

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Casese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di scienze delle finanze
Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale

Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione

Federica Bandini - Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Germana Di Falco - Marco Parenti - Rosanna Tarricone

Redattori

Giorgio Casati - Giovanni Fattore - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Corrispondenti esteri

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362593
E-mail: meccosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SUPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774381700, Fax 0774381700

— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 80.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

— che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;

— che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECCOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 La sanità italiana tra trasformazione e cambiamento**
di Elio Borgonovi
- Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 9 I sistemi informativi delle aziende sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP (Enterprise Resource Planning)**
di Luca Buccoliero
- 25 Analisi economica dei trapianti: una rassegna dei problemi**
di Giuseppe Clerico, Roberto Zanola
- 35 Il ruolo del terzo settore nell'offerta di servizi socio-sanitari e assistenziali. Il caso lombardo**
di Attilio Gugliatti
- 49 L'assistenza agli anziani in ADI e in RSA: confronto tra politiche alternative e analisi dei costi**
di Roberta Montanelli
- Sez. 2^a - **Documenti e commenti**
- 63 L'etica del budget**
di Mauro Barbagli
- Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 69 Analisi della soddisfazione degli utenti del reparto di ginecologia e ostetricia dell'A.O. Rummo di Benevento**
di Alessandra Augusto, Orsola Balsamo, Marcello Martinez, Rosalba Filosa Martone
- 91 Orientamenti e comportamenti rispetto alla esternalizzazione dei servizi nelle Aziende sanitarie del Veneto e Friuli-Venezia Giulia**
di Silvio Brusaferrò, Bruna Proclemer, Vinicio Gasparini
- 97 La costruzione del sistema informativo aziendale. L'esperienza dell'azienda U.S.S.L. n. 7 di Lecco (anni 1996-1997)**
di Piero Castelli, Paolo Civillini, Pietro Riva, Beatrice Stasi, Valter Valsecchi
- 109 Progetto per l'organizzazione e l'avvio della attività libero professionale intramoenia. L'esperienza dell'A.O. Sant'Anna di Como**
di P. Passarello, M. Lucchelli, C. Dotti, R. Colombo
- Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
- 119 Il sistema sanitario della Nuova Zelanda: luci ed ombre di un tentativo di riforma radicale**
di Luca Brusati
- Sez. 5^a - **Sanità e impresa**
- 131 Sperimentazioni cliniche in ambito ospedaliero: un'analisi organizzativa e gestionale**
di Maria Teresa Scarpa, Marco Ferazza
- Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 145 Recensioni**
- 153 Novità bibliografiche**
- 157 Spoglio riviste**
- 160 Bibliografia monotematica**
- 166 Tesi di laurea**

LA SANITÀ ITALIANA TRA TRASFORMAZIONE E CAMBIAMENTO

di Elio Borgonovi

È opportuno iniziare questo contributo ricordando alcuni elementi di continuità riferibili al sistema sanitario italiano.

Primo: continuità con riguardo al modello di riferimento in quanto con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 (cosiddetta Riforma della Riforma) è stato confermato il modello di Servizio sanitario nazionale e la centralità della tutela della salute. In effetti al bisogno delle singole persone e della popolazione di mantenere, recuperare e migliorare il proprio stato di benessere fisico e psichico viene mantenuta la qualificazione di «diritto della persona e interesse della comunità» (introdotta per la prima volta in Italia con la legge 833/78). Ciò impegna la comunità nazionale a garantire ai cittadini livelli di assistenza ritenuti coerenti con il concetto di benessere dominante nella società e compatibili con le risorse economiche «pubbliche», ossia raccolte obbligatoriamente tramite tributi, che la società stessa decide di dedicare alla tutela della salute.

Secondo: continuità con riguardo alla rilevanza attribuita alla variabile economica e, soprattutto, alle conoscenze «gestionali» tramite cui è possibile attenuare il vincolo delle risorse limitate. Nel 1985 proprio in questa sala si tenne un convegno dal significativo titolo «L'azienda sanità» ed oggi il sistema sanitario si trova in

una fase in cui è chiamato a dare attuazione alla normativa che anche sul piano giuridico ha riconosciuto il carattere di «azienda» alle Unità sanitarie locali e agli ospedali diventati in molti casi «enti autonomi che forniscono servizi».

Nel 1985 la sfida consisteva nel «sensibilizzare» operatori, decisori delle «politiche sanitarie», la stessa opinione pubblica sul fatto che le teorie, i metodi, le tecniche «aziendali» avrebbero potuto aiutare a dare contenuto sostanziale al diritto di salute tramite la possibilità di dare, a parità di risorse disponibili, un maggiore numero e una migliore qualità di risposte ai problemi di salute.

La gestione «secondo criteri aziendali» persegue l'efficienza economica come condizione strumentale per perseguire in modo più soddisfacente le finalità del sistema sanitario, quelle della tutela della salute per ogni persona e per tutti.

Oggi si tratta di fornire una applicazione corretta dei principi e dei criteri aziendali per evitare che essi siano snaturati da interpretazioni per cui gli obiettivi strumentali (maggiore efficienza, riduzione dei costi, contenimento della spesa) siano scambiati e a volte considerati prioritari rispetto ai fini propri del SSN che sono quelli di tutela della salute.

Terzo: continuità con riguardo agli strumenti «per il governo» del sistema

di cui è esperienza significativa l'approvazione avvenuta a primavera inoltrata del 1998 del Piano sanitario nazionale. Esso era e resta uno dei cardini di un sistema sanitario anche se è profondamente cambiata la sua natura.

Secondo la legge 833/78 il Piano sanitario avrebbe dovuto rappresentare un sistema organico e coordinato di decisioni che dal centro avrebbero dovuto «discendere a cascata» fino al livello delle unità sanitarie locali definite allora come «strutture operative degli enti locali».

Oggi il Piano sanitario è inteso, o almeno dovrebbe essere inteso, come «sistema di regole» idonee a orientare verso condizioni di compatibilità generali i comportamenti di Regioni autonome e responsabili per il governo dell'equilibrio bisogni-risorse e domanda-offerta e di «aziende» (territoriali e ospedaliere) autonome nella loro gestione e responsabili del proprio equilibrio operativo (essere in grado di rispondere alla domanda) ed economico (equilibrio di bilancio).

A fronte delle continuità sul modello di fondo, stanno gli elementi di trasformazione e cambiamento che riguardano:

Il presente editoriale è tratto dalla relazione tenuta dal professor Elio Borgonovi in occasione del Convegno FIASO del 23 maggio 1998 - Bologna.

1) la struttura del sistema che è sempre articolata su tre livelli di governo (nazionale, regionale, locale) ma con una distribuzione di poteri decisionali che configura un più elevato grado di decentramento;

2) il funzionamento che riguarda il modo in cui si risolvono i problemi (e i conflitti) nei rapporti tra i diversi livelli di governo, le modalità di finanziamento del sistema, i criteri e i metodi di gestione delle strutture che producono ed erogano servizi di tutela della salute (le aziende);

3) le regole di base introdotte per guidare i comportamenti dei decisori e degli operatori.

Appare superfluo ricordare e riassumere per un pubblico di «esperti», quali sono i lettori di «Mecosan», le trasformazioni della struttura e dei criteri di funzionamento del SSN. Possono invece essere utili, o perlomeno stimolanti, alcune riflessioni sul cambiamento delle regole di base tramite cui si cerca di guidare i comportamenti.

Nel modello della legge 833/78, definito in un periodo in cui dominavano le teorie, la cultura e per certi aspetti il «mito» della programmazione macroeconomica, le regole erano dettate dal principio della «razionalità interna» al sistema. Secondo il tipico approccio neorazionalista, si riteneva che una nuova cultura della salute, adeguati processi decisionali capaci di dare espressione e di bilanciare i diversi interessi, un nuovo modo di concepire la politica sanitaria, nuove metodologie per definire le priorità (esempio analisi costi-benefici, costi-efficacia, ecc.) potessero generare «all'interno» del sistema sanitario stimoli sufficienti a perseguire più elevati livelli di efficacia degli interventi e di efficienza nell'impiego delle risorse.

Caduta l'illusione neorazionalista anche a causa del crescente livello di complessità, le regole di base del mo-

dello di SSN degli anni '90 sono fondate sul seguente presupposto: la nazionalizzazione del sistema, sia per quanto riguarda il governo della domanda, sia per quanto riguarda il controllo dell'offerta, può essere «indotta» o «interalizzata» solo a seguito di pressioni e di vincoli derivanti dall'ambiente esterno.

Nel modello della 833/78 il principio di fondo era quello per molti aspetti «idealistico» di sistema capace di autoregolarsi e di migliorare. Nel modello dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 il principio di fondo, molto più impregnato di senso pragmatico e di «realpolitik», è quello del sistema che migliora «solo se a ciò è spinto da pressioni esterne» che sono create essenzialmente:

— dalla valorizzazione della scelta del paziente che, orientando i finanziamenti, può incentivare le strutture che gli garantiscono i servizi da lui giudicati più soddisfacenti o comunque «erogati a condizioni più convenienti»;

— dal rafforzamento della competizione tra diverse strutture di offerta (pubbliche e private);

— dalla maggiore rigidità dei «vincoli di spesa» (dei tetti di bilancio) imposti dal maggior rigore finanziario necessario per entrare nel sistema della moneta unica;

— dal fatto che il progredire dell'integrazione europea favorisce più immediati confronti sui livelli di assistenza e rende razionalmente meno accettabili per essi differenziali di qualità.

Si deve peraltro ritenere che anche nel nuovo modello sia presente un certo (probabilmente eccessivo) grado di ottimismo, di utopia, di neorazionalismo. Infatti la nuova normativa e il dibattito ad essa conseguente sembrano fortemente intrise di automatismi nel senso che si ritiene che i vincoli e le pressioni esterne siano di per sé suffi-

cienti a rendere il sistema più razionale. Si tratta di una semplificazione della realtà in quanto è noto che le pressioni esterne possono tradursi effettivamente in più elevati livelli di efficacia, efficienza, economicità, qualità dei servizi solo se esistono una serie di condizioni riassumibili nei seguenti termini:

1) i pazienti, oltre ad avere una maggiore libertà di scelta, sono maggiormente responsabilizzati anche sul piano economico ma, soprattutto, hanno una reale capacità di compiere scelte indipendenti (per esempio dispongono di informazioni più trasparenti sull'offerta e hanno un più elevato livello di conoscenza sui problemi della salute, in altre parole più elevata educazione sanitaria). Se ciò non accade esistono fondati rischi di «strumentalizzazione» dei pazienti che potrebbero essere indotti a premiare con le proprie scelte non le aziende sanitarie «migliori» (con riguardo a differenti indicatori), ma quelle più attente ad aspetti di immagine, di comunicazione, di convenienza di breve periodo;

2) esistono capitali privati in cerca di impieghi convenienti. Il settore sanitario rappresenta un'interessante opportunità per quanto riguarda le prospettive di redditività specialmente in un periodo in cui cresce l'attenzione delle persone per la propria salute e cresce la «disponibilità a pagare». Le analisi economiche dimostrano che la spesa sanitaria aumenta più che proporzionalmente all'aumento del reddito e le analisi sociologiche dimostrano che sta cambiando anche l'atteggiamento dei cittadini nei confronti del concetto di diritto in generale e di diritto alla salute in particolare. In altre parole, al concetto di diritto non viene più correlato automaticamente il concetto di gratuità, ma il cittadino si dimostra pronto a pagare in toto o in parte certe prestazioni se

queste hanno più elevati livelli di qualità.

Ciò crea una situazione favorevole all'attrazione di capitali privati che possono perseguire i loro obiettivi di redditività contribuendo nello stesso tempo al perseguimento di fini di interesse pubblico. L'afflusso di capitali privati è condizione sine qua non per realizzare una reale competizione nel sistema.

Il problema critico a questo riguardo è rappresentato dalla adozione di sistemi di accreditamento, finanziamento o controllo tali da:

— attrarre capitali privati di natura «imprenditoriale» che perseguono i loro obiettivi di reddito in base alla professionalità e qualità dei servizi e disposti ad assumere il rischio imprenditoriale;

— evitare invece che vi sia afflusso di capitali privati in cerca di facile redditività garantita da forme di finanziamento pubblico (in passato tramite convenzioni garantistiche, oggi tramite trasferimenti finanziari con altre forme che spesso però sfruttano semplicemente le rigidità, i vincoli e le inefficienze delle strutture pubbliche, non di rado create surrettiziamente);

3) aumentare il numero di soggetti e rafforzare i sistemi di confronto tra essi con riferimento alla qualità dei servizi, ai costi, alla professionalità del personale e alle garanzie per i pazienti.

La competizione non può essere teorizzata: essa esiste realmente solo se aumenta il numero di soggetti che sono in grado di «fare le stesse cose» o «fare cose molto simili o tra loro succedanee».

Pertanto, per certe aree di attività sanitaria (pronto soccorso, interventi di alta complessità e alta severità, grandi rischi sanitari, ecc.) non vi potrà mai essere una concorrenza in senso proprio perché il numero di soggetti «effettivamente accessibili»

per i pazienti è strutturalmente limitato.

Per altre aree di attività, che tra l'altro sono in aumento poiché il progresso scientifico e tecnico riduce le «barriere all'entrata», la concorrenza è possibile ma solo se si creano le condizioni per la sopravvivenza di molteplici soggetti e se si attivano strumenti di verifica e controllo idonei:

— ad evitare forme di concorrenza «distorsiva», se non proprio sleale, che penalizzano le strutture «migliori» con riguardo agli obiettivi del SSN;

— a realizzare confronti capaci di trasferire il sano spirito di emulazione che sta alla base della concorrenza, cioè di trasferire «tensioni positive» dai soggetti migliori a tutto il sistema;

4) cercare nuovi spazi di sviluppo sia all'interno del Paese (individuazione di nuove aree di bisogni di salute per i quali vi siano una elevata disponibilità a pagare), sia in altri Paesi ai quali sia possibile trasferire il know-how maturato dalle «aziende sanitarie» italiane, pubbliche o private per le rispettive competenze.

Di fronte a risorse per il sistema sanitario stabili o in diminuzione, la concorrenza genera «conflitti» che possono avere effetti positivi (eliminazione delle aziende meno efficienti), ma anche negativi (impiego di risorse per vincere la concorrenza più che per migliorare i servizi). Quando il mercato è in espansione è invece più facile prevedere effetti positivi, ossia far convivere competizione e collaborazione nella forma di «segmentazione di aree di attività», accordi e programmi congiunti di intervento.

In conclusione si può dire che il SSN italiano è in una fase di profonda trasformazione e di grandi cambiamenti «indotti» dall'esterno e che la normativa degli anni '92 e '93 ha in-

trodotta nuove regole. Più che ritornare ad astratti, e per molti aspetti ideologici, confronti sui modelli culturali sul concetto di malattia, salute, benessere, e più che riproporre nuove modifiche della normativa (che in definitiva è un insieme di «regole formali»), sarebbero oggi utili impegno e azioni per:

1) definire una strategia di cambiamento che tenga conto del fatto che si è in presenza di un sistema decentrato che non si può cambiare a suon di decreti e di indirizzi/obblighi centralistici;

2) individuare le «leve critiche» del cambiamento reale che sono: il sistema di finanziamento, i requisiti professionali e organizzativi per concedere l'accreditamento alle strutture di offerta, le modalità di scelta delle persone (professionisti e dirigenti), il processo di formazione delle persone, un sistema di indicatori per valutare i risultati (di salute, di efficienza, economici);

3) attivare sistemi di verifica e controllo dei risultati;

4) sostituire le regole «burocratiche» (che prevedono procedure da seguire) con regole «di responsabilizzazione» (che prevedono risultati da raggiungere) poiché in tal modo si garantisce una reale flessibilità al sistema;

5) chiarire alcuni concetti quali autonomia decisionale, che non deve essere confusa con la discrezionalità incontrollata ma che va collegata a obiettivi da raggiungere e alla responsabilità sui risultati, esternalizzazione di attività, che non vuol dire delegare ad altri le proprie funzioni ma vuol dire delegare «attività strumentali» per poter concentrarsi sul controllo della funzione «istituzionale» di tutela della salute, snellimento della gestione, che contrasta con l'attribuzione alle ASL di funzioni improprie.

In altre parole per poter governare il cambiamento e la trasformazione occorre «dare gambe alle idee, agli auspici», ossia dare strumenti capaci di trasformare ideali, modelli, analisi, politiche, indirizzi, linee guida in reali modificazioni dei comportamenti di centinaia di aziende, centinaia di migliaia di operatori, milioni di pazienti per renderli compatibili con i fini di tutelare la salute di questi ultimi e con l'obiettivo «strumentale» (e quindi subordinato) di garantire l'equilibrio e la compatibilità economica del sistema sanitario.

È L'ORA DEL RINNOVO

CAMPAGNA PROMOZIONALE «3 AL PREZZO DI 2» VALIDA FINO AL 31-03-1999

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE A N. 3 ABBONAMENTI
PER IL COSTO COMPLESSIVO DI L. 660.000 ANZICHÉ L. 990.000**

Programma abbonamento 1999

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n. 3 abbonamenti a

MECOSAN
Management ed economia sanitaria
diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- Pertanto:

- Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
- Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... li

Codice Fiscale
Partita IVA

FIRMA E TIMBRO
(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine a prezzo ridotto è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 marzo 1999.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

I SISTEMI INFORMATIVI DELLE AZIENDE SANITARIE: FABBISOGNI E PERCORSI EVOLUTIVI VERSO L'ADOZIONE DEGLI ERP (ENTREPRISE RESOURCE PLANNING)

di Luca Buccoliero

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I percorsi evolutivi dell'informatica aziendale - 3. I principali fabbisogni informativi dell'azienda sanitaria pubblica: un primo modello unitario di «sistema informativo aziendale» - 4. I percorsi evolutivi dei sistemi informativi all'interno dell'azienda sanitaria pubblica - 5. Conclusioni.

This article describes the general principles and developments of Information Technology (from stand-alone software applications to ERP) with reference to public hospitals and Local Healthcare Units in the Italian National Health Services. A special emphasis is put on the basic principle of integration of the hospital computer-based technology, in the administrative as well as in the healthcare field. According to this, the article proposes a model for drawing a map of the most relevant information exchanges inside the organisation and points out the significant interdependencies among the different business processes.

1. Introduzione

A partire dagli anni Settanta (con una forte accelerazione nello scorso decennio) la progettazione, la realizzazione e la valutazione dei sistemi informativi hanno rappresentato, per le aziende del settore privato, variabili di crescente complessità e rilevanza strategica, al punto da poter essere ormai considerati fattori caratterizzanti ed essenziali delle diverse formule imprenditoriali, il cui successo è sempre più spesso legato alle innovazioni introdotte nella gestione dei flussi informativi (interni ed esterni all'azienda) ed alle contestuali riprogettazioni degli assetti organizzativi.

Il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, avviato dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, ha evidenziato la particolare criticità dei sistemi informativi anche rispetto alle nuove aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche; la nuova responsabilizzazione rispetto all'efficiente utilizzo delle risorse (scarse) ed all'effi-

cazia della gestione (in termini di adeguata capacità di soddisfare il «bisogno di salute») ha immediatamente generato un forte fabbisogno di logiche e strumenti di misurazione, programmazione e controllo, rispetto al quale si è evidenziata l'inadeguatezza delle esistenti strutture organizzative e delle procedure informatiche fino ad allora adottate.

Con alcuni decenni di ritardo rispetto al settore privato (ma con l'opportunità di poter far tesoro, almeno in parte, delle esperienze e delle innovazioni maturate in tale ambito), l'azienda sanitaria pubblica ha dunque evidenziato un'attenzione crescente rispetto al tema della riprogettazione (o della realizzazione a *nihilo*) dei propri sistemi informativi, con lo scopo di renderli idonei (Southon, Braithwaite *et al.* 1997):

— a supportare i nuovi strumenti gestionali la cui adozione è stata imposta dai succitati decreti e dai correlati provvedimenti normativi regionali (si pensi, ad esempio, alla contabilità

generale di tipo economico-patrimoniale ed alla contabilità analitica);

— a rendere operativi i nuovi meccanismi di finanziamento (ad esempio, la tariffazione per prestazione);

— a supportare i processi decisionali della direzione;

— a razionalizzare l'area più propriamente sanitaria della gestione (ossia quella legata all'erogazione dei servizi ai pazienti ed alla popolazione), attraverso l'adozione di tecnologie innovative (applicate tanto in ambito clinico e diagnostico quanto nelle nuove potenzialità di comunicazione e trasmissione di dati ed immagini).

Inoltre, alcune importanti spinte all'aggiornamento e all'innovazione dei sistemi informativi aziendali si pongono all'attenzione del *management*, con particolare riferimento:

L'autore ringrazia il dott. Andrea Fazzolari per la collaborazione nella progettazione e nell'elaborazione dello schema complessivo dei flussi informativi dell'azienda sanitaria pubblica.

