
- BUTTARELLI A.
Banche dati e tutela della riservatezza. La privacy nella Società dell'informazione.
Giuffrè, Milano, 1997
- CAMUSSONE F.
Il sistema informativo aziendale
Milano, Etas, 1996
- COMANDÈ G.
Privacy informatica: prospettive e problemi
Danno e responsabilità 2: 140-149, 1997
- CUSHMAN R.
Serious Technology Assessment for Health Care Information Technology
Journal of the American Medical Informatics Association, 2: 36-47, 1997
- GOLDBERG I., WAGNER D., BREWER E.
Privacy-enhancing technologies for the Internet
University of Berkley CA, working paper, 1997
- IMPERIALI R., IMPERIALI R.
La tutela giuridica delle banche dati
Diritto Comunitario e Scienze Internazionali, 3: 377-422, 1997
- IMPERIALI R., IMPERIALI R.
La tutela dei dati personali. Vademecum sulla Privacy Informatica.
Milano, Il Sole 24 Ore, 1997
- MAGLIO M.
La valutazione della sicurezza informatica in Europa e i criteri ITSEC
Milano, 1997
- MAGLIO M.
La sicurezza dei sistemi informatici aziendali alla luce della legge sulla tutela dei dati personali: le linee guida
Milano, 1997
- MATTEUCCI L. (A CURA DI)
Privacy e banche dati,
Il Mulino, Bologna, 1991
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL
Computers at Risk: Safe Computing in the Information Age
Washington DC, National Academy Press, 1991
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL
Information Technology in a Service Society
Washington DC, National Academy Press, 1994
- OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT
Information Security and Privacy in Network Environments
Washington DC, US Government Printing Office, 1994
- ROTENBERG M.
Privacy and Security for Medical Information Systems
AIHMA National Convention, Las Vegas, 1994

RUSSELL D., GANGEMI G. T.
Computer Security Basics
Sebastopol CA, O'Reilly and Associates, 1991

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
*Confidentiality of Electronic Health Data: methods for Protecting
Personally Identifiable Information*
Washington DC, 1997

ZENO ZENCOVICH V. (A CURA DI)
Le banche dati in Italia. Realtà normativa e progetti di regolamentazione
ESI, Napoli, 1985

SITI WEB DI RIFERIMENTO
[Http://www.privacy.it/](http://www.privacy.it/)
[Http://www.echo.lu/legal/en/dataprot/](http://www.echo.lu/legal/en/dataprot/)
[Http://www.yahoo.com/Law/privacy](http://www.yahoo.com/Law/privacy)
[Http://www.epic.org/](http://www.epic.org/)
[Http://www.info-sec.org/](http://www.info-sec.org/)

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Mario Del Vecchio

NUOVI PRODOTTI E COMPORTAMENTI DI ACQUISTO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: ANALISI DI DUE CASI

di Fabio Albertini

I decreti di riforma della sanità hanno introdotto numerosi cambiamenti e novità nell'ambiente in cui operano e vendono le imprese produttrici di tecnologie biomediche e sanitarie.

Al fine di considerare gli effetti sui processi di acquisto delle aziende sanitarie e dunque i riflessi sui comportamenti delle imprese fornitrici si è proceduto secondo due percorsi paralleli.

Nella prima parte, si sono affrontate capillarmente le novità a livello di assetti istituzionali, di sistema di finanziamento e, più specificatamente, di modalità di rimborso di questa tipologia di prodotti; si è anche proceduto ad un rapido confronto tra i maggiori paesi dell'Unione Europea, in modo tale da vedere quale sia il contesto che maggiormente favorisca la diffusione di tecnologia nel sistema sanitario.

Nella seconda parte, ricostruendo due casi concreti di lancio di prodotti, si è cercato di capire se le imprese fornitrici si siano effettivamente rese conto del nuovo ambito in cui operano e se le loro azioni sono state conformi alle tecniche proposte dal *marketing* per il loro sviluppo nel mercato di prodotti innovativi: a tal proposito, il confronto tra quanto effettivamente accaduto ed il modello teorico della dottrina aziendale ha permesso di rilevare numerose incoerenze nelle strategie dei prodotti studiati.

In particolare i casi affrontati riguardano Carticel, un prodotto offerto dalla Genzyme G.T.R. e finalizzato alla ricostruzione della cartilagine ialina del ginocchio, ed il bendaggio gastrico, un anello da porre intorno alla bocca dello stomaco per diminuirne la capienza al fine di curare le gravi forme di obesità, prodotto da Inamed.