— agli adempimenti legati alla nascita dell'Euro, che impongono alle aziende di ogni dimensione di dotarsi di sistemi contabili multivaluta (accrescendo in modo rilevante la complessità del sistema stesso);

— agli adeguamenti dei sistemi informativi all'anno 2000 (1);

— alla crescente attenzione che deve essere dedicata agli aspetti di sicurezza dei sistemi e di riservatezza del dato.

Queste problematiche impongono una revisione radicale del *software* attualmente installato nelle aziende, in misura tale da rendere dubbia, in alcuni particolari contesti, l'opportunità di procedere a semplici adeguamenti dell'esistente (facendo piuttosto preferire un rinnovo radicale del *software* con prodotti di concezione più recente e nativamente rispondenti alle nuove problematiche).

Obiettivi del presente articolo, che intende presentare alcune preliminari riflessioni di ordine generale sul tema dei sistemi informativi delle aziende sanitarie (ponendosi quale premessa di successivi approfondimenti su aspetti più specifici all'interno di quest'ambito), sono i seguenti:

— «fare il punto» sui percorsi evolutivi dei sistemi informativi nelle aziende del settore privato, evidenziandone le diverse finalità di volta in volta perseguite e le principali e più attuali linee evolutive;

— descrivere in un modello di sintesi unitario i principali fabbisogni rispetto ai flussi informativi tipici che caratterizzano in modo peculiare le aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche del Servizio sanitario nazionale;

— proporre alcune valutazioni sulla domanda di soluzioni informatiche che le aziende sanitarie, a fronte dei succitati fabbisogni, hanno sino ad ora espresso;

— ipotizzare le possibili evoluzioni di tale domanda (rispetto alle sue caratteristiche salienti) anche alla luce del crescente interesse rivestito dai cosiddetti ERP (*Enterprise Resource Planning*) presso le aziende private.

2. I percorsi evolutivi dell'informatica aziendale

2.1. Fabbisogni di integrazione ed evoluzione del ruolo dei sistemi informativi

Si può affermare che il contributo dei sistemi informativi alla gestione ed alla direzione aziendale si sia evoluto lungo un percorso assai coerente con l'evoluzione della visione dell'azienda:

— da «insieme» di unità organizzative scarsamente interrelate tra loro e direttamente controllate da un unico centro decisionale;

— a «rete» di unità organizzative relativamente autonome dal cui operare in modo coordinato ed integrato discende il «successo» della gestione.

Questo percorso ha evidentemente determinato una crescita esponenziale dei fabbisogni aziendali di integrazione e coordinamento e l'evoluzione dell'informatica aziendale, ispirata da tali fabbisogni, ha offerto loro un significativo supporto.

Si possono infatti individuare quattro diverse fasi che, in successione, hanno caratterizzato il ruolo dell'*information technology* all'interno dell'azienda (Amigoni e Beretta 1998):

— fase dell'EDP (elaborazione elettronica dei dati);

— fase dei MIS (sistemi informativi per il *management*);

— fase del *groupware* (gestione gruppi di lavoro);

— fase delle strutture per progetti e della gestione per processi.

La prima fase è stata rappresentata dall'introduzione di procedure automatizzate per la gestione di dati in attività specifiche altamente strutturate e ripetitive (ad esempio la gestione del personale e l'elaborazione dei cedolini paga oppure la rilevazione dei carichi e degli scarichi di magazzino). In questa fase l'informatica aziendale ha determinato significativi incrementi di efficienza in specifici processi senza tuttavia estendersi alla definizione di un'architettura compiuta dei flussi informativi; le informazioni codificate dalle singole procedure non sono divenute patrimonio condiviso dall'azienda nel suo complesso ma sono tendenzialmente rimaste risorsa operativa dell'unità organizzativa in cui sono state generate.

La seconda fase ha visto l'introduzione della tecnologia informatica a supporto dei processi decisionali (di programmazione e controllo operativo) del *management* aziendale, attraverso l'istituzione dei primi sistemi di *reporting* in grado di estrarre ed aggregare secondo schemi significativi rispetto agli obiettivi dei decisori alcune delle informazioni generate dai processi gestionali, senza tuttavia introdurre una nuova logica di circolazione e condivisione delle informazioni all'interno dell'azienda.

In una terza fase, si è assistito all'introduzione di sistemi informativi aziendali idonei a consentire un più stretto coordinamento delle diverse unità organizzative e dei diversi individui (sistemi di *groupware*); i sistemi informativi hanno dunque assunto la natura di strumenti di integrazione aziendale e di coordinamento delle diverse unità funzionali.

Progressi più marcati in questa direzione sono poi derivati dal quarto «stadio evolutivo» dell'informatica d'azienda, quello relativo al supporto della gestione «per progetti» o «per processi» (in cui la funzione di coordi-

namento è svolta secondo logiche e modalità del tutto svincolate dagli assetti organizzativi esistenti, rendendo disponibili ed aggregando con assoluta flessibilità informazioni sviluppate ovunque in azienda).

I principali effetti dell'accresciuta capacità dei sistemi informativi nel rispondere ai fabbisogni di integrazione aziendale possono essere così riassunti:

- crescente razionalizzazione dei flussi informativi che connettono le diverse unità operative (con conseguente semplificazione ed accorciamento di determinati processi aziendali);

- sempre più elevata trasparenza dei processi all'interno dell'azienda, grazie alla codifica di «linguaggi aziendali» (relativi ad attività e comportamenti) uniformi;

- progressiva semplificazione della gestione delle interdipendenze all'interno dei gruppi di lavoro;

- sempre più accentuata integrazione ed interdipendenza tra utente e progettista del sistema informativo (dalla fase di progettazione a quella di personalizzazione).

2.2. Linee di tendenza dei sistemi informativi aziendali

Quanto sopra affermato circa il crescente contributo dei sistemi informativi aziendali ai fabbisogni di integrazione e coordinamento rappresenta senza dubbio la tendenza più rilevante nell'evoluzione dei sistemi informativi, rispetto alle loro caratteristiche funzionali.

Occorre tuttavia porre in evidenza altri aspetti di ordine generale che, negli ultimi anni, stanno caratterizzando l'evoluzione dei sistemi informativi aziendali (Austin, Trimm *et al.* 1995).

In primo luogo, si assiste ad un progressivo abbandono delle politiche di sviluppo interno del *software* mentre

si registra una crescente propensione all'acquisto di soluzioni *package* relativamente standardizzate. Tale scelta si giustifica alla luce di una molteplicità di fattori, tra i quali:

- la possibilità di disporre di un costante allineamento del *software* alle tecnologie dominanti, grazie alla disponibilità periodica di nuove *release*;

- i minori tempi di sviluppo e dunque la possibilità di rispondere più rapidamente ai bisogni;

- i minori costi complessivi dovuti alle economie di specializzazione sviluppate dai fornitori ed all'esistenza di un mercato relativamente ampio (ed in costante crescita) per i medesimi pacchetti.

Peraltro, il ricorso a *package* standardizzati non consente elevati livelli di personalizzazione del *software*, col duplice effetto:

- da un lato, di non rendere possibili adattamenti particolarmente significativi alle peculiarità gestionali dell'azienda ed alle caratteristiche specifiche dell'*hardware* e del *software* di cui quest'ultima già dispone;

- dall'altro, di evitare personalizzazioni esasperate e dispendiose (maggiore standardizzazione implica infatti maggiore linearità e trasparenza).

Una seconda e generale linea di tendenza a livello architetturale è rappresentata dal progressivo abbandono delle architetture *mainframe*, che cedono il passo ad architetture di tipo *client-server* e, recentemente, a logiche di *network computing*. Anche in questo percorso evolutivo l'aspetto più rilevante si rivela essere l'esigenza di flessibilità e di economicità del sistema.

Un ultimo fenomeno meritevole di attenzione è, infine, quello relativo alle modalità di progettazione e sviluppo dei sistemi informativi azienda-

li ed alla crescente attenzione dedicata alle problematiche di integrazione.

Si può infatti affermare che la maggior parte dei sistemi informativi aziendali si sia sviluppata attraverso «sedimentazioni» successive di singoli applicativi o di gruppi di applicativi, inizialmente concepiti quali supporti di ben delimitate aree gestionali (ordini, fatturazione, personale, contabilità, logistica, ecc.) e solo successivamente integrati mediante la predisposizione di apposite interfacce.

La genesi e lo sviluppo di un sistema informativo (in assenza di un disegno complessivo) secondo modalità dettate da esigenze contingenti e specifiche delle singole unità organizzative utenti di specifici moduli *software* determina, di fatto, una «razionalità limitata» del disegno del sistema stesso. In particolare:

- viene meno il criterio di univocità del dato (si verificano inserimenti multipli dello stesso dato con evidenti rischi di disallineamento): si moltiplicano così, ad esempio, le posizioni anagrafiche di clienti e fornitori (od una molteplicità di altri dati) nei diversi ambienti di utilizzo oppure si utilizzano molteplici piani dei conti o dei fattori produttivi in applicativi diversi;

- il costo di aggiornamento del sistema è elevato in quanto la sostituzione di un singolo modulo o di un componente del sistema operativo implica la necessità di intervenire contestualmente sulle diverse interfacce di integrazione;

- la manutenzione del sistema è particolarmente complessa ed onerosa, soprattutto con riferimento ai rilevanti fabbisogni di allineamento dei dati e di *system integration*.

Proprio con specifico riferimento a queste problematiche ed in considerazione della già ricordata necessità di accrescere il ruolo di integrazione e coordinamento dei sistemi informativi all'interno dell'azienda, si è assistito,

già a partire dagli anni Settanta, allo sviluppo di piattaforme «integrate»:

— tanto nell'area della logistica e della produzione (CRP, *Capacity Requirements Planning*, MRP, *Material Requirement Planning*, MRPII, *Manufacturing Resource Planning*);

— quanto nell'area amministrativa (sistemi amministrativi integrati) (Amigoni e Beretta 1998).

I sistemi ERP (*Enterprise Resource Planning*), attualmente al centro del dibattito sui sistemi informativi aziendali, rappresentano senza dubbio il massimo livello di integrazione architeturale del sistema informativo aziendale, in quanto presuppongono, quali caratteristiche native:

— la preliminare ridefinizione dei processi aziendali (legati sia alla sfera amministrativa sia a quella della logistica e della produzione) secondo logiche di «ottimizzazione» delle procedure e dei meccanismi informatici di integrazione;

— la conseguente integrazione di tutti i sottosistemi aziendali;

— l'univocità di tutti gli archivi (che convergono ad alimentare un unico «data base» aziendale) quale presupposto essenziale dell'integrazione;

— un'architettura del sistema normalmente strutturata (nei sistemi più recenti) secondo logiche «client-server».

In considerazione di ciò, i sistemi informativi integrati garantiscono:

— un supporto tempestivo ed affidabile ai processi decisionali e di programmazione e controllo adottati dal *management*;

— un'accresciuta «trasparenza» e visibilità dei processi aziendali, anche grazie all'adozione di «linguaggi» aziendali uniformi.

Tali sistemi, inoltre, sono pienamente allineati rispetto alle già richiamate «emergenze» in tema di sistemi

informativi aziendali; infatti presentano, di norma:

— la rispondenza ai fabbisogni di «gestione multivaluta»;

— la conformità delle versioni più recenti agli *standard* di supporto dell'anno 2000;

— una gestione accurata dei profili di sicurezza in termini di accesso alle informazioni.

A fronte di tali potenzialità, gli ERP implicano alcuni rilevanti fattori di complessità, tra i quali:

— l'entità significativa delle risorse da dedicare alla progettazione ed all'implementazione del sistema (data l'impossibilità di procedere in modo «graduale» al rinnovo del sistema esistente);

— la necessità di capillari interventi di «reingegnerizzazione» dei processi, con interventi talora assai rilevanti sulla struttura organizzativa (l'integrazione «informatica» dei sottosistemi presuppone ovviamente una preliminare integrazione «procedurale» e «logica» degli stessi) (Bancroft, Seip *et al.* 1998).

3. I principali fabbisogni informativi dell'azienda sanitaria pubblica: un primo modello unitario di «sistema informativo aziendale»

Come è noto, un sistema informativo aziendale può essere descritto quale «un insieme di elementi, anche molto diversi tra loro, che raccolgono, elaborano, scambiano ed archiviano dati, con lo scopo di produrre e distribuire le informazioni alle persone che ne hanno bisogno, nel momento e nel luogo adatto per svolgere le proprie funzioni decisionali e di controllo» (Camussone 1990).

Al fine di consentire la contestualizzazione di questa generica definizione alla realtà specifica delle aziende sanitarie pubbliche, si presenta di seguito un semplice modello descritti-

vo dei flussi di informazioni che caratterizzano questa categoria di aziende.

La natura peculiare delle attività realizzate dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere e la loro natura «pubblica» determinano la necessità di «racogliere», a vari fini, un volume assai rilevante e composito di dati (e di elaborarli in informazioni significative), dando vita ad un «sistema informativo» particolarmente complesso (Holaway e Kogan 1997)

All'interno dell'azienda si genera, infatti, una fitta rete di flussi informativi tra le diverse unità organizzative; il grado di complessità del sistema è inoltre accresciuto dalla necessità delle Aziende sanitarie di presidiare efficacemente anche lo scambio di dati con interlocutori (istituzionali e non) esterni all'organizzazione (si pensi, ad esempio, ai flussi informativi tra l'azienda e le autorità regionali ed allo scambio di informazioni con altre aziende).

I sistemi informativi delle aziende sanitarie ed ospedaliere possono essere analizzati attraverso una preliminare scomposizione in «macro aree» alle quali tendono a corrispondere esigenze informative particolari, legate alle caratteristiche particolari delle attività svolte e delle finalità perseguite da ciascuna area. Può dunque rivelarsi utile introdurre una distinzione tra le seguenti cinque aree, i cui contenuti specifici saranno successivamente illustrati in dettaglio:

- (I) area amministrativa;
- (II) area direzionale;
- (III) area dei servizi al territorio;
- (IV) area ospedaliera;
- (V) area delle relazioni esterne.

Occorre notare che, nella prassi operativa delle aziende sanitarie, si suole far riferimento a ciascuna delle sopraelencate aree come ad uno specifico ed autonomo «sistema informativo» (ad esempio, il «sistema informativo amministrativo» oppure il «siste-

ma informativo ospedaliero»), evidenziando in tal modo una piena autonomia di funzioni e contenuti specifici ma sottolineando, nel contempo, una debole e marginale interconnessione con gli altri sistemi. Alla luce di quanto sino qui affermato e dei contenuti che saranno in seguito sviluppati, si preferisce in questa sede fare costante riferimento ad un unico sistema informativo aziendale, identificando al suo interno le diverse «aree» e le reciproche interconnessioni.

Lo schema qui proposto si applica, ai fini di una prima visione semplificata, tanto alla realtà dell'azienda sanitaria territoriale (dove «l'area servizi al territorio» rappresenta evidentemente

una componente essenziale del sistema, eventualmente integrata da una limitata «area ospedaliera» qualora l'azienda sanitaria includa uno o più presidi ospedalieri) quanto alla realtà dell'azienda ospedaliera (in cui è assente o assai limitata «l'area servizi al territorio» con le relative problematiche).

La figura 1 propone una visione d'insieme del sistema informativo di un'azienda sanitaria pubblica ed identifica i principali flussi informativi. La rappresentazione grafica si fonda sull'analisi dei flussi esistenti tra elementi denominati convenzionalmente (si veda a tale proposito la figura 2):

— «moduli» (o sottosistemi), coincidenti con determinate attività di ge-

stione dell'azienda (ad esempio «gestione ordini»);

— «sottomoduli», attività di supporto a determinati moduli (ad esempio «gestione gare» o «gestione delibere»);

— «soggetti esterni all'azienda» con cui l'azienda scambia abitualmente informazioni (ad esempio «fornitori», «medici di base», «altre aziende sanitarie»);

— «moduli nodali», attività di gestione che, per il numero e la rilevanza delle informazioni (provenienti da altri moduli) che raccolgono e sintetizzano, si rivelano «cerniere» cruciali nella circolazione e nell'integrazione dei flussi.

Figura 1

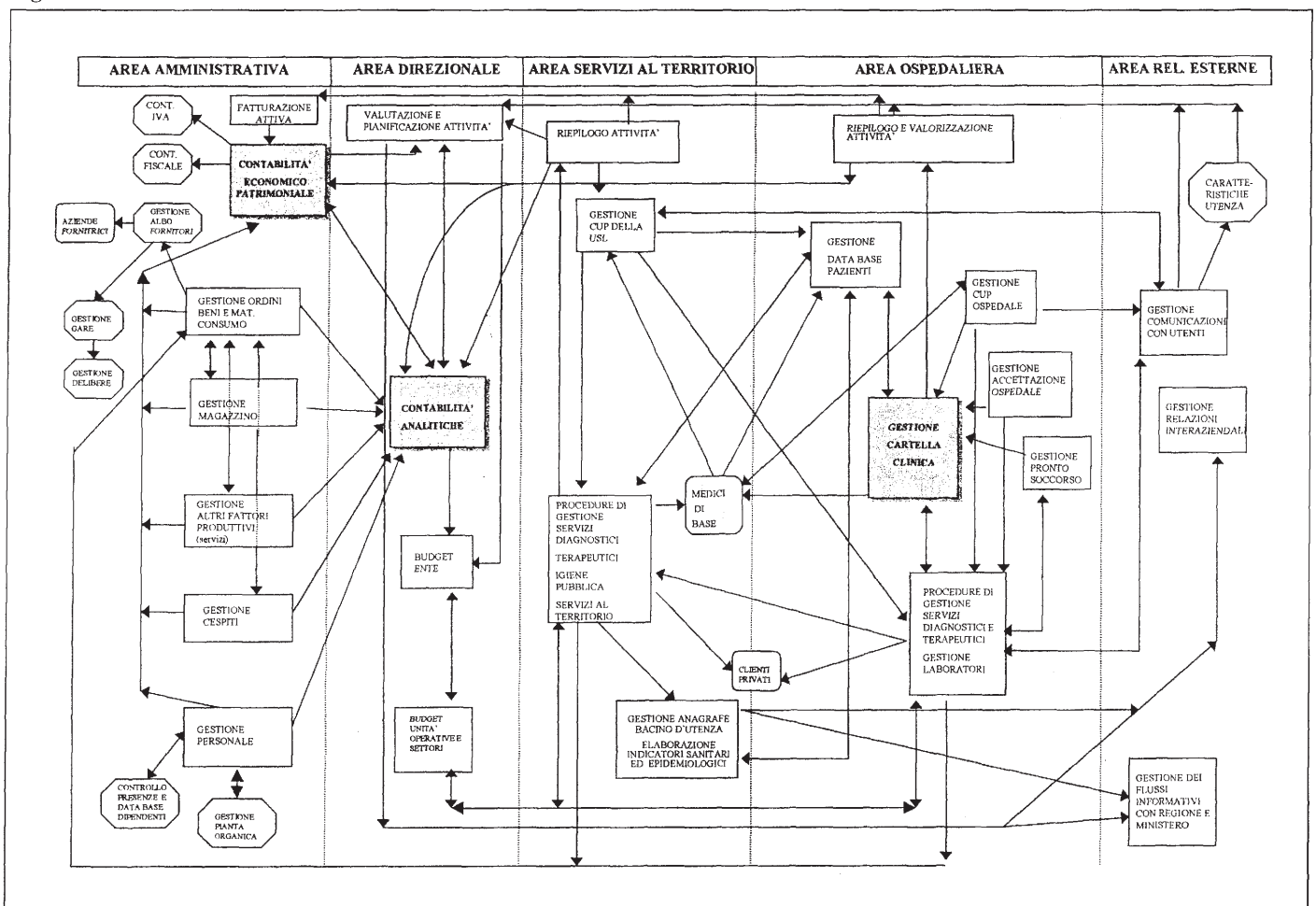
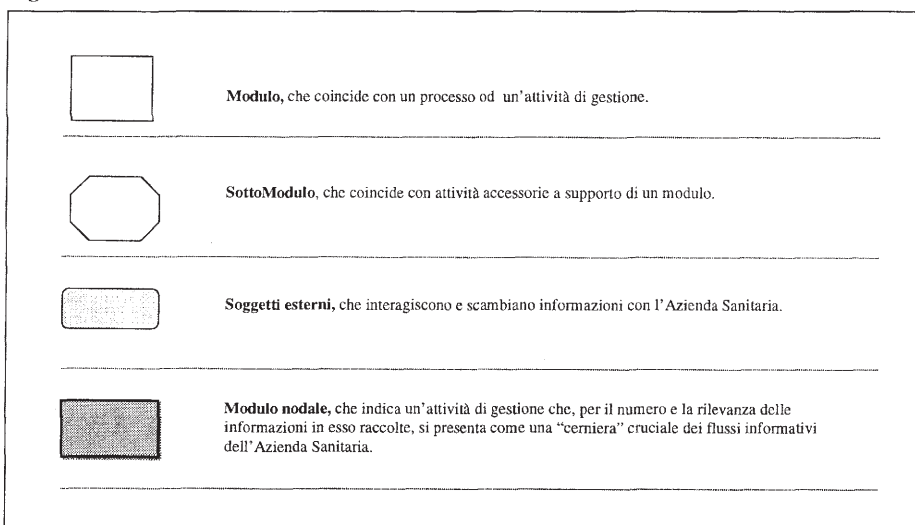


Figura 2



Si può osservare che si è optato per l'identificazione di «moduli» coincidenti con specifiche attività di gestione anziché con unità organizzative (ad esempio «provveditorato»), intendendo focalizzare l'analisi sulle informazioni generate dai diversi processi attuati, a prescindere dalle diverse soluzioni organizzative adottate dalle diverse aziende.