Anche se rivolti a soggetti con patologie differenti e benché siano in momenti diversi del proprio ciclo di vita, questi prodotti hanno presentato alcune analogie. Per entrambi è mancato un preliminare ed attento studio di mercato, la loro strategia di penetrazione si è focalizzata soprattutto sui medici (mediante corsi di formazione), tralasciando l'opzione paziente, ed in maniera quasi implicita si è rivolta al soggetto pubblico quale proprio diretto interlocutore.

Dall'analisi comparata di questi due percorsi, riforme nel sistema e studio di casi concreti, si è giunti ad alcune considerazioni finali, che possono anche essere viste come preceppi per le imprese produttrici di tecnologie biomediche e sanitarie.

Anzitutto, si è di fronte ad un sistema sanitario estremamente regionalista, in cui le scelte del legislatore regionale possono giungere ad influenzare in modo piuttosto rilevante l'effettivo operare delle strutture sanitarie.

Inoltre, la pressione al contenimento della spesa, generalizzata a livello di sistema, si manifesta in maniera differente a seconda di quale fosse la spesa regionale procapite nel periodo antecedente la riforma; tale spesa, a partire dal 1993, è pari, in egual misura in ogni regione, alla media di quelle vigenti nel periodo antecedente.

D'altro canto, le regioni (e dunque i mercati) più attraenti risulteranno nel lungo periodo quelle che sapranno gestire in modo più efficiente le risorse loro attribuite, e, in uno scenario sempre più probabile di federalismo fiscale, quelle che possiedono un'economia più ricca e produttiva.

Le imprese da noi analizzate non sembrano d'altro canto aver preso in considerazione una segmentazione territoriale del mercato.

Oltre a ciò, è necessario rilevare come il S.S.N. non possa più essere considerato come cliente debole, come controparte senza un reale potere contrattuale, in quanto i «nuovi» soggetti pubblici sono ora attenti a tutti gli elementi che determinano il prezzo finale del prodotto da acquistare.

I medici dunque non sono più gli unici attori rilevanti del processo decisionale, ma ad essi si affiancano sia le strutture amministrative di A.S.L. ed ospedali, per valutare la compatibilità economica dell'acquisto, sia il paziente, che gode attualmente di ampia libertà di scelta.

Inoltre, in un contesto generalizzato di controllo della spesa, l'enfasi verrà sempre più posta non solo, come avveniva nel passato, sull'efficacia del ritrovato, ma anche, e soprattutto, sull'efficienza dello stesso in termini di rapporto costi-benefici. La riduzione delle finanze a disposizione dei soggetti erogatori di servizi sanitari rischia anche di lasciare meno spazio alla diffusione dei ritrovati ad alta tecnologia; ad ogni modo l'introduzione di meccanismi di competizione tra gli stessi può compensare questa conseguenza negativa.

Le politiche di *marketing* dei prodotti in esame dovranno essere incentrate sulla generalità dei potenziali clienti e mostrare come, almeno nel lungo periodo, essi portino un risparmio di risorse finanziarie.

Un altro argomento importante riguarda il sistema di rimborso per questi ritrovati: mancando un meccanismo *ad hoc*, gli ospedali verranno ripagati dalle regione in base ai DRG di riferimento.

Tale procedura può portare ad alcuni inconvenienti, laddove non esista un DRG che rappresenti con sufficiente chiarezza il prodotto acquistato (i DRG sono costruiti infatti in base a metodiche già esistenti e non possono prevedere quelle innovative), oppure nel caso in cui il valore del DRG di riferimento non sia sufficiente a coprire il costo.

Rilevando l'inefficienza dei DRG quali strumenti per la gestione di tecnologie biomediche e sanitarie, si sono alzate da più parti proposte per l'introduzione di meccanismi alternativi, quali ad esempio il profilo di cura per paziente.

Tesi di laurea presentata all'università Ca' Foscari di Venezia. Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore: Sergio Faccipieri

LA GESTIONE DEI MATERIALI FARMACEUTICI NELL'AZIENDA U.S.S.L. 8 DI ASOLO

di Iris Maria Bosa

La cura del malato è la funzione principale del servizio sanitario, ed in modo ancor più evidente dell'ospedale, dove si è focalizzata l'attenzione della tesi. La cura viene individuata attraverso la diagnosi e la terapia stabilita dal medico abbinata ai materiali farmaceutici. Proprio l'importanza di questi materiali viene spesso sottostimata: è stato dato poco spazio, infatti, alla farmacia ospedaliera e alla criticità della sua gestione. Si tratta di una gestione critica nel vero senso della parola, dato che un'eventuale fuori scorta potrebbe mettere a rischio la vita di un paziente. La farmacia (ospedaliera) dell'azienda U.S.S.L. 8 di Asolo è dislocata su due sedi, una presso il presidio ospedaliero di Castelfranco Veneto ed una presso il presidio ospedaliero di Montebelluna.