Di seguito si analizzano i fabbisogni informativi di ciascuna delle aree sopra identificate, con riferimento ai processi specifici che vi hanno luogo ed alle informazioni che sono raccolte e trasferite.

3.1. (I) Area amministrativa

L'area amministrativa include la rilevazione ed il trattamento delle informazioni che derivano da alcuni fondamentali moduli (o sottosistemi) aziendali e, precisamente:

- il modulo degli ordini (ciclo passivo per beni e servizi, dalla formulazione dell'ordine interno all'eventuale indicazione di gara);
- il modulo della gestione del personale;
- il modulo della gestione dei cespiti;

— il modulo della gestione dei magazzini;

— il modulo delle entrate (fatturazione attiva).

Lo schema evidenzia in dettaglio alcuni dei diversi «sottomoduli», tra i quali, a titolo di esempio, è possibile citare:

- la gestione albo fornitori;
- la gestione gare;
- la gestione delibere;
- il controllo presenze ed il data base dei dipendenti.

Questi moduli e sottomoduli alimentano un fondamentale strumento aziendale di rilevazione, che è rappresentato dalla contabilità generale impostata secondo il metodo economico-patrimoniale (in numerose aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche la contabilità di tipo economico-patrimoniale è ancora derivata, attraverso procedure informatiche di «transcodifica dei dati», dalla contabilità finanziaria, peraltro in via di progressiva dismissione secondo tempi e modalità diversi nei vari contesti regionali). La contabilità generale rappresenta un primo «modulo nodale» del sistema informativo, in considerazione del suo ruolo di raccolta e sintesi di informazioni. Infatti:

— in questo modulo confluisce una quota rilevante delle informazioni generate dagli altri moduli dell'area amministrativa (gestione ordini, gestione magazzino, gestione personale, gestione cespiti, gestione di altri fattori produttivi);

— da questo modulo si desumono le informazioni necessarie per gli adempimenti fiscali;

— si generano significativi flussi bidirezionali di informazioni verso moduli dell'area direzionale («contabilità analitica» e «valutazione e pianificazione attività»).

3.2. (II) Area direzionale

L'area direzionale include i seguenti moduli a supporto dei processi di pianificazione, di *budget*, di revisione e di controllo degli scostamenti:

— il modulo contabilità analitica per centri di costo (che permette di rilevare i valori relativi ai costi di produzione e di erogazione, ai ricavi, ai prezzi interni, con riferimento ai centri ed alle aree di responsabilità ed ai fattori produttivi impiegati); in considerazione della sua fitta rete di interconnessioni si tratta senza dubbio di un «modulo nodale»;

— i moduli *budget* delle singole unità operative e dell'azienda nel suo complesso (in termini di risorse allocate — personale, materiali, impianti, servizi — e di attività, prestazioni, servizi erogati);

— i moduli valutazione e pianificazione delle attività (attività dell'alta direzione, fondata sulla base del sistema di *reporting* aziendale e del sistema aziendale di indicatori di sintesi relativi a tipologie di costi per prestazioni, domanda di prestazioni, accessibilità ai servizi, risorse impiegate, attività svolte e risultati ottenuti, qualità) (Motta e Zavattaro 1996; Porfido, Rocchi *et al.* 1997);

I flussi informativi che alimentano l'area direzionale sono evidentemente generati:

- dall'area amministrativa, con particolare riferimento alla rilevazione ed alla contabilizzazione dei costi;
- dall'area sanitaria («area servizi al territorio» ed «area ospedaliera»), con riguardo ai dati di attività;
- dall'area relazioni esterne, con riferimento, ad esempio, al grado di soddisfazione espresso dall'utenza ed ai rapporti con le altre aziende e con la regione.

3.3. (III) Area dei servizi al territorio

Come precedentemente accennato, è opportuno distinguere il sistema informativo a supporto della gestione caratteristica dell'azienda sanitaria locale da quello dell'azienda ospedaliera, in considerazione della diversa natura delle attività tipiche svolte e del diverso livello di complessità (sicuramente più accentuato, data la frammentazione sul territorio, nel caso dell'ASL) che contraddistingue i due contesti.

L'area dei servizi al territorio include i moduli a supporto dell'offerta di servizi socio-sanitari attraverso le strutture non ospedaliere dell'Azienda sanitaria locale, e precisamente:

- il modulo di gestione del CUP dell'azienda sanitaria (che gestisce le informazioni relative agli accessi ai servizi erogati direttamente dall'azienda ed alle liste d'attesa per tali servizi);
- i moduli di gestione degli ambulatori e dei presidi dell'azienda;
- i moduli di gestione dei servizi (diagnostici, terapeutici, di igiene pubblica);
- i moduli di gestione dei rapporti con i medici di base;
- i moduli di gestione dell'anagrafe del bacino d'utenza (dati anagrafici, dati sull'iscrizione e sulla cessazione del rapporto con la ASL, dati sulle scelte e sulle revocche del medico di base);

— i moduli di elaborazione degli indicatori statistici sanitari ed epidemiologici.

Molteplici sono le interconnessioni con l'area amministrativa e con quella direzionale; ad esempio:

— l'erogazione dei servizi genera una serie di informazioni relative alla richiesta di approvvigionamenti all'area amministrativa, con successiva consegna dei beni ed imputazione dei costi al servizio richiedente.

— l'attività realizzata da ogni servizio è consuntivata ai fini di eventuali valorizzazioni (area amministrativa) e della valutazione dell'attività (area direzionale);

— vi sono costanti scambi di informazioni con le aziende ospedaliere presso le quali sono «acquistate» le prestazioni per conto degli assistiti.

Significativi e particolarmente complessi appaiono i rapporti con i medici di base. I principali flussi informativi riguardano:

- la richiesta da parte del medico di base di prestazioni per il proprio assistito, attraverso il CUP della ASL o dell'ospedale;
- la consultazione del *data base* pazienti da parte del medico di base per svolgere un'attività di diagnosi e terapia più accurata e per la gestione amministrativa degli assistiti;
- il possibile accesso del medico di base alla refertazione *on line* relativa agli esami prescritti ed eseguiti presso l'azienda sanitaria od ospedaliera;
- il possibile controllo dei comportamenti prescrittori dei medici di base da parte della ASL, a fini di contenimento della spesa sanitaria.

3.4. (IV) Area ospedaliera

I principali moduli gestionali a supporto dell'area ospedaliera sono i seguenti:

— modulo per la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti;

— modulo *data base* pazienti;

— moduli per l'accettazione (l'accettazione dei pazienti avviene attraverso il CUP ospedaliero, il pronto soccorso e gli uffici ricoveri programmati);

— moduli per la gestione dei reparti, servizi, laboratori ed ambulatori ospedalieri;

— moduli per la classificazione, la rendicontazione e la tariffazione delle prestazioni erogate.

La gestione della cartella clinica, in un'ottica di *patient focused care*, rappresenta senza dubbio un «modulo nodale» del sistema informativo ospedaliero, in quanto funge da momento di aggregazione di tutte le informazioni relative al paziente (tanto di natura amministrativa quanto di natura sanitaria e diagnostica, con particolare riferimento alla refertazione).

Le principali sfere di interrelazione dell'area ospedaliera con le altre aree sono le seguenti:

- come nel caso dell'area servizi al territorio, l'erogazione dei servizi genera una serie di informazioni relative alla richiesta di approvvigionamenti all'area amministrativa, con successiva consegna dei beni ed imputazione dei costi al servizio richiedente;
- le prestazioni erogate sono consuntivate ai fini della tariffazione (area amministrativa) e della valutazione dell'attività (area direzionale);
- vi sono costanti flussi informativi con le aziende sanitarie locali di riferimento, che «acquistano» prestazioni per conto dei propri assistiti.

3.5. (V) Area delle relazioni esterne

L'area relazioni esterne include i moduli dedicati alla gestione dei flussi informativi esterni all'azienda. I moduli più rilevanti sono i seguenti:

— modulo gestione dei flussi informativi con il Ministero (indicatori di attività, dati sanitari ed epidemiologici, ecc.);

— modulo gestione dei flussi informativi con la Regione (informazioni a contenuto economico, patrimoniale, finanziario; dati di bilancio; tariffazione prestazioni erogate; indicatori sociali, sanitari ed epidemiologici, ecc.);

— modulo gestione delle comunicazioni con gli utenti;

— modulo gestione della comunicazione interaziendale.

Con riferimento al modulo gestione delle comunicazioni con gli utenti, si sottolinea che le principali categorie di flussi informativi sono le seguenti:

— gli utenti ricevono informazioni sui servizi ospedalieri e sui servizi al territorio che possono essere erogati dalle strutture dell'azienda;

— gli utenti esprimono le proprie valutazioni sulle prestazioni sanitarie ricevute (giudizi di *customer satisfaction*);

— gli utenti formulano richieste di determinati servizi (ad esempio, certificazioni, copie cartelle cliniche, ecc.);

Le informazioni raccolte nel corso della gestione dei rapporti con l'utenza alimentano il sottomodulo «caratteristiche dell'utenza», dalla cui analisi è possibile valutare sia le tendenze di sviluppo della domanda sia il livello medio di soddisfazione degli utenti.

Per quanto concerne, invece, il modulo «relazioni interaziendali», lo stesso si riferisce al rilevante scambio di informazioni tra la singola azienda sanitaria e la «rete» di strutture del Servizio sanitario nazionale alla quale l'azienda stessa appartiene. L'evoluzione dei modelli gestionali verso logiche di *network* rende quest'area particolarmente critica e significativa (Meneguzzo 1996). I flussi informativi gestiti dal modulo in esame possono riguardare, ad esempio:

— la gestione delle «agende di prenotazione» di ambulatori, laboratori e reparti in un'ottica di condivisione delle stesse con altre strutture (ad esempio CUP cittadino);

— l'inserimento dell'azienda nelle cosiddette «reti per le emergenze»;

— la gestione della mobilità dei pazienti e la possibilità di consultare archivi e cartelle cliniche di pazienti già assistiti presso altre strutture;

— la condivisione di informazioni di natura amministrativa relative, ad esempio, ai processi d'acquisto (condizioni di aggiudicazione delle ultime gare d'appalto, informazioni sul mercato delle forniture, predisposizione di gare d'acquisto comuni);

— l'accesso (in qualità di utente o di «fornitore» di informazioni) a banche dati comuni (limitate a determinate reti di azienda o ad accesso universale) contenenti informazioni di natura sanitaria sul trattamento di determinate patologie.

Il modulo «relazioni interaziendali» è dunque alimentato, a seconda dei diversi contenuti delle relazioni, da tutti i moduli e sottomoduli aziendali più rilevanti, dei quali rappresenta l'interfaccia verso l'ambiente esterno.

4. I percorsi evolutivi dei sistemi informativi all'interno dell'azienda sanitaria pubblica

Lo schema sopra descritto propone un semplice modello teorico di rappresentazione dei flussi informativi dell'azienda sanitaria pubblica, ponendo in evidenza:

— la particolare complessità dei flussi di informazioni all'interno dell'azienda sanitaria;

— l'elevato livello di interdipendenza dei diversi moduli e delle diverse aree (e pertanto la necessità di disporre di *data base* comuni al fine di garantire l'univocità dei dati);

— i significativi fabbisogni di integrazione e di coordinamento tra i diversi processi.

Tuttavia, si può affermare che la visione di un «sistema informativo integrato» rappresenti, per l'azienda sanitaria ed ospedaliera del Servizio sanitario nazionale, un concetto assai lontano dalla realtà operativa.

Infatti, soltanto a partire dalla metà degli anni Novanta (soprattutto a motivo della necessità di introdurre i nuovi strumenti gestionali previsti dal processo di aziendalizzazione ed in considerazione dei significativi fattori di complessità incontrati lungo tale percorso) le aziende sanitarie italiane hanno iniziato ad esprimere una domanda di integrazione tra i diversi sottosistemi e le diverse «aree» della gestione, sebbene ancora in assenza di un quadro unitario.

Parimenti, sul versante dell'offerta, è possibile affermare che i produttori di *software* per le aziende sanitarie abbiano attuato, proprio agli inizi degli anni Novanta, un sostanziale disinvestimento dal settore sanitario pubblico italiano, non ritenuto più adeguatamente remunerativo alla luce:

— della sostanziale «paralisi» dei processi di acquisto delle aziende (dovuta tanto alla cosiddetta «sindrome della firma» in seguito ai noti eventi giudiziari quanto alla scarsità delle risorse disponibili);

— delle modalità di aggiudicazione delle gare (tali da non premiare gli ingenti investimenti in ricerca e sviluppo necessari alla realizzazione di ambienti «integrati»).

Tale atteggiamento ha contribuito a rallentare in modo significativo la capacità progettuale ed innovativa rispetto alle specificità del settore sanitario pubblico.

Si può affermare che l'evoluzione della struttura dei sistemi informativi dell'azienda sanitaria si articoli lungo un percorso così identificabile:

1) genesi e primo sviluppo dei sistemi informativi aziendali: «sistemi ad isole»;

2) soluzioni «evolute» di *system integration*: piattaforme di integrazione;

3) ridefinizione dei processi aziendali ed integrazione «nativa» delle procedure informatiche: sistemi ERP per la sanità.

Come sarà in seguito meglio argomentato, la maggior parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere del servizio sanitario nazionale può attualmente essere collocata in un punto di transizione tra la prima e la seconda delle fasi sopra descritte. La terza fase rappresenta, al momento attuale, un possibile scenario di medio-lungo periodo.

La figura 3 descrive sinteticamente le tre fasi, posizionandole rispetto alle seguenti dimensioni:

- grado di integrazione dei diversi processi gestionali dell'azienda;
- grado di integrazione delle procedure informatiche.

4.1. «Sistemi ad isole»

I sistemi informativi delle aziende sanitarie si sono sviluppati secondo una logica di «isole» relativamente autonome, di norma coincidenti con i fabbisogni operativi più immediati delle singole funzioni od unità organizzative. Tipicamente, le principali «aree» di informatizzazione esistenti all'interno delle aziende sanitarie sono le seguenti:

- gestione del personale ed elaborazione paghe;
- gestione degli ordini;
- contabilità finanziaria e sua eventuale transcodifica secondo le logiche economico-patrimoniali;
- gestione dei magazzini;
- «controllo di gestione» e *budget*;
- gestione accettazione pazienti;
- anagrafica pazienti ed assistiti;

- prenotazione prestazioni;
- gestione laboratori.

Si tratta di ambiti all'interno dei quali ogni unità operativa ha sviluppato semplici soluzioni applicative tendenzialmente non legate agli altri flussi informativi aziendali, attraverso:

— l'utilizzo di *software* per la produttività individuale (fogli elettronici e *data base*);

— l'elaborazione «in economia» di programmi *ad hoc*;

— soprattutto negli ultimi anni, il ricorso all'acquisto di pacchetti prodotti da *software house* operanti su «nicchie» specifiche (laboratori, accettazione, fatture passive, elaborazione paghe e contributi, ecc.)

Questo modello di crescita ha di fatto delegato ai responsabili tecnici dei sistemi informativi aziendali oppure a consulenti o fornitori esterni il ruolo di «system integrator» dei diversi applicativi (in risposta ad un fabbisogno in tal senso di crescente rilevanza). L'integrazione ha assunto, nella maggior

parte dei casi, una connotazione limitata alla realizzazione di reti geografiche (gran parte delle aziende sanitarie dispone ormai di una rete fisica di terminali o *personal computer*) ed all'utilizzo dei vari protocolli di comunicazione, transcodifica e condivisione di dati, senza estendersi anche agli aspetti funzionali del *software* ed alle procedure organizzative adottate (la figura 4 esemplifica questo approccio all'integrazione delle «isole»). In assenza di adeguate infrastrutture di rete, l'integrazione ha dovuto evidentemente limitarsi alla definizione di procedure *batch* di «esportazione - importazione» di dati tra le diverse procedure attraverso supporti magnetici o, nei contesti più critici, di ridigitazione dei dati stessi. Il patrimonio aziendale di informazioni si è pertanto rivelato, nella maggior parte delle aziende, poco controllabile e normalizzabile, presentando significative aree di duplicazione ed incoerenza oppure di assenza od insufficienza dei dati raccolti.

Figura 3

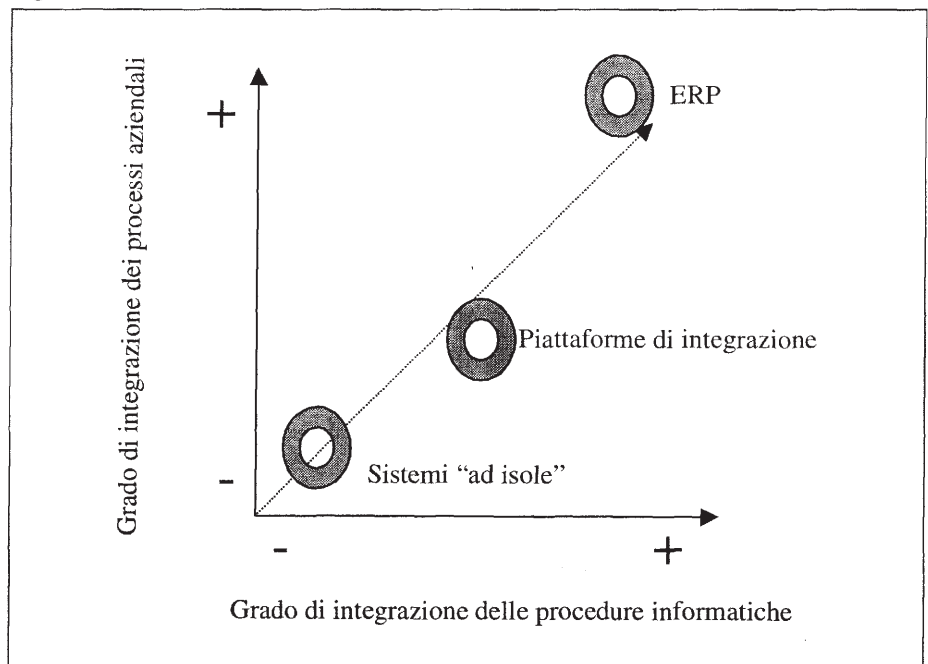
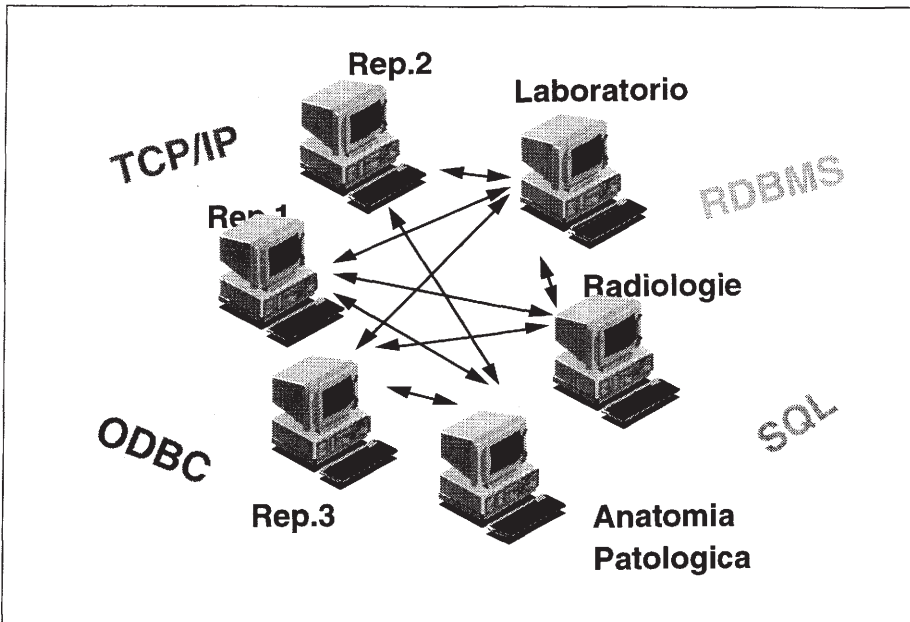


Figura 4



In questo modello, il ruolo dell'unità operativa preposta alla «system integration» (tipicamente il C.E.D., spesso in collaborazione con lo staff dedicato al controllo di gestione) ha assunto, all'interno dell'azienda, una rilevanza crescente in termini di «possessione» esclusiva delle informazioni rilevanti a supporto dell'alta direzione e, conseguentemente, di sostanziale «discrezionalità» nel renderle accessibili a quanti ne fanno richiesta.

Occorre osservare che alcune aree del sistema (attualmente di fondamentale importanza, soprattutto alla luce del nuovo modello «aziendale» di gestione) sono state soltanto marginalmente interessate da questo processo «sporadico» di informatizzazione. Ci si riferisce, ad esempio:

— all'area della gestione delle «entrate» e della rendicontazione dell'attività svolta (anche in considerazione del sistema di finanziamento delle strutture sanitarie precedentemente in vigore);

— all'area della gestione dei cespiti (data la particolare natura dell'inventario, precedentemente redatto con

l'unico obiettivo di conservare la «memoria storica» dei diritti di proprietà detenuti dall'ente e non di responsabilizzare quest'ultimo sull'utilizzo del patrimonio);

— alla gestione delle problematiche sanitarie peculiari dell'azienda sanitaria territoriale (compiti di igiene pubblica, medicina preventiva, medicina di base, ecc.).

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, giova osservare che, contrariamente a quanto è avvenuto rispetto alle problematiche dell'azienda territoriale (che possiede alcune specificità tipiche del contesto nazionale italiano), l'informatizzazione sanitaria degli ospedali (almeno con riferimento alla gestione dei pazienti e dei reparti) ha potuto usufruire di alcune esperienze e soluzioni informatiche sviluppate in sistemi sanitari anche profondamente diversi da quello italiano, attraverso personalizzazioni relativamente modeste (fatta eccezione, ovviamente, per la parte amministrativa).

Due ulteriori fattori hanno significativamente caratterizzato la parcel-

lizzazione del sistema informativo dell'azienda sanitaria, accentuandone alcuni limiti ed evidenziandone alcune problematiche:

— lo sviluppo dei sistemi di contabilità analitica è avvenuto in assenza di sistemi di contabilità generale impostati secondo il metodo economico-patrimoniale; la successiva introduzione della contabilità generale ha determinato un evidente fabbisogno di coordinamento ed allineamento dei due sistemi contabili (occorre infatti ricordare che i due sistemi, pur perseguendo obiettivi diversi nel rispetto di principi e consuetudini diversi, si alimentano da una base dati comune che, al di là dei diversi metodi contabili adottabili per garantire la compresenza dei due sistemi di rilevazione, rendono opportuno il ricorso ad inserimenti univoci dei dati);

— l'attenzione del *management* all'informatizzazione non è stata uniforme ma ha riguardato esclusivamente alcune aree specifiche, determinando una «priorità» logica e cronologica degli interventi così definibile:

1) progettazione di *software* per il controllo direzionale (interventi richiesti e coordinati direttamente dall'alta direzione);

2) sviluppo della componente sanitaria del sistema (interventi richiesti e coordinati dal personale medico);

3) sviluppo degli applicativi gestionali (interventi gestiti direttamente dalle diverse unità operative).

Con riferimento a questo approccio «graduale» alla progettazione delle diverse tipologie di applicativi (dettato dalle esigenze contingenti del *management*), si può affermare che lo stesso ha determinato presso numerose aziende:

— l'adozione (secondo un approccio «top down») di «cruscotti direzionali» per l'alta direzione (anche altamente elaborati) non supportati da una soddisfacente qualità e ricchezza della

base dati di riferimento (in considerazione dell'assenza o dell'inadeguatezza degli applicativi gestionali);

— l'assoluta assenza di relazioni, sin dalla fase progettuale, tra l'area sanitaria del sistema e quella amministrativa, che tuttora rappresenta una delle problematiche di maggiore criticità;

— la scarsa partecipazione dell'utente delle procedure gestionali alla progettazione, alla realizzazione ed alla parametrizzazione del *software*.

4.2. Piattaforme di integrazione

Alcune soluzioni di integrazione dei sistemi informativi «ad isole» hanno condotto, in anni recenti, allo sviluppo di un'architettura di sistema (rappresentata schematicamente nella figura 5) che si avvia a divenire relati-

vamente «tipica» per le aziende sanitarie.

Tale architettura, che contraddistingue (come impostazione di fondo) la maggior parte delle soluzioni «integrate» offerte alle aziende sanitarie dalle *software house* attive nel settore, si articola di norma su 4 distinti livelli:

— *software* gestionali attivi a supporto delle diverse funzioni, che operano quali strumenti di raccolta dei dati (livello OLTP, *On Line Transaction Processing*);

— piattaforma di integrazione degli applicativi (*middleware*);

— *datawarehouse* aziendale (in cui confluiscono i dati «aggregati» ed «omogeneizzati» dalla piattaforma *middleware*);

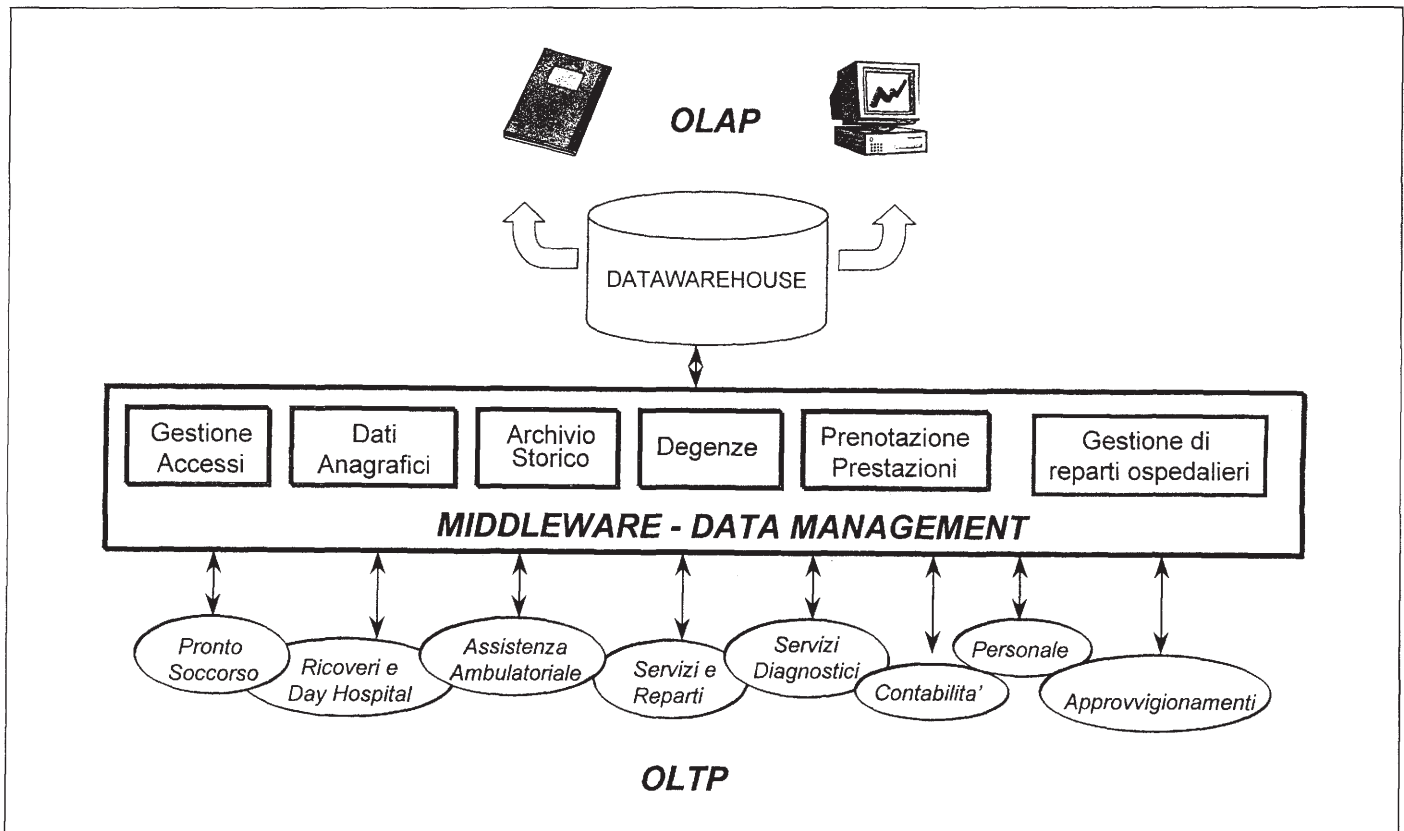
— *software* per l'estrazione delle informazioni rilevanti attraverso la predisposizione di «cruscotti direzio-

nali» (livello OLAP, *On Line Analysis Processing*; su questo particolare aspetto si veda Caccia 1997).

La piattaforma di *middleware* è costituita da un insieme di moduli *software* che interagiscono con le varie applicazioni e garantiscono l'integrazione, l'interoperabilità e la coerenza dei dati scambiati, fungendo da «tessuto connettivo» fra le diverse applicazioni (anche se realizzate da soggetti diversi e su piattaforme tecnologiche non omogenee, purché nel rispetto di ben precisi *standard* tecnologici).

Questo modello trova di norma concreta realizzazione attraverso architetture informatiche *client-server* (in virtù della già ricordata «agilità» di questo tipo di soluzioni). La figura 5 evidenzia, tra l'altro, la biunivocità dei flussi informativi tra la piattafor-

Figura 5



ma di integrazione e gli applicativi gestionali, ipotizzando pertanto una fattispecie (peraltro ancora piuttosto rara) di possibile accesso al *datawarehouse* aziendale anche attraverso gli applicativi gestionali utilizzati a supporto dei diversi processi «periferici» (purché, evidentemente, gli stessi applicativi siano idonei a questo tipo di «dialogo»). Numerosi sistemi rendono più agevole la circolazione delle informazioni rilevanti all'interno dell'azienda (rispetto all'ipotesi di bidirezionalità di tutti i flussi informativi da/per la piattaforma di integrazione) attraverso la realizzazione di *intranet* aziendali.

Le piattaforme «middleware» di integrazione rappresentano, evidentemente, un passo significativo nella direzione di:

- una più capillare e strutturale circolazione delle informazioni all'interno dell'azienda;

- una maggiore univocità dei dati raccolti ed utilizzati quali basi di successive elaborazioni a fini direzionali;

- una maggiore standardizzazione dei *software* installati in azienda.

I principali benefici derivanti dall'adozione di queste piattaforme di integrazione sono così riassumibili:

- possibilità di un rinnovo graduale del *software* installato in azienda (data la possibilità di tutelare, almeno in parte, gli investimenti effettuati negli ultimi anni, purché rispondenti a determinati *standard* «aperti»: alcuni moduli di integrazione rendono addirittura possibile, almeno in linea teorica, la convivenza di moduli installati su *mainframe* con un sistema strutturato secondo logiche *client-server*);

- possibile riutilizzo dei dati e delle elaborazioni preesistenti;

- accettabili oneri di sviluppo e manutenzione delle nuove applicazioni.

Come è evidente, la variabile più critica è rappresentata proprio dal con-

notato altamente strategico della funzione di *system integration* e del ruolo rivestito dai soggetti (generalmente fornitori esterni) che detengono tale prerogativa. Fondamentali si rivelano quindi la capacità di selezione del fornitore della «piattaforma» (che, di norma, realizza e fornisce anche alcuni dei principali moduli applicativi) e le modalità di gestione dei rapporti contrattuali, al fine di garantire, per quanto è possibile rispetto ad una soluzione di questo genere, una relativa autonomia nel futuro sviluppo del sistema. Elementi cruciali del processo di selezione del *partner* informatico sono, pertanto:

- la rispondenza della piattaforma a standard di mercato «pubblici» che, al di là delle possibili difficoltà di integrazione dei moduli già esistenti all'atto dell'introduzione del sistema, consentano in seguito a terze parti di progettare in modo relativamente agevoli moduli *software* interfacciabili con la piattaforma stessa;

- le garanzie e le condizioni di assistenza tecnica *post vendita* rispetto alle presumibili esigenze di personalizzazione;

- la presumibile capacità del fornitore (sancita attraverso chiari impegni contrattuali) di «far crescere» le professionalità specifiche delle risorse interne all'azienda nell'ambito dei sistemi informativi, attraverso un capillare impegno formativo.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, giova ancora una volta ricordare (soprattutto per un'architettura con queste connotazioni peculiari) l'opportunità di un forte coinvolgimento, sin dalla fase progettuale, degli utenti del sistema, anche attraverso l'individuazione, presso ciascuna unità operativa, di un referente stabile (competente e credibile tanto dal punto di vista manageriale quanto dal punto di vista tecnico) per i sistemi informativi; in quest'ottica, il ruolo

dell'U.O. sistemi informativi accentua il suo contenuto di «supporto all'organizzazione», mentre acquistano rilevanza le sue funzioni di coordinamento di:

- fornitori/*partner* informatici;
- referenti interni per i sistemi informativi;

- utenti del sistema che esprimono i fabbisogni informativi.

4.3. Gli ERP

Il mercato globale dei sistemi informativi integrati è caratterizzato, negli ultimi anni, dalla rapida ascesa di alcune soluzioni integrate (ERP) che hanno conquistato, nel settore privato, quote di utenti assai significative, rivolgendosi prevalentemente a realtà aziendali di dimensioni medio-grandi.

Questa tipologia di sistemi include alcune soluzioni impostate secondo logiche diverse:

- i sistemi di applicazioni per la gestione di *data base* relazionali (RDMS, quali, tipicamente, le *Oracle Applications*);

- i sistemi integrati rispetto ai processi aziendali (tipicamente SAP R/3).

Nel primo caso, la progettazione e la realizzazione del sistema prende avvio da uno *standard* di definizione della base dati aziendale (*Oracle*) e si estende successivamente alla creazione di applicazioni nativamente integrate per la gestione dello stesso database relazionale. Nel secondo caso, l'approccio prende avvio dall'analisi dei processi aziendali e realizza gli applicativi specifici per ciascun processo, che, conseguentemente, alimentano la base dati aziendale.

I sistemi ERP includono una vasta gamma di moduli gestionali pienamente integrati, che si estendono a gran parte delle funzioni aziendali (produzione e logistica, contabilità, gestione del personale, rete di vendita e distribuzione), come è evidenziato

dalla tabella 1, che riepiloga le principali funzionalità di SAP R/3 in ciascuna area.

Nella soluzione SAP R/3, ad esempio, di particolare interesse si rivela la logica di progettazione dei diversi moduli; ogni modulo, infatti, è adattato ad oltre 1000 specifici «processi» aziendali, ciascuno dei quali è definito secondo le diverse «best practice» dei settori di riferimento. In sintesi, ogni personalizzazione di processo richiesta da un cliente diviene pubblica ed arricchisce la dotazione di processi predefiniti. La parametrizzazione del sistema è resa possibile da oltre 8000 tabelle che gestiscono le diverse «gerarchie» della base dati dell'azienda, a partire dalla macrostruttura organizzativa sino alle politiche di *pricing* del prodotto.

Il sistema si fonda, dunque, sull'attenta ricognizione ed analisi preliminare dei processi tipici di ciascuna industria e ciò rappresenta un significativo valore aggiunto della soluzione *software*, che consente di rendere espliciti e, ove necessario, «reingegnerizzare» i processi critici della gestione aziendale.

I principali vantaggi delle soluzioni ERP coincidono evidentemente con quelli già genericamente identificati per i sistemi informativi integrati, ovviamente enfatizzati dall'elevato contenuto di integrazione «nativa» del sistema.

Si possono, tuttavia, identificare alcuni limiti di queste soluzioni e, precisamente (Bancroft, Seip *et al.* 1998):

— si tratta di tecnologie di «penultima» generazione (ad esempio, SAP R/3, pur utilizzando la soluzione OLE «Object Linking and Embedding» di Microsoft, non può ancora definirsi un sistema «ad oggetti»);

— l'approccio «centralizzato» è poco flessibile alla definizione dei processi e delle funzioni, forse non pienamente opportuno in determinati settori (tra cui probabilmente quello sanitario, difficile da ricondurre a schemi del tutto univoci) in cui la gestione delle «eccezioni» non è eliminabile;

— complessità del sistema, con le conseguenti difficoltà di implementazione dello stesso.

Le *software house* attive nel campo degli ERP stanno iniziando a dedicare attenzione al settore sanitario, elaborando specifiche personalizzazioni; SAP, ad esempio, ha recentemente definito un'offerta specifica destinata al settore sanitario (SAP *Healthcare*), ultimando la mappatura dei processi «rilevanti» per l'azienda sanitaria ed iniziando ad elaborare, in proprio o ricorrendo al supporto di terze parti, i moduli *software* connessi a ciascun processo.

La figura 6 evidenzia le linee-guida dell'approccio «per processi» all'introduzione di SAP nelle aziende sanitarie. In particolare, si può notare la classificazione dei processi in 7 aree, alcune delle quali specifiche per l'area sanitaria del sistema.

Proprio con riferimento alle applicazioni specifiche per l'area sanitaria

del sistema, giova osservare che la loro realizzazione rappresenta uno dei principali fattori di complessità rispetto all'introduzione di sistemi ERP in sanità (poiché, come si è già osservato, i principali *software* si sono sviluppati in settori diversi da quello sanitario e, pertanto, offrono adeguata «copertura» esclusivamente alla componente amministrativa del sistema). Peraltro, sono attualmente sul mercato alcuni pacchetti *software* progettati in contesti nazionali diversi (e successivamente adattati alla realtà italiana) per la gestione pienamente integrata di tutte le attività sanitarie delle strutture ospedaliere nel rispetto della centralità del paziente rispetto ai flussi informativi; questi pacchetti offrono, dunque, una prima risposta ai fabbisogni di integrazione, ma:

— continua ad essere particolarmente critico il problema della loro integrazione con l'area amministrativa;

— come già osservato, si caratterizza ancora per una certa «debolezza» il supporto informativo alla gestione del territorio.

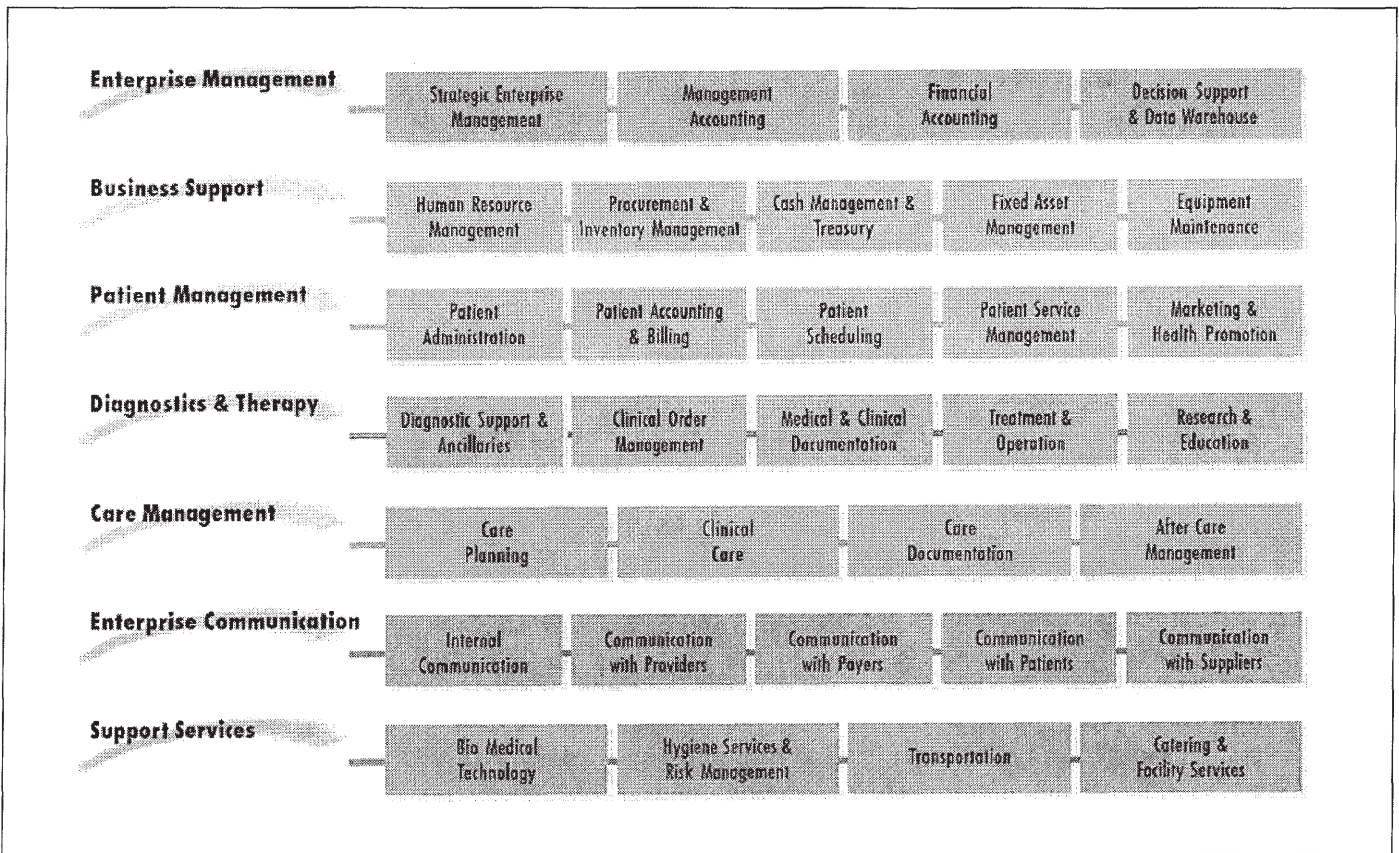
Nessuna azienda sanitaria pubblica del Servizio sanitario nazionale si è, sino ad oggi, avviata lungo un percorso deciso di introduzione di sistemi informativi nativamente integrati.