La farmacia è caratterizzata da due tipi di gestione dei materiali farmaceutici: la gestione «a magazzino» e la gestione «in transito».

Con la gestione «in transito» si intendono i prodotti che attraversano la farmacia al solo fine d'essere registrati a livello contabile, poiché vengono immediatamente trasferiti alle unità utilizzatrici. A queste ultime viene infatti delegata la loro gestione. In questa categoria sono inseriti i prodotti che vengono utilizzati da un numero ristretto di unità, come ad esempio le lastre per le radiografie, e quindi non rivestono un interesse generale.

Nella gestione «a magazzino» vengono ricompresi tutti i prodotti che interessano, invece, più unità operative.

Anche se la gestione «in transito» non è da sottostimare, rappresentando quasi il 45% del bilancio della farmacia, ci si è voluti soffermare sulla gestione del magazzino alle dirette dipendenze della farmacia, corrispondente, quindi, alla gestione «a magazzino».

Si sono esaminati nel dettaglio due farmaci: il sodio cloruro 0,9% in flacone da 500 ml, caratterizzato da un utilizzo diffuso e frequente, venendo impiegato, ad esempio, nelle fleboclisi e nelle lavande, ed il prostavasin in fiale da 20 mcg, caratterizzato da un uso meno frequente e diffuso e soggetto solitamente a richiesta motivata e congiuntamente formulata dall'ortopedico e dal chirurgo. Il prostavasin viene utilizzato nel caso di «tromboangioiti obliterante di grado severo qualora non sia indicato un intervento di rivascolarizzazione». La domanda del prostavasin, proprio per le caratteristiche accennate, non ha un andamento regolare: in alcuni periodi non vi è alcuna richiesta da parte delle unità operative, affiancati a periodi in cui il quantitativo richiesto è invece consistente, con picchi in cui viene superato notevolmente il valore mediamente scaricato. Si evince facilmente che si tratta di una domanda che non può essere pianificata.

Nel caso del sodio cloruro è emersa, invece, una errata gestione delle scorte di magazzino, poiché accade, a volte, che uno dei magazzini debba rifornirsi del materiale in questione presso l'altro, non trovandosi in grado di soddisfare la richiesta interna. Si tratta di un errore poco accettabile, dato che l'andamento della domanda è abbastanza stabile. In questo fatto si vede una scarsa attenzione nel momento dell'emissione dell'ordine di rifornimento. Comunque sia la gestione risulta maggiormente stabile presso il magazzino di Montebelluna dove in modo particolare gli scarichi hanno un andamento abbastanza regolare. Nel magazzino di Castelfranco vi è maggiore irregolarità degli scarichi, evidenziata dal fatto che, ad esempio, una delle unità operative effettua una richiesta, e conseguente scarico da parte della farmacia, con cadenza mensile e per un ammontare significativo (mentre mediamente avviene a cadenza settimanale o tutt'al più quindicinale). Questo comportamento rende difficile una stima affidabile del fabbisogno settimanale. Per il sodio cloruro la farmacia emette una richiesta di consegna direttamente all'azienda fornitrice, che impiega mediamente 7

giorni per la consegna. Si tratta di una metodologia che facilita la gestione del magazzino, se non fosse della condizione di potenziale rischio del fornitore. Quest'ultimo, nel recente periodo ha avuto delle notevoli difficoltà, con slittamenti dei tempi di consegna non indifferenti nella consegna ad esempio del sodio cloruro 0,9% in flacone da 100 ml. Questa situazione pone dei forti limiti alla flessibilità con cui si potrebbe procedere al rifornimento del materiale.

Per il prostavasin invece viene seguito un criterio diverso per il suo riordino, che è comunque la metodologia applicata alla maggioranza dei materiali. È il provveditorato, infatti, che emette, su indicazione della farmacia, gli ordini d'acquisto (per il sodio cloruro viene emesso un ordine d'acquisto cumulativo con consegna su richiesta). Il provveditorato ha stabilito una cadenza bimensile per l'emissione degli ordini; con la stessa cadenza la farmacia è chiamata a consegnare un tabulato con l'indicazione del fabbisogno previsto per i due mesi successivi di tutti i materiali.