Non mancano, tuttavia, interessanti esperienze in tal senso condotte da taluni istituti privati (ad esempio l'Istituto europeo di oncologia di Milano, che ha avviato l'introduzione di alcuni moduli di R/3).

Tabella 1 - Principali funzionalità di SAP R/3

Produzione e logistica	Contabilità	Personale	Rete di vendita e distribuzione
Gestione materie prime	Contabilità e bilancio	Paghe	Gestione clienti e ordini
Manutenzione impianti	Controllo di gestione	Selezione	Esportazioni, trasporti, spedizioni
Controllo qualità	Cespiti	Sviluppo risorse	Fatturazione e <i>pricing</i>
Pianificazione e controllo della produzione		Piante organiche e mansionari	
<i>Project management</i>		Rimborsi spese	

Figura 6



Giustificano tali atteggiamenti di «prudenza» alcuni fattori quali:

- gli elevati investimenti richiesti e la difficoltà di valutare i progetti di informatizzazione (Anderson e Aydin 1997);

- la scarsità di risorse disponibili;

- l'assenza di soluzioni tecnologiche «mature» e collaudate con specifico riferimento alla realtà sanitaria italiana;

- gli elevati oneri «organizzativi» legati all'introduzione di questi sistemi che, come si è argomentato, presuppongono importanti interventi sui processi e sugli assetti organizzativi;

- il clima di pesante incertezza istituzionale, che indubbiamente scoraggia investimenti di particolare rilevanza.

5. Conclusioni

Come è già stato osservato, il processo evolutivo (verso logiche di unitarietà ed integrazione) dei sistemi informativi nelle aziende sanitarie ha subito una significativa accelerazione soltanto in anni relativamente recenti.

La figura 7, tuttavia, evidenzia il ritmo del cambiamento nei sistemi informativi rispetto a due dimensioni fondamentali:

- da un lato, lo sviluppo delle nuove tecnologie dell'informazione;

- dall'altro, la capacità delle aziende sanitarie di adottare le innovazioni e di modificare conseguentemente l'organizzazione.

Come è possibile notare, i ritmi di adozione ed implementazione delle nuove tecnologie da parte delle azien-

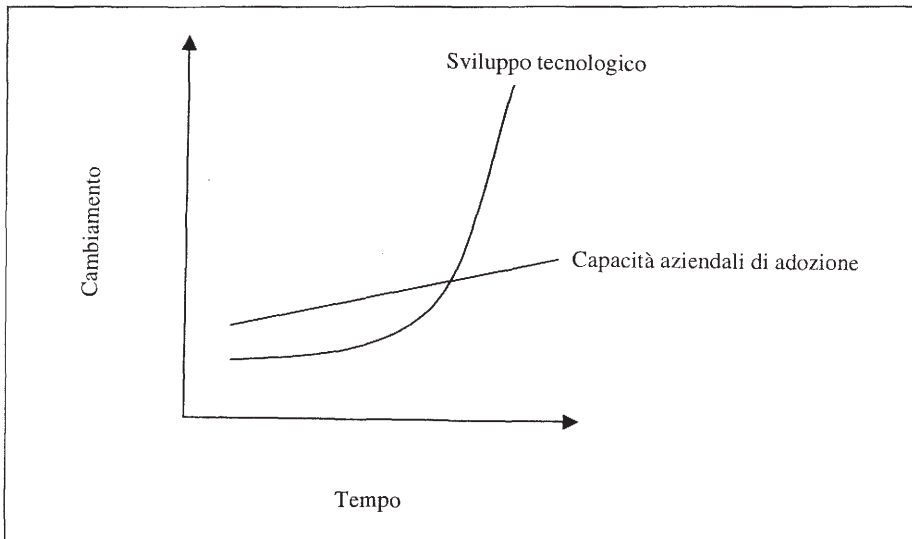
de sanitarie non crescono uniformemente rispetto al progresso tecnologico nel settore, tanto da indurre a prevedere che l'attuale situazione di sostanziale «disallineamento» rispetto alle potenzialità tecnologiche non sia destinata ad essere rapidamente superata.

Alcune delle possibili cause alla base di questi *trend* sono state già identificate nel paragrafo precedente (scarsità delle risorse, oneri organizzativi elevati, incertezza istituzionale, ecc.), con riferimento specifico all'adozione degli ERP nelle aziende sanitarie.

Il problema, tuttavia, può probabilmente essere ricondotto anche a fattori di ordine più generale così identificabili:

- 1) diffusa consapevolezza della criticità del ruolo di «innovatori»;

Figura 7



2) limitata percezione del connotato strategico della tecnologia informatica da parte del *management* aziendale;

3) inadeguata comprensione delle dinamiche dei ruoli e delle prerogative dell'U.O. preposta alla gestione dei sistemi informativi alla luce dell'evoluzione di questi ultimi;

4) ostacoli «culturali» al processo di introduzione di sistemi informativi trasparenti ed integrati.

Con riferimento al primo degli aspetti sopra menzionati, numerose esperienze evidenziano, ad una prima analisi, che le aziende sanitarie con maggiore attitudine all'innovazione nel campo dei sistemi informativi de-

vono, in realtà, agire nelle vesti di «pionieri» e sperimentatori, agevolando, di fatto, lo stesso percorso ai cosiddetti *late-comers*. Si deve, tuttavia, considerare che un ruolo attivo di sperimentazione di soluzioni innovative determina anche alcuni indiscutibili benefici, in termini di:

— favorevoli condizioni contrattuali praticate dai fornitori (grazie alla possibilità, per questi ultimi, di testare o sviluppare soluzioni che successivamente saranno immesse sul mercato);

— sviluppo di particolari capacità di interazione con il fornitore, insieme al quale è gestito un processo di progettazione lungo ed articolato;

— sviluppo di significative competenze interne (grazie alla partecipazione di numerosi soggetti, collocati in diverse UU.OO., al processo di progettazione);

— elevate opportunità di personalizzazione del *software* (rispetto all'ipotesi di successiva adozione di soluzioni già compiutamente sviluppate).

Per quanto concerne, invece, l'atteggiamento del *management* aziendale, particolarmente critica è la percezione del contenuto di strategicità dell'integrazione dei sistemi informativi aziendali. Nella realtà, si è assistito alla transizione da una generazione di *manager* pubblici profondamente distaccati dal problema dei sistemi informativi ad una interessata esclusivamente al livello «direzionale» degli stessi, senza alcuna attenzione agli aspetti della raccolta e della omogeneizzazione dei dati attraverso un efficiente sistema gestionale. La visione strategica del *management* è inoltre facilmente assimilabile da parte degli altri membri dell'organizzazione, tanto in ambito amministrativo quanto in ambito sanitario.

Fattore di criticità particolarmente significativo è inoltre rappresentato dalla difficile comprensione delle prerogative e dei ruoli dell'unità operativa preposta alla gestione dei sistemi informativi rispetto all'evoluzione logica ed architettonica di questi ultimi.

La tabella 2 evidenzia, in particolare, le diverse funzioni che dovrebbero

Tabella 2 - Funzioni e ruoli dell'U.O. Sistemi Informativi nei diversi modelli

	Sistemi «ad isole»	Piattaforme di integrazione	ERP
<i>Funzioni prevalenti</i>	Elaborazione in proprio di <i>software</i> applicativi. Elaborazione di protocolli di comunicazione e di procedure di trascodifica tra i diversi applicativi.	<i>System integration</i> . Supporto alla scelta del <i>partner</i> tecnologico e gestione dei rapporti con quest'ultimo. Gestione della rete aziendale. Formazione e coordinamento.	Supporto alla scelta del <i>partner</i> tecnologico e gestione dei rapporti con quest'ultimo. Gestione della rete aziendale. Formazione e coordinamento a tutti i livelli aziendali.
<i>Ruolo rispetto alle informazioni rilevanti</i>	Elaborazione e detenzione «esclusiva» delle informazioni rilevanti.	Veicolo fondamentale per la circolazione delle informazioni rilevanti all'interno dell'azienda.	Ruolo neutrale: le informazioni sono generate e condivise in modo trasparente all'interno dei diversi processi.

competere all'U.O. sistemi informativi nei diversi modelli sopra descritti.

In particolare modo, si notino le importanti variazioni che dovrebbero intervenire rispetto alla raccolta ed alla distribuzione delle informazioni rilevanti, che indubbiamente conducono ad una ridefinizione profonda dei ruoli dell'U.O. sistemi informativi, facendole assumere carattere di maggiore «trasversalità» all'interno dell'organizzazione.

In considerazione di ciò uno dei principali ostacoli nell'evoluzione tecnologica dei sistemi informativi è forse ravvisabile in una diffidenza culturale di fondo, all'interno dell'organizzazione, rispetto all'eccessiva trasparenza dei processi e delle informazioni (in un mondo in cui il possesso dell'informazione continua ad essere considerato possesso di potere).

(1) Gartner Group ha stimato un costo per l'adeguamento di una singola linea di codice pari a 1,65 \$ ed un tempo per l'adeguamento di ogni 100.000 linee pari a circa un anno-uomo.

BIBLIOGRAFIA

- AMIGONI F., BERETTA S. (1998), *Information Technology e creazione del valore. Analisi del fenomeno SAP*, Milano, EGEA.
- ANDERSON J.G. AND AYDIN C.E. (1997), *Evaluating the impact of health care information system*, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 13 (2): 380-393.
- AUSTIN C.J., TRIMM J.M. ET AL. (1995), *Information systems and strategic management*, Health Care Management Review, 20 (3): 26-33.
- BANCROFT N.H., SEIP H. ET AL. (1998), *Implementing SAP R/3 How to introduce a large system into a large organization*, Greenwich, CT, Manning Publications Co.
- CACCIA C. (1997), *Sistemi informativi e supporto decisionale in sanità: l'utilizzo dei data-warehouse*, MECOSAN Management ed economia sanitaria, VII (23): 83-92.
- CAMUSSONE P. ET AL. (1990), *Informatica aziendale*, Milano, EGEA.
- D'ARIA I. (1997), *Una gestione che guarda al futuro*, Panorama della Sanità (3).
- FERRATT T.W., LEDERE A.L. ET AL. (1998), *Surmounting health information network barriers: the Greater Dayton Area experience*, Health Care Management Review, 23 (1): 70-76.
- HOLAWAY K. E KOGAN H. (1997), *The Healthcare Management Handbook*, London U.K., Kogan Page Ltd.
- MENEGUZZO M. (1996), *Dalla Azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie, una prima valutazione della efficacia dei network sanitari*, MECOSAN Management ed economia sanitaria, V (19).
- MOTTA M. E ZAVATTARO F. (1996), *Lo sviluppo del sistema informativo per la direzione in una azienda sanitaria*, MECOSAN Management ed economia sanitaria, V (18).
- PALLEY M.A. AND CONGER S. (1995), *Health care information system and formula-based reimbursement: an empirical study*, Health Care Management Review, 20 (2): 74-84.
- PETRA G.D. (1993), *La fase alta della progettazione dei sistemi informativi: dall'analisi integrata di organizzazione e tecnologia alla individuazione e valutazione dei costi e benefici della soluzione innovativa*, in Nuove metodologie per i sistemi informativi della Pubblica amministrazione, P. Ercoli, C. Batini e F. Marozza, Bologna, Il Mulino.
- PORFIDO E., ROCCHI S. ET AL. (1997), *Attivazione di un sistema di reportistica sull'attività di ricovero in un presidio ospedaliero USL*, MECOSAN Management ed economia sanitaria, VI (21).
- SOUTHON F.C.G., BRAITHWAITE J. ET AL. (1997), *Strategic constraints in health informatics: are expectations realistic?*, The International Journal of Health Planning and Management, 12 (1): 3-13.
- WEED L.L. (1997), *New connections between medical knowledge and patient care*, British Medical Journal, 315 (7).

ANALISI ECONOMICA DEI TRAPIANTI: UNA RASSEGNA DEI PROBLEMI

di Giuseppe Clerico¹, Roberto Zanola²

¹ Facoltà di Giurisprudenza - Università del Piemonte Orientale «Amedeo Avogadro»

² Department of Economics - University of York, UK

Dipartimento di Economia - Università di Torino, ITA

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Criteri di giustizia allocativa - 3. Criteri di selezione nell'accesso - 4. Altruismo e mercato - 5. L'organizzazione dei trapianti - 6. Conclusioni.

This paper surveys some of the most relevant questions related to the market for transplants. Since in all OECD countries this market is illegal, it follows that the price for this kind of goods is null, so that an increasing shortage of organs to be transplanted is observed. In this respect three different questions are analysed. First, which are the justice criteria to be followed to allocate organs? Secondly, is the present allocation system («the point system») equitable? Finally, which are the different ways to organise the market for transplants in order to increase its efficiency?

1. Introduzione

In Italia, come nei Paesi dell'area OCSE, è in vigore un divieto legale al mercato degli organi umani da utilizzare per i trapianti. Di fatto, i diversi Paesi hanno recepito la normativa sui trapianti adottata negli Stati Uniti, dove negli anni cinquanta iniziò l'epoca dei trapianti. Tale divieto opera sia dal lato dell'offerta che dal lato della domanda di organi umani. Ne consegue che il sistema attraverso cui è possibile raccogliere prima ed allocare poi gli organi, si basa necessariamente sull'altruismo dal lato dell'offerta di organi e sul ricorso a criteri di priorità per quanto concerne l'allocazione dei medesimi. Nella sostanza, dal lato dell'offerta, i soggetti o le famiglie, sono incoraggiate ad acconsentire all'espianto dei propri organi nel momento del loro decesso, motivando tale gesto in conformità a valori etici e/o religiosi. La normativa esclude anche la possibilità di commercio di organi tra vivi. Certo, talvolta è possibile leggere sulle pagine dei quotidiani di persone dispe-

rate pronte a cedere un organo (un rene ad esempio) per fare fronte a stati di drammatica povertà, o peggio di commercio illegale di organi con le Nazioni più povere, ma tutto ciò è solo un altro aspetto della florida economia illegale di cui in questo lavoro non ci occupiamo. La conseguenza di questa legislazione è di determinare un prezzo nullo per gli organi umani destinati al trapianto. Pertanto, se da una parte si registra una crescente domanda di organi, dall'altra l'offerta non è sufficiente a soddisfare questa domanda. In un'economia di mercato il problema sarebbe risolto dal prezzo, la cui variazione determinerebbe un equilibrio fra offerta e domanda. Si pensi, ad esempio, alla produzione artistica di un grande pittore. Data la scarsità della produzione (il fenomeno è particolarmente accentuato dopo la morte del pittore) il prezzo delle opere tenderà ad essere molto elevato, in modo tale che a quel prezzo la domanda eguaglierà l'offerta, determinando l'equilibrio sul mercato. Chiaramente nel caso dei trapianti questo meccanismo non può

funzionare per almeno tre ordini di ragioni: (i) il timore di una «coercizione economica» sui poveri; (ii) il rischio che i poveri abbiano accesso limitato ai trapianti; (iii) la possibilità che si verifichi un disincentivo per i medici a prestare adeguata assistenza a pazienti in condizioni sanitarie critiche [Barnett *et al.*, 1993]. Nel caso di esistenza di un mercato per gli organi umani, le famiglie più povere potrebbero essere «costrette» ad accettare la vendita, anche contro i propri valori etico-religiosi, pur di ottenere un'entrata monetaria essenziale per la loro sopravvivenza. Inoltre se l'acquisto di un quadro famoso da parte di una persona facoltosa non solleva particolari problemi etici per la collettività, ben diverso è il caso di un povero cui è negata la possibilità di essere trapiantato in quanto impossibilitato a fronteggiare il costo del trapianto. Infine la possibilità di cedere l'organo sul mercato potrebbe indurre medici privi di scrupoli a porre termine prematuramente all'assistenza medica, particolarmente nel caso di pazienti con complesse patologie.

Dunque, abbiamo visto che nel caso dei trapianti non è legalmente possibile utilizzare il prezzo per determinare l'equilibrio sul mercato. Ci troviamo, pertanto, di fronte a un tipico esempio di bene razionato, di un bene la cui domanda eccede l'offerta al prezzo di mercato, nella fattispecie posto uguale a zero. L'analisi economica ha sviluppato una serie di strumenti tesi a riequilibrare il mercato in presenza di beni razionati [Pommerehne *et al.*, 1997]. L'idea implicita è quella di aumentare il prezzo non monetario del bene. Si pensi, ad esempio, all'introduzione di liste di attesa in cui il fattore tempo funge da elemento selezionatore della domanda. In questo caso il prezzo del bene da consumare è uguale al valore del reddito generato nel corso del tempo atteso prima del consumo del bene. In tal modo anche in assenza del prezzo monetario si determina un costo opportunità per il bene scarso. Questo è, di fatto, il sistema impiegato nel caso dei trapianti di organi umani. Ancora una volta, tuttavia, nel caso dei trapianti le cose sono rese più complesse dalle caratteristiche del bene oggetto di analisi. Infatti, l'utilizzo del tempo da solo non è sufficiente, dal momento che esiste un problema di compatibilità genetica tra organo del donante e caratteristiche genetiche del ricevente. Inoltre la natura stessa dei trapianti implica soluzioni allocative diverse, a seconda che si stia considerando trapianti salvavita (cuore, fegato...) — trapianti cioè per cui il tempo di attesa deve essere necessariamente molto breve, pena la morte del paziente — e trapianti non-salvavita (rene, cornea...), per i quali il tempo di attesa può essere sufficientemente lungo senza mettere a repentaglio la vita del paziente. Nonostante l'applicazione congiunta di questi due strumenti tesi a razionare la domanda, nel caso dei trapianti salvavita, ed in minor misura per quelli non-salvavita,

la cronica carenza di organi non consente di garantire sempre e comunque ai pazienti in attesa di essere trapiantati la disponibilità di organi. Ci si trova, pertanto, di fronte a una scelta tragica [Calabresi e Bobbitt, 1978], quella cioè di stabilire chi tra i pazienti che presentano le medesime caratteristiche debba fruire per primo del trapianto. È «più giusto» che riceva il cuore un famoso campione di *basket* perché così potrà continuare ad entusiasmare gli sportivi, o il disoccupato «cronico» che continuerà a gravare su tutta la collettività? Se la scelta fosse improntata esclusivamente al costo-opportunità per la collettività (prescindendo quindi da ogni valutazione etica) uno potrebbe essere tentato dal privilegiare il famoso campione. Pur essendo la risposta a tale quesito alla base di qualsivoglia approccio etico, tuttavia nella prassi si preferisce ricorrere a criteri «neutri», quali il tempo trascorso nella lista di attesa, la compatibilità genetica, etc., senza alcun reale tentativo di introdurre il criterio di equità nell'allocazione di organi [Olsen, 1997].