Si tratta di una metodologia eccessivamente rigida e vincolante, che non rispecchia le esigenze di elasticità nella gestione dei materiali della farmacia. Prodotti come il prostavasin, caratterizzati da andamenti altalenanti della richiesta, si trovano ad avere giacenze in magazzino che rischiano di stare ferme per periodi più o meno lunghi, immobilizzando parte del capitale finanziario. Nel caso del prostavasin si sono evidenziate scorte di gran lunga superiori ad un fabbisogno approssimativo di tre mesi (un mese aggiuntivo ai due corrispondenti al periodo coperto dall'ordine in considerazione del tempo necessario per l'emissione dell'ordine e la consegna, rispetto alla formulazione della richiesta). Vi è una sovrastima delle scorte, che comunque viene indotta dalla rigidità per procedere al reintegro delle stesse. Comunque viene prevista una procedura d'emergenza in caso di urgente bisogno di un prodotto fuori scorta, ma si tratta di una procedura che impiega pur sempre alcuni giorni, sempreché venga data la dovuta attenzione da parte del provveditorato.

Dalla ricerca è emerso molto chiaramente la necessità di adottare un diverso sistema di valutazione delle scorte, come potrebbe essere il criterio ABC, e la necessità di rendere la farmacia maggiormente autonoma nella sua gestione. Si deve procedere ad un mutamento della figura del farmacista, come potrebbe essere un manager operativo, rendendolo responsabile delle sue azioni, ma fornendogli anche i mezzi per una gestione che rispecchi maggiormente la domanda reale. Si tratta di un mutamento già discusso in letteratura, che però deve essere trasposto alla realtà, che è spesso caratterizzata da una tendenza all'accentramento.

Vi è anche una carenza di coinvolgimento degli operatori finali con il centro elaborazione dati. Alcuni inconvenienti rilevati dai magazzinieri nei microprocessori messi a loro disposizione per lo scarico del materiale, sembra non essere mai stato preso in considerazione dal responsabile del centro. Vi è una sottostima dell'attività, e dell'importanza della stessa, svolta dagli impiegati della farmacia che si trovano ad essere oberati di lavoro e a non avere una attiva collaborazione del CED.

Si è rilevata la mancanza di consapevolezza dell'importanza della comunicazione: vi è ancora la tendenza ad una certa rigidità nei rapporti con le altre funzioni ed un potenziale che non viene coinvolto, né tanto meno responsabilizzato.

La farmacia si è dimostrata attenta alla gestione del servizio che offre restando, però, vincolata a metodologie obsolete, benché sia informatizzata da oltre dieci anni.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1996-1997. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Mario Del Vecchio

LE RELAZIONI TRA AZIENDE NON PROFIT E LE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE: LE ATTIVITÀ DI LOBBYING

di Irene Tinagli

Comunemente le *lobbies* vengono rappresentate come dei gruppi molto potenti rappresentanti rilevanti interessi di tipo economico e particolaristico, che cercano di interferire e volgere a proprio vantaggio i processi decisionali degli organi istituzionali centrali del Paese: Parlamento e Governo. In realtà la *lobby*, di per sé, non costituisce alcun potere occulto, gli interessi che essa rappresenta non sono necessariamente di tipo economico e le azioni attraverso cui si esplica (il *lobbying*), non sono che un modo per relazionarsi al potere istituzionalizzato, che, tra l'altro, può non essere costituito da istituzioni di livello così alto come Governo e Parlamento, ma anche da enti e apparati amministrativi più periferici, come le regioni, le province e i comuni, a seconda degli obiettivi, delle esigenze e delle possibilità dei gruppi in questione.

L'analisi degli interessi e dei gruppi che fanno parte del cosiddetto terzo settore ha dato gli elementi per confermare un'impostazione di questo tipo, aggiungendo altri interessanti spunti di riflessione derivanti soprattutto dallo studio di alcune particolari organizzazioni *non profit*.