La stessa contraddizione non risolta è causa della mancata applicazione del criterio di efficienza alla produzione di trapianti. L'efficienza nella produzione di trapianti può essere perseguita con riferimento a due differenti ambiti. In un caso si può pensare all'introduzione di un vero e proprio mercato dell'offerta, con la possibilità per gli organi di essere acquistati e ceduti sul mercato [Barnett *et al.*, 1993]. In realtà questa soluzione non è soggetta alle critiche di cui sopra relative alla possibilità da parte di tutti di fruire dei trapianti, dal momento che è possibile prevedere l'intervento dello Stato attraverso l'erogazione di sussidi per l'acquisto degli organi per i meno abbienti. Un secondo ambito di applicazione del criterio di efficienza è relativo alla possibilità di porre in competizione tra loro gli ospedali al fine di of-

fruire trapianti. Questa possibilità, se da una parte sembra garantire l'efficienza sul mercato, dall'altra potrebbe generare, come di fatto avviene negli Stati Uniti [Possai e Goetz, 1994], una corsa alla duplicazione di risorse da parte degli ospedali, mirata prevalentemente all'acquisizione di prestigio sul mercato. Queste due soluzioni, tuttavia, sono state prevalentemente dibattute in ambito accademico e, dunque, ci si trova ancora una volta nella necessità di porre con forza la questione etica da cui, come abbiamo visto, promana la scarsa attenzione prestata al criterio di efficienza. Infatti, più che una vera e propria dimenticanza, ci sembra di ravvedere la deliberata volontà di evitare di affrontare la questione per non trovarsi di fronte alla necessità di risolvere rilevanti problemi di natura etica.

Questo lavoro prosegue nel seguente modo. Il paragrafo successivo analizza il problema delle scelte tragiche sulla base di differenti criteri etici. Il terzo paragrafo affronta la problematica relativa ai criteri di scelta nella definizione di graduatorie di accesso. Il quarto paragrafo esamina le implicazioni attinenti l'introduzione del mercato nella produzione di trapianti. Alcune considerazioni finali concludono il lavoro.

2. Criteri di giustizia nell'allocazione degli organi

Quando esiste un *gap* fra risorse disponibili e domanda, ossia quando ci si trova di fronte alla necessità di razionare i servizi sanitari, il meccanismo cui si fa ricorso per definire delle priorità è sostanzialmente quello della massimizzazione del livello di salute. Chiaramente questo è un obiettivo del tutto generico che ha implicazioni sia di natura etica sia relative all'efficienza. Pertanto, parlando di massimizzazione della salute, si può fare riferi-

mento sia ad obiettivi di equità perseguiti dai sistemi sanitari pubblici sia ad aspetti inerenti l'uso ottimale di risorse finanziarie scarse al fine di massimizzare la salute di una data collettività. Nella realtà spesso questi due obiettivi sono contrapposti, per cui è necessario considerare un reale trade-off tra equità ed efficienza: è possibile perseguire obiettivi più equi nell'allocatione delle risorse in sanità, ma tutto ciò può andare a scapito dell'efficienza produttiva [Culyer e Wagstaff, 1991, 1993; Wagstaff, 1991]. Un caso classico di *trade-off* si ha, ad esempio, quando si deve scegliere se trapiantare l'anziano piuttosto che il giovane che ha davanti a sé un potenziale lungo periodo di attività produttiva. Un terzo ambito cui fare riferimento nel definire priorità di accesso è costituito dal livello di gravità dei pazienti. Questi tre aspetti (efficienza, equità e gravità) possono essere ricondotti a tre differenti teorie di giustizia distributiva: l'utilitarismo, l'egualitarismo e il criterio del *maximin* di Rawls [Olsen, 1997].

2.1. L'utilitarismo

L'utilitarismo, la cui origine risale agli scritti di Bentham e Mill, è spesso descritto in termini di massimizzazione del *welfare* (utilità) totale della collettività. La premessa da cui trae origine questo obiettivo riguarda il piacere e il dolore a cui sono soggetti tutti gli esseri viventi. Si ipotizza che le sensazioni soggettive di piacere e di dolore siano quantificabili, misurabili e comparabili. Mill [1861] riteneva che la promozione del piacere e la prevenzione del dolore potessero essere misurate attraverso il confronto delle utilità degli individui misurate cardinalmente. A tale proposito si usa citare la seguente affermazione di Mill: «... è meglio un essere umano insoddisfatto che un maiale soddisfatto; meglio essere So-

crate insoddisfatto che uno stupido soddisfatto». Il principio morale su cui si fonda l'utilitarismo è ciò che Mill definiva il «principio della massima felicità», secondo cui la leicità delle azioni deriva dalla promozione della felicità per opera delle stesse. Esiste chiaramente un parallelismo diretto fra questo approccio e il paradigma della massimizzazione della salute a cui abbiamo fatto cenno all'inizio di questo paragrafo. L'utilitarismo, infatti implica la massimizzazione degli anni di vita di un soggetto, corretta per tenere conto della qualità della vita (QALYs). Questa metodologia rappresenta il tentativo di misurare cardinalmente l'utilità di un paziente attraverso l'utilizzo di questionari volti ad attribuire un valore numerico a combinazioni di anni di vita e stati di salute differenti [MONEY e OLSEN, 1991; VAN HOUT *et al.*, 1993]. Nel caso di un paziente in attesa di trapianto di rene, la metodologia del QALYs è in grado di attribuire un valore numerico alla preferibilità per il paziente di sopravvivere, per esempio, venti anni in dialisi in precarie condizioni di salute piuttosto che vivere otto anni con un nuovo rene godendo di condizioni di vita decisamente migliori, ma sopportando il rischio di morte connesso all'intervento chirurgico.

Tuttavia, l'applicazione del concetto utilitaristico alla sanità è minata da una critica devastante. Se ai fini della definizione di priorità nell'accesso soltanto l'utilità totale è rilevante, allora sono possibili soluzioni che recano danno a minoranze razziali, a pazienti caratterizzati da una pluralità di patologie e soggetti con uno *status* socioeconomico inferiore, oltre che in generale agli anziani [STARZL e FUNG, 1996]. Fino adesso, infatti, questo tipo di discriminazioni non sono state incluse in nessuna funzione di benessere sociale di natura utilitaristica ed è improbabile che ciò sia possibile dal punto di vista teorico [OBERMANN, 1997].

2.2. L'egualitarismo

L'egualitarismo implica una distribuzione eguale dei beni fra i vari soggetti. Nel caso essa riguardi il reddito (o la ricchezza) degli individui, si può parlare di egualitarismo di natura generale, mentre si è alla presenza di egualitarismo specifico quando essa concerne gruppi di beni più limitati o al limite un unico bene. La forma più estrema di egualitarismo implica un'eguale ripartizione del bene fra i vari soggetti [ELSTER, 1992]. In quest'ultima accezione l'egualitarismo pur apparendo un criterio di distribuzione estremo, può avere una giustificazione nella forte avversità che alcuni individui nutrono nei confronti di una distribuzione delle risorse asimmetrica. Tali giustificazioni, tuttavia, vengono meno nel caso dell'assistenza sanitaria. Si pensi, ad esempio, ad una situazione tale per cui, nell'impossibilità di trapiantare un rene a due soggetti si preferisca continuare la dialisi per entrambi, anziché trapiantare uno dei due pazienti. Ne consegue la necessità operativa di definire criteri di distribuzione che rispondano maggiormente al buon senso. Il criterio del *maximin* suggerito da Rawls [1971] rappresenta una possibile soluzione.

2.3. Il criterio del maximin

John Rawls, nel suo fondamentale lavoro «A theory of justice», descrive uno scenario nel quale gli individui di una collettività, sotto un «velo di ignoranza», ossia non conoscendo *ex-ante* la loro vita futura circa il ruolo e la funzione nella società, devono definire i principi di giustizia che regolano una società. Il primo principio afferma che ogni individuo ha diritto ad usufruire dell'insieme più ampio di libertà fondamentali uguali per tutti, a patto che tale diritto sia compatibile con la fruizione dello stesso diritto da parte di tutti gli altri soggetti. Il secondo prin-

cipio sancisce che le diseguaglianze economiche e sociali debbano essere strutturate in modo tale da garantire ai più disagiati le prospettive migliori ed essere connesse a funzioni e posizioni nella società che siano accessibili a tutti. Ai fini del nostro lavoro è opportuno soffermarci su quest'ultimo principio, noto anche come principio di differenza, secondo cui ogni allocazione delle risorse è definita tenendo conto del benessere dei soggetti più disagiati. Nella teoria delle decisioni questo criterio è noto come criterio del *maximin*, ossia massimizzazione del benessere degli individui più svantaggiati. Quali possono essere le implicazioni del principio di differenza in campo sanitario? L'elemento essenziale su cui focalizza l'attenzione il criterio del *maximin* è rappresentato dalla gravità del soggetto più malato. Poiché il benessere sociale aumenta solo se aumenta il benessere del soggetto più disagiato, allora le risorse sanitarie dovrebbero essere destinate a quest'ultimo. Pertanto il principio di Rawls non conduce ad un'eguaglianza perfetta nella distribuzione delle risorse, dal momento che sono giustificati divari nell'allocazione delle risorse suscettibili di migliorare la posizione dei soggetti più svantaggiati.

Un'interessante modellizzazione dell'applicazione del criterio del *maximin* è offerta da Kleiman e Lowy [1989] che descrivono un modello di club in cui i soggetti si dichiarano disposti a cedere al club i propri organi in caso di morte cerebrale, al fine di garantirsi una priorità nell'accesso in caso di necessità di trapianto. L'incertezza che domina sia la necessità del trapianto che il momento della morte, induce i membri del club ad accettare un vincolo alla libertà di disporre dei propri organi al fine di potersi garantire l'opportunità di ricevere un organo in caso di necessità. Pertanto le persone sono chiamate a decidere sul pro-

prio futuro in una situazione in cui non si è a conoscenza dello stesso. Sotto questo velo di ignoranza, le persone avverse al rischio sceglieranno una distribuzione che assicuri la situazione futura migliore nel caso dovessero trovarsi nella condizione peggiore. Dunque, nonostante l'esistenza di alcuni limiti relativi alla possibilità di applicare la teoria di Rawls al settore sanitario [Harsanyi, 1975; Daniels, 1985], il principio del *maximin* rappresenta un possibile strumento per definire delle priorità nell'accesso ai servizi sanitari [Elster, 1992] (1).

3. Criteri di selezione nell'accesso

Nel precedente paragrafo abbiamo sinteticamente illustrato tre differenti teorie di giustizia distributiva. Con ciò intendevamo individuare dei criteri generali da implementare in un sistema di allocazione degli organi. Al fine di completare l'analisi di cui sopra, è necessario introdurre un ulteriore concetto per definire una priorità nell'accesso agli organi: il concetto di necessità di consumo sanitario. Un primo problema che si presenta nel definire tale concetto è la possibilità di accordarci su un'univoca definizione di necessità. Per esempio Culyer e Wagstaff [1992] individuano tre differenti definizioni di necessità: (i) il livello di gravità della malattia; (ii) la capacità di beneficiare del trattamento; (iii) l'ammontare di spesa necessario per uguagliare tra i soggetti la capacità di ognuno di beneficiare del trattamento. A fronte di una scarsità di organi, il tentativo elaborato nel settore dei trapianti è stato quello di combinare tra loro il concetto di necessità — espresso in termini di urgenza e tempo di attesa nella lista (2) — con quello di efficienza e di efficacia (compatibilità genetica). Infatti, se da una parte si è tenuto conto dello stato di crescente necessità che un paziente in attesa di

trapianto registra al trascorrere del tempo, dall'altra, data la scarsità di organi, si è cercato di massimizzare la probabilità di successo del trapianto, garantendo gli organi ai soggetti con minor probabilità di rigetto dell'organo. A tal fine è stato elaborato un sistema di liste di attesa basato su punti: il tempo di attesa, la compatibilità genetica, l'analisi degli anticorpi, l'urgenza concorrono alla definizione di un punteggio necessario a determinare la priorità nell'accesso all'uso dell'organo [Yuan *et al.*, 1994; Hauptman *et al.*, 1997; Opelz, 1988].

Con riferimento al sistema a punti, un'ulteriore specificazione è necessaria: la distinzione tra trapianti salvavita e trapianti non-salvavita. Con il primo termine si fa riferimento ai trapianti per cui i pazienti in attesa di organo necessitano di un'immediata sostituzione dell'organo, pena il decesso del paziente. Esempi di questa tipologia sono rappresentati dal trapianto di cuore, di midollo, di fegato, etc. La seconda tipologia di trapianto, quelli non-salvavita, fa riferimento a soggetti per cui il tempo di attesa prima di ricevere un eventuale organo può essere anche molto lungo. Si pensi al riguardo al trapianto di rene, per cui l'attuale tecnologia sviluppata per la dialisi consente *standard* di vita sufficientemente elevati e soprattutto duraturi nel tempo per i pazienti, oppure al trapianto di cornea, nel qual caso il mancato trapianto dell'organo non pregiudica la vita del paziente. Nel caso del sistema a punti precedentemente introdotto, l'urgenza del trapianto (stiamo quindi considerando trapianti salvavita) ha generalmente carattere lessicografico, nel senso che ha priorità sulle altre caratteristiche.

Il sistema di allocazione degli organi basato sul punteggio — *point system* — non ha trovato univoca applicazione nei vari Paesi ed all'interno dei Paesi nei diversi ambiti regionali.

A questo proposito l'Italia rappresenta un esplicito esempio (si veda l'appendice). Infatti, in Italia sono operanti quattro associazioni di trapianto a cui fanno capo le varie Regioni. Senza entrare nello specifico, è sufficiente ricordare che per quanto concerne il trapianto di rene si passa dai quattro criteri che concorrono alla formazione della lista di attesa in Sardegna ai diciotto utilizzati in Piemonte. Il problema d'altro canto è ben noto anche negli Stati Uniti, dove il *United Network of Organ Sharing* (UNOS) (3), istituito nel 1986 al fine di sviluppare un sistema allocativo centralizzato, ha generato un'evidente discriminazione contro minoranze, in particolare nei confronti dei neri [Gaston *et al.*, 1993]. La polemica non ancora risolta vede un'autentica lotta per il controllo delle regole che governano il razionamento degli organi fra scuole di immunologi da una parte e di medici dall'altra [Guttmann, 1996]. Infatti, da una parte c'è chi sostiene la necessità di dare maggiore peso alla compatibilità genetica (4), dall'altra i medici sostengono la necessità di intervenire sempre e comunque al fine di tutelare la vita del paziente. Un primo tentativo di comporre questo contrasto è rappresentato dall'elaborazione di sistemi computerizzati nei quali includere elementi di natura medica, epidemiologica, oltre a criteri di equità [Yuan *et al.*, 1994]. Un secondo tentativo è quello di coinvolgere i pazienti direttamente nelle decisioni di allocazione, valorizzando l'importanza che i pazienti attribuiscono all'*output* associato con la decisione di trapianto [Ahn e Hornberger, 1996]. Per esempio soggetti che si aspettano un modesto miglioramento nella qualità della vita in seguito al trapianto di un rene, possono diventare molto selettivi nell'individuare l'organo da trapiantare.

Un problema strettamente collegato alla definizione di un sistema univoco

o meno di applicazione del metodo basato sul punteggio, è la scelta di organizzare l'allocazione di organi attraverso un sistema centralizzato o decentralizzato. Nel primo caso i criteri per la definizione di liste di attesa sono univoci, così come la raccolta di organi, anche se organizzata a livello di singole unità sub-nazionali. Nel caso, invece, di sistema decentralizzato, ogni unità sub-nazionale è autonoma nel definire i criteri di formazione delle liste di attesa e nella gestione degli organi raccolti sul proprio territorio. Come citato precedentemente, la soluzione decentralizzata caratterizza l'Italia, anche se al momento sono in atto iniziative per definire una struttura di coordinamento centralizzata. L'argomento è stato trattato in un recente contributo degli autori [Clerico e Zanola, 1998] nel quale si analizza quale dei due sistemi sia preferibile dal punto di vista del paziente. I pazienti in attesa di trapianto possono accedere ad una sola lista di attesa, così facendo si trovano ad affrontare una *trade-off* tra liste di attesa piccole e liste di attesa di grandi dimensioni — implicitamente si assume in questo caso la presenza di poche liste sul territorio nazionale, e quindi un sistema più prossimo all'accentramento — la probabilità di trovare un organo idoneo al trapianto aumenta, ma, contemporaneamente, aumenta anche il tempo di attesa a causa di un numero superiore di pazienti iscritti alla lista. Il contrario avviene nel caso di liste di piccole dimensioni. La scelta da parte del paziente del numero di liste ottimali, viene descritta attraverso un modello di competizione spaziale con possibilità di «voto con i piedi» [Tiebout, 1954]. Gli individui, caratterizzati da un costo di attesa dipendente sia dal numero di organi che dal numero di pazienti presenti nella lista, massimizzano una funzione di utilità quadratica nella di-

stanza fra le proprie caratteristiche e quelle della lista di attesa. In equilibrio non si assisterà a movimenti di pazienti tra le varie liste. La soluzione del modello è diversa a seconda delle ipotesi che regolano il numero di organi disponibili per ogni singola lista. Se il numero di organi relativo, cioè il rapporto fra numero di organi e pazienti presenti nella stessa lista, è identico tra le liste, allora si avrà un numero di liste equivalente alle tipologie di pazienti presenti nella collettività. Invece se il numero relativo di organi disponibili nelle varie liste è differente, allora il numero di liste osservate dipenderà dall'operare al margine delle due componenti di costo (numero di organi e di pazienti per lista). Analoga soluzione, infine, si avrà considerando la possibilità di distinguere tra trapianti salvavita e non-salvavita. In quest'ultimo caso, tuttavia, è necessario anche tenere conto della numerosità dei pazienti appartenenti alle due differenti tipologie.

4. Altruismo e mercato

Nell'introduzione abbiamo sottolineato che esiste un divieto legale all'esistenza di un mercato degli organi umani in tutti i paesi dell'area OCSE. Di più, per quanto è di nostra conoscenza non esistono, al momento, disposizioni di legge che consentano l'espanto degli organi in caso di decesso senza una preventiva autorizzazione del defunto o dei familiari. Ad esempio, il dibattito in corso in questi anni in Italia relativo alla possibilità di introdurre una forma di silenzio-assenso in caso di decesso, non ha ancora trovato una approvazione definitiva da parte del Parlamento (5). Il risultato dell'operare congiunto di questi due fattori ha determinato un sistema di raccolta degli organi fondato sull'altruismo.

Di fronte alla scarsità degli organi che ne consegue, è legittimo in quanto

economisti, porsi il quesito se sia possibile attuare forme alternative di reperimento degli organi umani in cui la motivazione altruistica sia sostituita o integrata da strumenti di incentivazione, ovvero dalla possibilità di essere remunerati in caso di cessione di un organo. Immaginiamo che in questo momento il lettore sia molto perplesso in merito alla precedente affermazione, ma se ha la pazienza di seguirci, forniremo in questo paragrafo sufficienti argomentazioni per suffragare quanto sopra.

L'opposizione al mercato degli organi è giustificata da motivazioni di carattere etico e/o religioso. È possibile individuare almeno tre ragioni che giustificano questa opposizione. Nel caso di esistenza di un mercato per gli organi umani, le famiglie più povere potrebbero essere costrette a vendere organi anche contravvenendo ai propri valori etico-religiosi. Inoltre vi è il rischio che i poveri abbiano un accesso limitato ai trapianti, a causa del prezzo che potrebbe rivelarsi troppo elevato per le loro disponibilità finanziarie. Infine, il mercato potrebbe creare un incentivo perverso per i medici inducendoli a ridurre l'assistenza sanitaria per i malati più gravi. Barnett *et al.* [1993] cercano di dimostrare l'infondatezza delle suddette motivazioni. Il timore di una coercizione economica sui poveri presuppone l'esistenza di un prezzo di equilibrio sul mercato sufficientemente alto, tale da indurre i poveri a cedere i propri organi sul mercato. Tuttavia, è lecito sollevare alcune perplessità circa l'effettiva realizzazione di questa previsione, dal momento che il mercato degli organi è caratterizzato da un eccesso di capacità inutilizzata dal lato della produzione di trapianti ed inoltre il costo opportunità per questi organi è molto basso (un organo infatti può essere usato solo da un soggetto bisognoso ma geneticamente compatibile). Per

quanto concerne il rischio di una possibile esclusione dei poveri da un accesso ai trapianti, si tratta di distinguere tra mercato per l'acquisto degli organi e mercato per la distribuzione degli organi. In quest'ultimo caso, il problema può essere risolto da un adeguato sistema di sussidi erogati dallo Stato a favore dei più poveri. Infine appare improbabile che i medici abbiano incentivi distorti ad interrompere prematuramente l'assistenza dei pazienti gravemente ammalati, poiché, pur prescindendo dai valori etici che ispirano le scelte mediche, i diritti di proprietà sull'organo appartengono ai familiari e non ai suddetti medici. Con riferimento all'Italia è necessario introdurre una quarta ragione, legata alla normativa oggi in vigore: poiché il corpo rappresenta un segno costitutivo della persona [Carcattera, 1983], è fatto divieto all'individuo di disporre del proprio corpo quando i relativi atti dispositivi cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica (art. 5, Codice civile), se non in casi limitati ed a titolo gratuito. Tuttavia anche in questo caso la motivazione può non essere sufficiente per quanto concerne i trapianti da cadavere a vivente, dal momento che l'inviolabilità del corpo ed il divieto di disporne non sono più elementi necessari alla vita ed all'espressione della propria personalità [Bavetta, 1997] (6). In realtà il problema inerente l'eventuale cessione a titolo oneroso di un organo prelevato da cadavere suscita alcune perplessità. È discutibile che un familiare possa vendere una parte del corpo del congiunto defunto sul quale non può vantare alcun diritto. Inoltre, è possibile che, nel caso sia prevista l'eventualità di un trasferimento oneroso, vengano meno le motivazioni di natura etica, a favore di comportamenti strumentali da parte dei familiari. Infatti, questi, pur essendo propensi per ragioni etiche ad una cessione gratuita dell'organo, potreb-

bero, altresì, essere incentivati a pretendere il pagamento di un prezzo [Muraro, 1997].