All'interno del terzo settore vi sono infatti organizzazioni che si sono evolute e sono andate oltre alla semplice associazione rappresentativa che difende interessi e bisogni diffusi nella società, per impegnarsi direttamente nella produzione ed erogazione di servizi volti a soddisfare quegli stessi bisogni. In questi casi le organizzazioni *non profit* ampliano le loro funzioni, il loro ruolo e, conseguentemente, gli interlocutori cui si rivolgono, divenendo, di fatto, non solo soggetti che l'organo politico aiuta e coinvolge per motivi sociali o di consenso, ma dei potenziali collaboratori dell'ente pubblico (generalmente il comune) e delle aziende pubbliche (tipicamente le ASL) per la gestione dei servizi pubblici.

È questo il caso del centro di accoglienza, un'associazione di volontariato che, affiancata da due cooperative sociali, è attiva nel settore delle tossicodipendenze con un'ampia gamma di servizi di prevenzione, riabilitazione e reinserimento lavorativo, e che negli ultimi anni ha ottenuto numerose convenzioni sia da parte del comune (che ha sempre sostenuto economicamente il CAE, in virtù della sua rilevanza sociale) che da parte della ASL e altre aziende pubbliche.

Questa evoluzione porta a immaginare una rete di rapporti articolata su due binari: se gli organi politici (consiglio comunale e sindaco) restano il referente primario per l'ottenimento di un riconoscimento o di aiuti finanziari, la ASL dovrebbe essere l'interlocutore su cui premere per ottenere le convenzioni in materia socio-sanitaria e assistenziale. Inoltre, i rapporti con questi due soggetti dovrebbero seguire logiche e criteri molto diversi; in particolare il coinvolgimento sulla gestione dei servizi da parte di un'azienda pubblica come la ASL dovrebbe valutare l'associazione in base alla qualità dei servizi erogati, la continuità, nonché la razionalità e l'efficienza nell'uso delle risorse.

In realtà dall'analisi del caso emerge un quadro molto diverso: infatti il CAE, pur avendo numerose convenzioni anche con l'ASL 11, non ha nessun tipo di rapporto e di dialogo stabile e continuativo con quest'ultima, che consenta un confronto ed una collaborazione basata su criteri di razionalità economica, efficacia e pianificazione integrata degli interventi. L'interlocutore principale e più stabile per l'associazione resta in ogni caso l'amministrazione comunale, la quale a sua volta stimola l'ASL — attraverso inviti, sollecitazioni ed indicazioni di indirizzo — a stipulare convenzioni con il CAE.

I principali motivi per cui si verifica una simile situazione sono due: innanzitutto in molti casi mancano gli strumenti, anche legislativi, per una integrazione effettiva, efficace e

razionale tra azienda pubblica e associazione/azienda privata che consenta di seguire criteri di qualità ed efficienza ed escludere ogni intervento di tipo politico da parte dell'ente pubblico. Inoltre si riscontrano all'interno della stessa azienda sanitaria delle ostilità verso alcune aziende del privato sociale impegnate nei settori di competenza dell'ASL, il che rende difficile per i vertici instaurare rapporti veramente collaborativi su certi fronti senza incorrere nel malcontento dei propri operatori e, di conseguenza, interventi di stimolo da parte del Comune sembrano divenire quasi necessari.

È difficile dire con certezza se e in quale misura processi di questo tipo generino inefficienze e distorsioni nel sistema di gestione dei servizi e, soprattutto, se essi ledano l'autonomia delle aziende pubbliche come l'ASL; si possono comunque fare due tipi di osservazioni. Innanzitutto risulta abbastanza evidente che gli interventi frutto di simili *iter* sono generalmente destrutturati e non inseriti in un sistema razionale di pianificazione e gestione integrata dei servizi. In secondo luogo emerge da questo quadro il ruolo centrale di mediatore e canalizzatore di influenza ricoperto dall'ente pubblico, che, pur avendo visto notevolmente ridotta, dopo il riordino introdotto con il D.L. 502/92, la sua influenza sui processi decisionali e gestionali dell'azienda sanitaria, mantiene tuttavia un «potere di indirizzo» nei suoi confronti che, soprattutto in alcune realtà a forte interdipendenza dei soggetti pubblici, può avere un peso abbastanza rilevante.

Dal quadro delineato risulta evidente la posizione del tutto peculiare e delicata dell'ASL, che si trova al centro di una rete di rapporti e di interessi molto diversi (operatori interni, associazioni private, utenti finali, comunità locale, comune e regione) e che deve riuscire in ogni momento a trovare e mantenere l'equilibrio tra essi, non avendone sempre gli strumenti necessari.

RAGIUSAN

Rassegna Giuridica della Sanità

Rivista mensile
di dottrina, giurisprudenza, documentazione,
di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della Sanità
WHO Collaborating Centre for Health legislation

Anno XV - n. 166/167 - marzo/aprile 1998

In questo fascicolo articoli di:

CARIOLA A.	- Il divieto di <i>reformatio in pejus</i> nel pubblico impiego.....	245
FRISON G.	- I beni della discordia	86
GIAMPIETRO F.	- Il decreto legislativo Ronchi sui rifiuti: una riforma che verrà?	116
MICOSSI P.	- Qualità e costo dei servizi sanitari: unico elemento differenziatore tra pubblico e privato	310
RAO R.	- Il responsabile del procedimento amministrativo	10
SGROI A.	- Il patto di prova nel rapporto di lavoro con la P.a. dei soggetti assunti tramite il collocamento obbligatorio.....	240
TASSONE A.R.	- L'azienda sanitaria tra democrazia e tecnocrazia	6
VIDIRI G.	- Associazioni temporanee di imprese ed appalto di opere pubbliche	82
VIOLA L.	- Patteggiamento e responsabilità disciplinare dell'impiegato pubblico	234

Di particolare interesse in questo fascicolo:

- Cass. civ., Sez. I, 1° settembre 1997, n. 8322, sull'esclusione della gratuità dell'attività ispettiva dell'Unità sanitaria locale sulle apparecchiature ed impianti a pressione e di sollevamento (pag. 130).
- Cass. civ., Sez. I, 11 settembre 1997, n. 8975, in merito all'obbligo di pagamento del compenso per la certificazione veterinaria sulle carni, ex art. 61, T.U. n. 1265 del 1834, ed art. 40, R.D. n. 558 del 1928 (pag. 225).
- Cass. civ., Sez. III, 24 settembre 1997, n. 9374, circa la responsabilità della azienda ospedaliera per la mancata informazione del paziente sul possibile esito negativo dell'intervento, anche in carenza di individuazione del medico che vi era tenuto (pag. 256).
- Cass. civ., Sez. lav., 27 settembre 1997, n. 9500, sui presupposti, condizioni e limiti dell'esercizio, in forma societaria, di laboratorio di analisi convenzionato (pag. 19).
- Cass. civ., Sez. III, 6 ottobre 1997, n. 9705, in merito alla responsabilità del chirurgo plastico per omissione dell'obbligo di informazione del paziente sui possibili esiti dell'intervento (pag. 258).
- Cons. St., Sez. II, 20 novembre 1996, n. 2681, circa l'esclusione dell'estensione ai policlinici universitari delle agevolazioni fiscali ex D.L.vo n. 502 del 1992 in materia di patrimonio previste per le U.s.l. (pag. 26).
- T.A.R. Calabria, Catanzaro, 5 settembre 1997, n. 546, sulla giurisdizione del giudice ordinario sul contenzioso relativo alla riso-

luzione del rapporto del direttore generale di azienda sanitaria (pag. 33).

Avvertenze - in questo fascicolo:

- Nella rubrica Documentazione - attività legislativa:
 - i disegni e le proposte di legge presentate in Parlamento entro il 31 gennaio 1998;
 - i provvedimenti legislativi regionali approvati, entro il 31 gennaio 1998, dai Consigli regionali.
- Nella rubrica Documentazione - legislazione:
 - i richiami delle leggi pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale* entro il 31 gennaio 1998;
 - le leggi regionali apparse sui B.U.R. entro il 31 gennaio 1998.
- Nella rubrica Documentazione - attività amministrativa:
 - gli atti amministrativi emanati dal Governo centrale e/o regionale entro il 31 gennaio 1998.
- Nell'appendice:
 - gli atti di promovimento del giudizio della Corte costituzionale pubblicati sulla *Gazzetta Ufficiale* entro il 31 gennaio 1998.

Costo dell'abbonamento per l'anno 1998: L. 310.000

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'invio dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura dell'1% (unopercento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovuto, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1998 è fissato in:

L. 310.000 per l'abbonamento ordinario
L. 500.000 per l'abbonamento sostenitore

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 80.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari al prezzo del fascicolo dell'annata in corso.

Il prezzo dell'abbonamento 1998 per l'estero è fissato come segue: ECU 300; Francia FF 2.000; Germania DM 600; Gran Bretagna LS 200; Spagna PTS 40.000; Svizzera FS 400; U.S.A. (via aerea) \$ 300.

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 200.000
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) L. 250.000
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) L. 250.000

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 1.105.000, anziché L. 1.300.000, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.