Data l'infondatezza delle tre possibili giustificazioni etiche all'opposizione di un mercato per gli organi, Barnett *et al.* individuano un'ulteriore motivazione, la sola, a loro avviso, capace di giustificare questa opposizione. I veri antagonisti del mercato sono gli ospedali ed i medici, che essendo i fornitori unici di trapianti hanno forti incentivi a sostenere un sistema altruistico. Attraverso l'utilizzo di semplici strumenti analitici, essi dimostrano che i profitti conseguiti con il sistema corrente, nonostante la scarsità degli organi che ne deriva, sono superiori a forme alternative di raccolta. La ragione di fondo della loro opposizione al mercato è dovuta al fatto che, *ceteris paribus*, l'introduzione del mercato comporterebbe un maggior costo di produzione rappresentato dal prezzo pagato per l'organo. Inoltre il prezzo, in assenza di un efficace sistema di incentivi per i bisognosi poveri, ridurrebbe la domanda di trapianti, contribuendo così ad accrescere l'incidenza dei costi fissi sui bilanci degli ospedali.

5. L'organizzazione dei trapianti

I forti interessi che guidano medici ed ospedali nell'«industria dei trapianti» risultano ancora più evidenti nell'attuale corsa al trapianto che caratterizza il mercato statunitense [Barnett e Kaserman, 1995; Possai e Goetz, 1994]. Nonostante si ritenga che soltanto un numero limitato di centri di trapianti sia in attivo, negli Stati Uniti si assiste ad una continua espansione del numero di ospedali in grado di realizzare trapianti.

La crescita eccessiva nel numero di centri determina seri problemi sia in termini di costi che di qualità dei servizi erogati. La realizzazione di un cen-

tro di trapianti comporta dei costi fissi che è necessario distribuire su un numero elevato di trapianti allo scopo di ridurre la loro incidenza. Inoltre l'aumento del numero di centri comporta costi più elevati sia per i piccoli centri di nuova formazione che per i preesistenti, che vedono ridursi il numero relativo di trapianti effettuati data la scarsità di organi. Infine si registra un sensibile aumento delle parcelle erogate ai chirurghi, poiché la concorrenza fra centri accresce la domanda dei chirurghi specializzati in trapianti. In merito va ribadito che sono elevati i costi di formazione e di apprendimento del chirurgo che può mantenere e migliorare la propria capacità solo eseguendo, su base annua, un adeguato numero di trapianti. Per quanto attiene la qualità invece, la necessità di trovare organi compatibili è positivamente correlata alla dimensione delle liste di attesa: più è elevato il numero di pazienti nella lista più è elevata la probabilità di avere un organo compatibile. È anche possibile che a fronte della crescita del numero dei centri di trapianto i centri preesistenti tentino di mantenere invariato il numero di trapianti effettuato, abbassando gli *standard* richiesti per considerare un organo ai fini del trapianto. Infine, ma non ultimo, l'esistenza di curve di apprendimento sembra favorire l'esistenza di pochi centri di consolidata fama.

Qual è allora la ragione di questa corsa ai trapianti? Ancora una volta è da ricondurre alla deliberata volontà dei responsabili della produzione (medici, centri di raccolta di organi, etc.) [Barnett e Kaserman, 1995]. Infatti, la proibizione di un sistema di mercato per gli organi determina potenziali rendite uguali al valore implicito di mercato degli organi (prezzo ombra). In sostanza il prezzo zero accresce la differenza (rendita) fra il valore dell'organo da trapiantare ed i costi effettivamente sostenuti per il trapianto. In

teoria i beneficiari di queste rendite sono da una parte i pazienti trapiantati e le assicurazioni che finanziano le spese necessarie al trapianto — che in questo modo si assicurano il pagamento di un prezzo inferiore a quello che sarebbero costrette a pagare in presenza del mercato — e dall'altra i medici, i centri di trapianto e le associazioni che regolano la raccolta di organi. Possaj e Goetz [1994], analizzando lo stesso problema, pervengono a conclusioni che pur differendo nella forma, nella sostanza anticipano l'analisi di Barnett e Kaserman. L'entrata e l'espansione in un segmento di industria caratterizzato da perdite, qual è quello dei trapianti negli Stati Uniti, è giustificato dal fatto che i trapianti d'organo possono determinare forme di sussidio incrociato attraverso l'operare di economie di scopo e di apprendimento tali da produrre profitti in altri reparti ospedalieri. In sostanza è plausibile ritenere che un centro di trapianti pur comportando delle perdite contabili possa, soprattutto se gli interventi presentano una buona percentuale di successo, accrescere sensibilmente la domanda di altri servizi su cui l'ospedale è in grado di realizzare adeguati profitti. Il centro trapianti quindi è anche uno strumento con il quale l'ospedale mira ad acquisire sul mercato la reputazione di produttore di prestazioni di buona qualità.

6. Conclusioni

Finora gli economisti hanno sostanzialmente trascurato il problema dei trapianti, nonostante le implicazioni di natura etica ed economica che avrebbero dovuto suscitare il loro interesse. Quest'articolo rappresenta un tentativo di operare una sintesi sia dei problemi connessi al mercato dei trapianti che delle possibili soluzioni, là dove esistenti. In particolare sono stati individuati tre possibili filoni di ricerca. Il

primo consiste nell'individuazione di criteri di giustizia nell'allocazione degli organi. Infatti, al fine di definire priorità di accesso all'utilizzo di una risorsa scarsa quali sono gli organi da trapiantare, è necessario fare riferimento a tre differenti obiettivi — l'efficienza, l'equità e la gravità — riconducibili a tre diverse teorie di giustizia distributiva: l'utilitarismo, l'egualitarismo e il criterio del *maximin* di Rawls.

Il successivo filone di analisi costituisce un'integrazione alla definizione di criteri di giustizia nell'allocazione di organi. Al fine di definire la priorità nell'accesso all'utilizzo di organi, infatti, è necessario focalizzare l'attenzione sul concetto di necessità, intesa in termini di urgenza e tempo di attesa nella lista, data la relazione inversa fra salute e tempo di attesa in particolare per i trapianti salvavita. La sintesi prodotta dal sistema sanitario, consistente nella combinazione tra loro di necessità ed efficienza — quest'ultima intesa in termini di compatibilità genetica — ha generato un sistema di liste di attesa basato su un punteggio assegnato a ciascun paziente. Due sono i problemi connessi con l'adozione di questo sistema: da una parte la scelta tra adozione di un criterio univoco o meno per la definizione delle liste, dall'altra la possibilità di allocare gli organi su base nazionale o a livello sub-nazionale.

Mentre i primi due filoni di analisi si riferiscono alla domanda di organi, un terzo ambito di ricerca tenta di evidenziare alcuni problemi connessi all'offerta di trapianti. In particolare questo dibattito riguarda l'analisi della corsa ad aprire nuovi centri di trapianti cui si assiste negli USA.

L'analisi che abbiamo svolto in queste pagine trae origine dall'assenza di un mercato legale per gli organi, in cui il prezzo sia in grado di equilibrare il mercato. Nell'ultimo paragrafo abbiamo evidenziato come le motivazioni etiche non sembrano sufficienti a giu-

stificare questo divieto legale al commercio di organi e, dunque, abbiamo tentato di esplorare le conseguenze che l'abbandono di questo vincolo potrebbe produrre nel mercato degli organi. Pur consapevoli del carattere teorico di queste considerazioni, riteniamo che esse possano fornire un valido punto di partenza con cui l'attuale dibattito in corso in Italia sull'adozione di norme coercitive sulla donazione di organi possa e debba confrontarsi.

(1) Sul problema dell'allocazione delle risorse e del razionamento in sanità si veda l'interessante Symposium apparso sulla rivista *Economics and Philosophy* (1998) in cui si confrontano le opinioni di un economista (Diamond) con quelle di un filosofo (Daniels).

(2) Infatti nel sistema di allocazione degli organi il tempo d'attesa è inversamente correlato allo stato di salute del paziente.

(3) Per un'esauriente rassegna sul sistema di allocazione degli organi negli Stati Uniti si veda Hauptman e O'Connors (1997).

(4) In realtà lo sviluppo di farmaci immunosoppressivi è necessariamente destinato a modificare i contenuti di questa diatriba, dal momento che la probabilità di rigetto dell'organo trapiantato tenderà a ridursi.

(5) La legge 235/57 sanciva che il prelievo da cadavere di organi era consentito solo se il soggetto avesse preventivamente autorizzato l'espianto. Le successive leggi 519/68 e 644/75, tuttavia, consideravano sempre lecito il prelievo salvo disposizione scritta contraria da parte del defunto, ma contemporaneamente ponevano maggior enfasi sulla necessità di un consenso all'espianto da parte dei congiunti dell'estinto.

(6) Nel caso di trapianti fra vivi, infatti, poiché l'inalienabilità del proprio corpo «... risale alla protezione dei diritti fondamentali della persona, ... il diritto di trasferire la titolarità a titolo oneroso sembra doversi scartare» [Bavetta, 1997].

BIBLIOGRAFIA

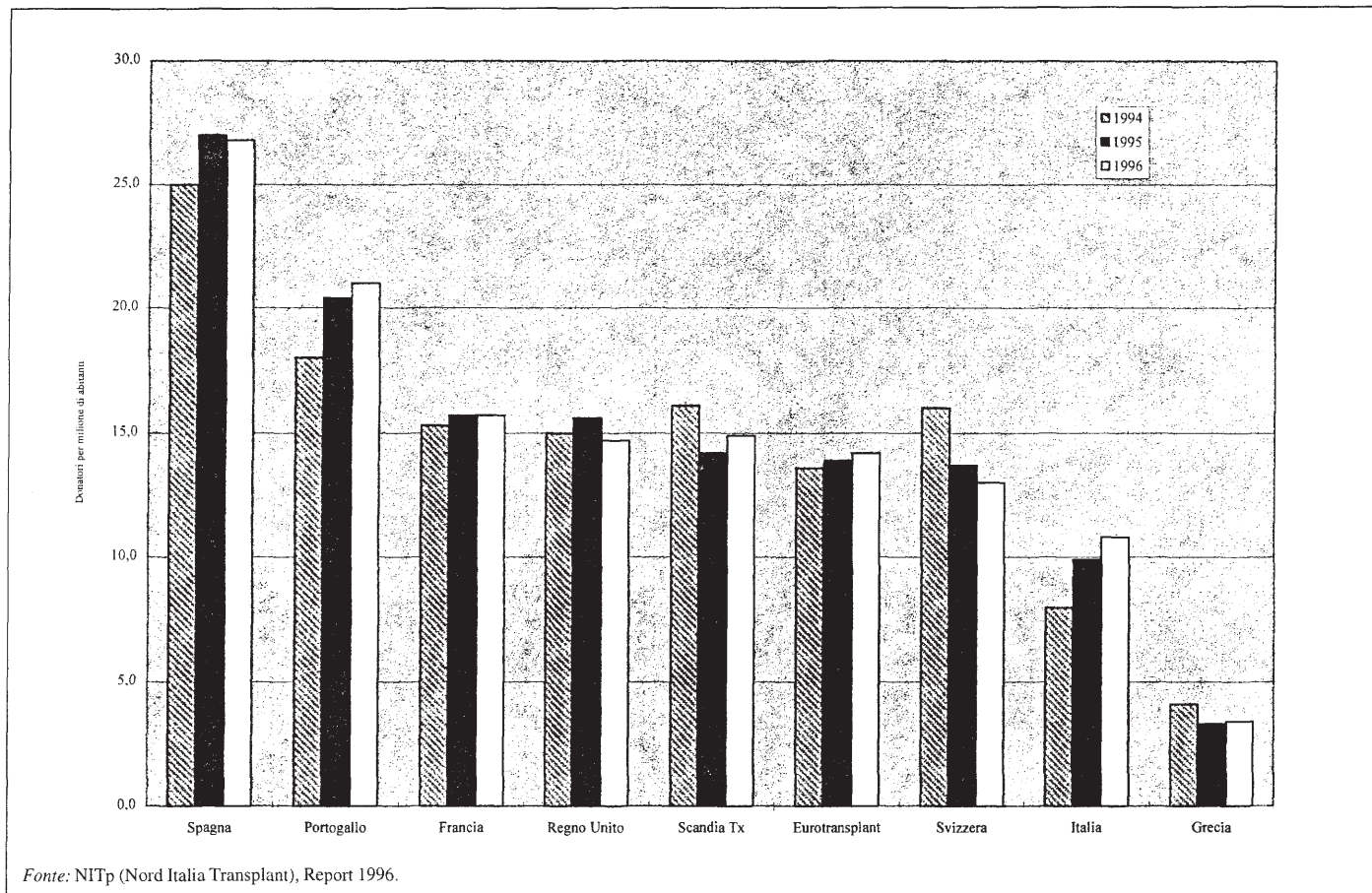
- AHN J.H. E HORNBERGER J.C. (1996), *Involving Patients in the Cadaveric Kidney Transplant Allocation Process: A Decision-theoretic Perspective*, *Management Science* 42, pagg. 629-641.
- BARNETT A.H., BEARD T.R. E CASERMAN D.L. (1993), *The Medical Communities Opposition to Organ Markets: Ethics or Economics?*, *Review of Industrial Organization* 8, pagg. 669-678.
- BARNETT A.H. E KASERMAN D.L. (1995), *The Rush to Transplant and Organ Shortage*, *Economic Inquiry* 33, pagg. 506-515.
- BAVETTA S. (1997), *Intervento pubblico e trapianti di organi a scopo terapeutico: alcune considerazioni generali*, in A. Petretto (a cura di), *Economia della salute*, Bologna, Il Mulino.
- CALABRESI G. E BOBBIT P. (1978), *Tragic Choices*, New York, Norton.
- CARCATERA (1983), *Trapianto d'organo: profili filosofico-giuridici*, in AA.VV., *Il trapianto di organi: problemi giuridici e morali*, Atti del Convegno «Diritto alla vita, diritto alla morte», Università di Roma, Tor Vergata, 4-5 maggio 1982.
- CLERICO G. E ZANOLA R. (1998), *Transplant Allocation Systems: Decentralise vs Centralised Solutions*, WP del Dipartimento di Economia, Università di Torino.
- CULYER A.J. E WAGSTAFF A. (1991), *Need, Equality e Social Justice*, CHE Discussion Paper, 90, University of York.
- CULYER A.J. E WAGSTAFF A. (1992), *Need, Equity and Equality in Health and Health Care*, CHE Discussion Paper, 95, University of York.
- CULYER A.J. E WAGSTAFF A. (1993), *Equity and Equality in Health and Health Care*, *Journal of Health Economics* 12, pagg. 431-457.
- DANIELS N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ELSTER J. (1992), *Local Justice: How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*, Russel Sage, New York.
- GASTON R.S., AYRES I., DOOLEY L.G. E DIETHELM A.G. (1993), *Racial Equity in Renal Transplantation*, *Journal of American Medical Association* 270, pagg. 1352-1356.
- GUTTMANN R.D. (1996), *Cadaver Kidneys: the Rules of Rationing*, *Lancet* 348, pagg. 456-457.
- HARSANYI J. (1975), *Can the Maximin Principle Serve as a Basis for Morality? A Critique of the Theory of John Rawls*, *American Political Science Review* 69, pagg. 594-606.
- HAUPTMAN P.J. E O'CONNOR K.J. (1997), *Procurement and Allocation of Solid Organs for Transplantation*, *The New England Journal of Medicine* 336, pagg. 422-431.
- KLEIMAN I. E LOWY F.H. (1989), *Cadaveric Organ Donation: Ethical Considerations*, *Canadian Medical Association Journal* 141, pag. 107.
- MILL J.S. (1861), *Utilitarianism*, Bobbs-Merrill, London.
- MOONEY G. E OLSEN J.A. (1991), *QALYs: Where Next?*, in: McGuir A., Fenn A.P. e Mayhew K. (eds), *Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, Oxford University Press, Oxford.
- MURARO G. (1997), *Introduzione*, in Fagioli S. (1997), *La questione dei trapianti tra etica, diritto, economia*, Milano, A. Giuffrè.
- OBERMANN K. (1997), *Some Aspects of Justice in the Allocation of Organs for Transplantation*, *Transplantation* 64, pag. 371.
- OPELZ G. (1988), *Allocation of Cadaver Kidneys for Transplantation*, *Transplantation Proceedings* 20(1), pagg. 1028-1032.
- OLSEN J.A. (1997), *Theories of Justice and Their Implications for Priorities Setting in Health Care*, *Journal of Health Economics* 16, pagg. 625-639.
- POMMERHNE W.W., HART A. E SCHNEIDER F. (1997), *Tragic Choices and Collective Decision-Making: An Empirical Study of Voter Preferences for Alternative Collective Decision-Making Mechanisms*, *Economic Journal* 107, pagg. 618-635.
- POSSAI K.W. E GOETZ M. (1994), *Scope, Learning, and Cross Subsidy: Organ Transplants in a Multi-Division Hospital*, *Sothorn Economic Journal* 60(3), pagg. 715-726.
- RAWLS J. (1971), *The Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- STARZL T.E. E FUNG J.J. (1996), *The Politics of Grafting Cadaver Kidneys*, *Lancet* 348, pagg. 454-455.
- TIEBOUT C. (1956), *A pure theory of local expenditure*, *Journal of Political Economy* 94, pagg. 416-424.
- VAN HOUT B., BONSEL G., HABBEMA D., VAN DERR MAAS P. E DE CHARRO F. (1993), *Heart Transplantation in the Netherlands; Costs, Effects and Scenarios*, *Journal of Health Economics* 12, pagg. 73-93.
- YUAN Y., GAFNI A., RUSSELL D. E LUDWIN D., (1994), *Development of a Central Matching System for the Allocation of Cadaveric Kidneys: A Simulation of Clinical Effectiveness versus Equity*, *Medical Decision Making* 14(2), pagg. 124-136.
- WAGSTAFF A. (1991), *QALYs and the Equity-Efficiency Trade-off*, *Journal of Health Economics* 10, pagg. 21-41.

APPENDICE 1 - Attività di prelievo e trapianto in Italia

Area	Anno	Donatori		Reni		Cuore		Fegato		Pancreas		Polmoni		Totale	
		N.	P.m.a.	N.	P.m.a.	N.	P.m.a.	N.	P.m.a.	N.	P.m.a.	N.	P.m.a.	N.	P.m.a.
AIRT.....	1994	139	11,6	242	22,4	55	4,6	98	8,3	0	0,0	9	0,8	404	36,1
	1995	174	14,7	299	25,3	74	6,3	148	12,5	0	0,0	9	0,8	530	44,9
	1996	190	16,1	319	27,0	69	5,8	155	13,1	2	0,2	12	1,0	557	47,1
NITp.....	1994	215	11,9	416	23,2	199	11,0	172	9,5	22	1,2	19	1,0	828	46,2
	1995	281	15,6	541	30,2	255	14,2	193	10,8	20	1,1	25	1,4	1034	57,7
	1996	290	16,2	536	29,9	207	11,5	191	10,6	26	1,4	32	1,8	992	55,3
Centro-Sud.....	1994	85	3,3	169	6,4	50	1,9	26	1,0	3	0,1	3	0,1	251	9,6
	1995	104	4,0	203	7,7	61	2,3	62	2,4	0	0,0	5	0,2	331	12,6
	1996	134	5,1	266	10,1	72	2,7	80	3,0	0	0,0	11	0,4	429	16,3
Italia.....	1994	439	7,8	827	14,7	304	5,4	296	5,2	25	0,4	31	0,5	1483	26,5
	1995	559	10,0	1043	18,6	390	7,0	403	7,2	20	0,3	39	0,7	1895	33,8
	1996	614	11,0	1121	20,0	348	6,2	426	7,6	28	0,5	55	1,0	1978	35,2

Fonte: NITp (Nord Italia Transplant), Report 1996.

APPENDICE 2 - Attività di prelievo in Europa



Fonte: NITp (Nord Italia Transplant), Report 1996.

IL RUOLO DEL TERZO SETTORE NELL'OFFERTA DI SERVIZI SOCIO-SANITARI E ASSISTENZIALI. IL CASO LOMBARDO

di Attilio Gugiatti

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano. Economia e Politica Sanitaria, Università degli Studi di Pavia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Alcune definizioni - 3. La ricerca Ce.R.G.A.S. - 4. Le associazioni solidali - 5. Le cooperative sociali caring - 6. Alcune conclusioni sulle cooperative sociali caring lombarde - 7. Considerazioni conclusive.

The knowledge about main characteristics of non-profit organisations (NPOs) is essential in order to define programs of reform of welfare state based on a growing involvement of NPOs in public services. The aim of this work is basically to give information about NPOs activities in health and assistance sectors. We analysed 731 NPOs operating in Regione Lombardia (voluntary organisations and cooperative societies) especially with regard to their relations with local health units (ASL), trusts (Aziende Ospedaliere) and public system of assistance for elderly and disabled people, alcohol and drug consumers. These organisations support public services either with actions in defence of weaklings' interests and rights or with their own services for patients and people living in want and privation. In particular, NPOs manage home care services, institutes for disabled people, drug consumers, not self-sufficient elders and have an essential role in organising blood and organs donors. We pointed out a growing interest in involving these organisations in planning and defining health and assistance services. Among the weakness of NPOs activities we quoted the issue of Quality assurance and certification for their services, the low level of managerial training, the frequent dependence on public support in adopting innovations.

1. Introduzione

Nell'ambito del dibattito sulla riforma del sistema di *welfare* del nostro paese, sempre più spesso si sottolinea l'importanza di interventi capaci di stimolare una crescita economica equilibrata e rispettosa dei valori fondanti della comunità e che siano, nello stesso tempo, adeguati nelle risposte ai molteplici bisogni dei cittadini ed alle loro aspettative in termini di qualità della vita (1). In particolare, da più parti è valutato positivamente il contributo che l'economia civile o solidale può dare, sia alle iniziative di riforma dei sistemi di *welfare*, sia allo sviluppo economico nel suo complesso a fianco del settore pubblico e dell'economia di mercato (2). I servizi prodotti ed erogati dalle aziende *non profit* sono, in primo luogo, attività che promuovono lo sviluppo dell'individuo e

migliorano la qualità della vita quotidiana. Richiedendo la presenza simultanea del prestatore e del beneficiario in uno stesso luogo, questi servizi si configurano come interventi strettamente legati al territorio. Inoltre, tali attività, si caratterizzano per essere *labour intensive*, con bassi incrementi di produttività e ad alto contenuto qualitativo (3).

La conoscenza delle caratteristiche quantitative e qualitative dell'economia civile nelle sue molteplici ed estremamente differenziate attività è nel nostro paese ancora molto lacunosa, nonostante che negli ultimi anni sono state promosse ricerche ed indagini su questo settore (4).

Il presente lavoro si colloca fra le iniziative che intendono fornire alcuni ulteriori elementi di conoscenza delle imprese solidali. In particolare l'attenzione è posta su quelle organizzazioni

del Terzo settore (associazioni solidali e cooperative sociali) impegnate nel settore socio-sanitario. Punto di partenza di questo studio è la ricerca effettuata dal CeRGAS nel 1997-1998 per conto della Regione Lombardia (5). In particolare, l'attenzione si focalizzerà su tre aspetti:

- 1) la definizione di un quadro delle imprese solidali operanti in Lombardia nel settore socio-sanitario;
- 2) le caratteristiche delle relazioni tra le imprese solidali e le amministrazioni pubbliche;
- 3) l'analisi delle esigenze e delle aspettative di queste imprese solidali,

L'autore desidera ringraziare Anna Merlo, Giorgia Maioli e il prof. Giorgio Fiorentini del gruppo di ricerca sulle aziende *non profit* del CeRGAS Bocconi per i contributi e le osservazioni.

in funzione dell'obiettivo di favorire il consolidamento e lo sviluppo delle loro attività (6).

Questi tre differenti momenti non si possono scindere dal momento della valutazione delle differenti modalità di relazione delle aziende *non profit* con le Amministrazioni pubbliche. Relazioni che per alcune tipologie di imprese solidali sono basate soprattutto sui momenti economico-contrattuali conseguenti ai crescenti livelli di esternalizzazione di servizi da parte del settore pubblico, mentre per altre organizzazioni sono meno strutturate, più spostate sul versante istituzionale.

L'universo di riferimento dell'economia civile lombarda che è stato indagato è quello formato dalle associazioni solidali e dalle cooperative sociali. Per queste imprese solidali si può affermare che anche in Lombardia lo sviluppo quantitativo e qualitativo sia un fenomeno relativamente recente. L'espansione del numero e delle attività di queste aziende è avvenuto negli ultimi anni (in particolare per le cooperative sociali), mentre in altri casi gli anni '90 hanno visto o un consolidamento delle attività di organizzazioni «storiche» o importanti cambiamenti per molte organizzazioni rispetto ai settori di intervento originari. Si tratta, come si avrà modo di valutare, di un universo molto variegato in cui, accanto ad organizzazioni radicate sul territorio e con una ricca storia di attività e di relazioni, coesistono organizzazioni nuove o nuovissime, con problemi di sviluppo peculiari ed una forte caratterizzazione in attività specifiche. La crescita del ruolo del terzo settore in Lombardia nell'offerta di servizi socio-sanitari, come in altri ambiti, può essere valutata attraverso uno schema interpretativo caratterizzato da:

— un crescente coinvolgimento delle imprese solidali l'analisi nella definizione, progettazione, imple-

mentazione degli interventi superando una logica di semplice gestione di servizi;

— una crescente attenzione in questi ultimi anni in sede legislativa nazionale e regionale alle esigenze di regolamentazione del settore. Attraverso una serie di passaggi che sono andati dalla legge che disciplina la cooperazione sociale a quella sulle organizzazioni di volontariato, dalle relative leggi regionali alla Legge Amato sulle fondazioni bancarie, si è arrivati anche ad una disciplina fiscale unitaria sulle ONLUS;

— un aumento dei livelli di delega di funzioni da parte degli Enti locali e delle Aziende sanitarie verso il terzo settore. I continui richiami al principio di sussidiarietà prefigura scenari di maggior responsabilizzazione delle Amministrazioni pubbliche nella produzione di servizi che siano qualitativamente e quantitativamente rispondenti alle attese ed ai bisogni dei cittadini e che, nello stesso tempo, permettano di mantenere un corretto equilibrio economico di gestione. Le aziende *non profit* sono in grado, per esperienza, motivazioni delle persone coinvolte, caratteristiche della gestione, di offrire una valida alternativa, non solo alla produzione «in economia» da parte del pubblico, ma anche agli interventi del privato «for profit»;

— le proposte di ridisegno del sistema di *welfare* (7) che in un contesto di integrazione europea sono chiamate ad affrontare le anomalie della spesa sociale italiana da sempre fortemente sbilanciata sul versante dell'integrazione del reddito e della monetizzazione del bisogno di assistenza a discapito dell'offerta di servizi specifici per le varie aree di disagio (portatori di *handicap*, anziani, invalidi, specifiche categorie di malati, famiglie in difficoltà). Passare dai trasferimenti ai servizi implica a parità di condizioni, non solo un utilizzo più efficiente ed effi-

cace delle risorse, ma anche un incremento delle opportunità di intervento per il terzo settore;

— il processo di integrazione fra i paesi europei e la costruzione dell'Unione Europea rappresenta, infine, un'importante opportunità per avvicinare le legislazioni, i comportamenti dei consumatori, delle imprese, delle Amministrazioni pubbliche anche riguardo al terzo settore.

In un contesto orientato al cambiamento delle logiche e delle finalità dell'intervento pubblico gli ambiti di azione delle Amministrazioni pubbliche si devono concentrare sugli elementi di debolezza del sistema *non profit*. Ci riferiamo in questa sede a due filoni di intervento:

— l'area del sostegno finanziario allo sviluppo ed all'innovazione tecnologica. Il tema dell'appropriazione di tecnologia da parte delle aziende *non profit* rappresenta un punto critico per molte imprese solidali (es. le cooperative sociali) a causa non solo delle grandezze finanziarie coinvolte, ma soprattutto per limiti di carattere gestionale che rimandano al prevalere di concezioni del volontariato e dell'associazionismo solidale poco aperte alle innovazioni. Destinate ad operare in un mercato sempre più aperto ad altre imprese *for profit* e influenzato dalla continua evoluzione della domanda dei cittadini e delle Amministrazioni pubbliche, le aziende *non profit* esprimono una forte esigenza di forme di sostegno in merito ai processi di innovazione, non solo per gli aspetti di carattere finanziario. Basti considerare i crescenti livelli di professionalità e contenuto tecnologico richiesti negli interventi socio-sanitari, assistenziali e educativi che impongono forti innovazioni nei settori dell'informatica e nell'insieme dei servizi sanitari;

— l'area della valutazione/certificazione della qualità dei servizi alla persona (dall'assistenza domiciliare

alle attività dei centri diurni per adolescenti, dall'assistenza a pazienti terminali alla gestione di servizi socio-sanitari). In tutti questi servizi il momento della verifica della qualità del servizio e, quindi, la certificazione della qualità complessiva dell'attività delle imprese solidali assume aspetti di assoluta rilevanza, soprattutto in relazione alle procedure concorsuali di scelta del contraente in gare per convenzioni.

2. Alcune definizioni

Le istituzioni senza fine di lucro (o in termine generale imprese solidali e, in logica economico aziendale, come aziende senza fine di lucro o «aziende *non profit*») sono intese come l'ordine economico degli istituti economico-organizzazioni senza fine di lucro e come sistema di operazioni finalizzate alle attività e guidate da criteri economici e metaeconomici integrati e coordinati fra loro (8).

Questi criteri sono finalizzati agli obiettivi dell'istituto economico-organizzazione senza fine di lucro in logica di solidarietà, ove questa è intesa come legame che unisce più persone (all'interno o con l'esterno dell'organizzazione), esprimendo una concordanza di azioni orientate, ma non necessariamente, dalle stesse idee o aspirazioni.

Gli obiettivi di questi istituti sono quelli di sostenere le persone stesse o altre persone, attraverso l'accadimento di situazioni, il raggiungimento di risultati, la realizzazione di opere che sono destinatarie e segno della solidarietà morale, economica, giuridica in logica di mutualità e cooperazione, di funzione sociale.

Le imprese solidali si richiamano ad una solidarietà strutturale, politica (si veda la Costituzione italiana agli artt. 2 e 3), organizzativa tale da far convergere verso obiettivi di bene co-

mune/collettivo tramite anche la solidarietà aziendale che è un valore non solo di etica e di morale, ma anche di cultura aziendale.

Quindi, solidarietà intesa non solo come difesa dei poveri e dei deboli, spesso assunta solo da pochi e spesso in modo solo volontaristico, ma come solidarietà diffusa nella società strutturata e articolata nel suo agire economico.

Il terzo sistema ha una forte connotazione solidaristica e le organizzazioni *non profit* che in esso agiscono sono correlate alla solidarietà (9): attiva (perché è connessa alla propensione del dare e donare nei confronti dei fruitori dei servizi di solidarietà erogati dall'istituzione solidale); passiva (perché connessa alla capacità di attrarre finanziamenti etici e donazioni di terzi nei confronti dell'istituzione di solidarietà).

Le imprese solidali rispondono alla domanda sociale di beni e servizi integrandosi in modo succedaneo o sussidiario con l'attività dell'amministrazione pubblica e delle aziende *profit* e si pongono in un sistema paese ove i bisogni della popolazione sono soddisfatti dalla implementazione di funzioni durature ed imprescindibili. In questa chiave di lettura ancor più le imprese solidali non sono più residuali, ma parte integrante e necessaria della capacità di servizio del sistema paese.

3. La ricerca Ce.R.G.A.S.

L'obiettivo della ricerca è stato quindi quello di stabilire i legami esistenti tra aziende *non profit* e occupazione, con un generale intento di comprendere come si configuri l'economia solidale in Lombardia attualmente, e valutare i possibili scenari futuri, avendo cura di prospettare linee di intervento capaci di sostenere uno sviluppo che sia, quanto più possibile, ri-

spondente ai bisogni finali della popolazione e che, a tal fine, favorisca le singole aziende nel perseguimento della propria *mission*.

Per l'individuazione delle organizzazioni (10) a cui sottoporre un dettagliato questionario i ricercatori del CeRGAS per le *non profit* hanno fatto riferimento, in particolare, a:

— le organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale; esse sono regolate dalla legge-quadro n. 266 del 1991 recepita dalla legge regionale n. 22 del 1993; si configurano come aziende senza fini di lucro, con cariche elettive e vita democratica, ed in cui i volontari svolgono un ruolo «determinante e prevalente»;

— le associazioni solidali. Per esse si è fatto riferimento alle finalità e agli ambiti d'intervento indicati dalla legge regionale n. 28 del 1996 (11). Non risultando iscritte ad alcun registro per la loro individuazione si sono utilizzati vari indirizzi soprattutto a carattere provinciale;

— le cooperative sociali disciplinate dalla legge n. 381 del 1991 resa attuativa dalla legge regionale n. 16 del 1993, ed iscritte al febbraio 1997 all'Albo regionale.

Nel presente lavoro si riportano i principali risultati relativi alle organizzazioni del terzo settore attive nel campo degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali (associazioni solidali e cooperative sociali di tipo A o *caring*).

All'interno delle imprese solidali rispondenti (oltre 2000), abbiamo quindi isolato quelle organizzazioni impegnate nel settore socio-sanitario ed assistenziale arrivando così ad un numero di 731 unità, di cui 622 associazioni e 109 cooperative di tipo A secondo la legge 381/91 e la L.R. 16/93 della Regione Lombardia (le cosiddette cooperative «*caring*») (12). Il campione di organizzazioni oggetto del presente lavoro comprende quindi

circa un terzo delle cooperative sociali di tipo A iscritte all'albo regionale e oltre il 25% delle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale. Queste significative percentuali, nonché le verifiche effettuate in sede di elaborazione statistica tra le caratteristiche del campione e quelle dell'universo di indagine (13) consentono di attribuire una sufficiente significatività statistica all'analisi svolta.

Le associazioni solidali impegnate nel socio-sanitario sono soprattutto dedite ad attività di supporto agli interventi delle Aziende sanitarie e degli Enti locali, di informazione e tutela dei diritti. Nel caso di organizzazioni come le AVIS e le croci di pronto intervento/soccorso, solo per citare le più numerose, le collaborazioni con le Amministrazioni pubbliche assumono caratteristiche di vera e propria erogazione di servizi avente natura pubblica, non solo meritoria. Le cooperative sociali di tipo A o *caring* sono invece imprese a tutti gli effetti aventi obiettivi di interesse generale perseguiti attraverso la gestione di una varietà di servizi che fanno comunque riferimento al settore socio-sanitario ed assistenziale. Di seguito si sono sintetizzati gli aspetti qualificanti queste due tipologie di organizzazioni nella realtà lombarda.

4. Le associazioni solidali

La crescita del numero e degli interventi dell'associazionismo risponde anche nel nostro paese ad una domanda sociale emergente caratterizzata dal fenomeno delle pluriappartenenze dei singoli a differenti gruppi e istituzioni (14). All'interno dell'associazionismo le organizzazioni che intervengono nel settore socio-sanitario e assistenziale rivolgono i loro servizi sia all'insieme della popolazione (es. donatori di sangue e di organi) sia alle categorie «deboli» (malati, anziani,

portatori di *handicap*, persone in condizioni di disagio fisico o psichico) che rischiano di essere escluse o, comunque, di non essere pienamente integrate nelle diverse comunità di appartenenza.

Elemento estremamente importante è che gli interventi di queste associazioni superano gli effetti delle asimmetrie informative poiché non vi sono finalità lucrative, che potrebbero incentivare comportamenti opportunistici, e soprattutto per la presenza di una pluralità di soggetti (volontari, finanziatori, associati, istituzioni collegate) che interagiscono con l'associazione e verificano nel tempo l'efficacia degli interventi.

Per coprire i costi di produzione dei servizi le associazioni ricorrono a fonti di finanziamento differenziate: il pagamento marginale o simbolico da parte dell'utenza, le entrate da convenzioni con la Pubblica amministrazione, il tesseramento, le sponsorizzazioni, le donazioni, e soprattutto il lavoro volontario.

Nel caso delle associazioni che operano nel settore socio-sanitario in Lombardia si sono analizzate le risposte di 622 organizzazioni. La componente più numerosa fra queste associazioni spetta ai gruppi AVIS distribuiti capillarmente sul territorio regionale (237 organizzazioni locali e provinciali censite), seguiti dai gruppi AIDO (55 associazioni), dalle diverse croci di pronto intervento/soccorso (30 unità), da 12 gruppi AVO e 8

AVULSS. Le rimanenti organizzazioni fanno riferimento o a iniziative specifiche molto legate al territorio, oppure rappresentano istanze di tutela di diritti o forme associative di specifiche categorie di malati (AIL, ANDOS, ADMO, AIAS, e così via). I dati più significativi relativi a queste associazioni sono riportati di seguito.

Il numero di associazioni è cresciuto fortemente nel corso degli anni '80, raggiungendo la massima espansione nel primo quinquennio degli anni '90. Esse si distribuiscono variamente su tutto il territorio regionale, concentrandosi in modo differente nelle diverse provincie con una forte relazione rispetto al numero di abitanti. L'indagine evidenzia un associazionismo ben radicato su tutto il territorio e diffuso capillarmente in relazione alla popolazione residente, testimoniando il legame forte che esiste tra le associazioni e le comunità all'interno delle quali esse sorgono.

Per quanto riguarda i rapporti regolati in forma contrattuale, tramite convenzione e appalto per la gestione di servizi con la Pubblica amministrazione, la maggior parte delle associazioni rispondenti (357 su 622) dichiara di aver intrattenuto nel biennio 1996-1997 modalità di collaborazione di questo tipo. In particolare, 276 associazioni (cfr. tabella 1) hanno gestito servizi in convenzione con un unico interlocutore, direttamente o attraverso coordinamenti provinciali (15), mentre 81 hanno avuto convenzioni

Tabella 1 - Relazioni contrattuali esistenti nel biennio 1996-1997 con le Amministrazioni pubbliche

	N. associazioni con un solo interlocutore
Enti locali	54
ASL/ospedali.....	212
Case di riposo/case di cura	8
Altri enti pubblici	2
Totale.....	276

con più Amministrazioni pubbliche. Interlocutori nella gestione di servizi con le ASL e le Aziende ospedaliere sono soprattutto le AVIS locali (175 associazioni coinvolte), le croci di pronto intervento e le associazioni di volontariato ospedaliero AVO e AVULSS. Per quanto riguarda gli enti locali e le case di riposo i rapporti convenzionali hanno natura più differenziata e gli interlocutori del Terzo settore sono meno strutturali dal punto di vista organizzativo è più legati a bisogni e istanze specifiche.

Questi dati sui rapporti di convenzione in essere indicano l'esistenza di specifici e definiti ambiti di intervento in cui le Amministrazioni pubbliche non producono direttamente servizi alla persona e alla collettività, ma chiamano le organizzazioni *non-profit* ad un intervento di erogazione faccenda evolvere il loro ruolo tradizionale di tutela di diritti e di interessi specifici. Da un punto di vista sistemico, si può cogliere in questi processi una spinta verso logiche organizzative e gestionali in cui le Amministrazioni pubbliche si concentrano sul proprio ruolo di regolazione e promozione di opportunità, limitando la loro attività di produttore e erogatore diretto.

La presenza di un significativo numero di associazioni che eroga servizi in convenzione con gli enti locali evidenzia, d'altra parte, il carattere di prossimità dei servizi erogati. Si tratta, infatti, di servizi alla persona e sociali ad alto contenuto immateriale e relazionale, che richiedono la presenza simultanea del prestatore e del beneficiario in uno stesso luogo, in un territorio definito e circoscritto.

Le aree di intervento (cfr. tabella 2) dell'associazionismo solidali indagato sono quelle del socio-sanitario, e soprattutto del socio-sanitario integrato da altri settori di intervento. L'area socio-sanitaria include un insieme di attività variegato, quali la cura degli

ammalati, le donazioni di sangue e di organi, la prevenzione e l'educazione sanitaria, alcuni servizi domiciliari e consultoriali, la promozione e tutela degli interventi relativi a malattie particolari (tumori, AIDS, sclerosi multipla, donne operate al seno), l'intervento di pronto soccorso nel caso dei servizi di ambulanza e pronto intervento sanitario.

Il settore socio-assistenziale riguarda le attività di sostegno a soggetti deboli, svantaggiati, disadattati, esclusi (si pensi ai minori, agli anziani, agli handicappati, ai malati e agli immigrati ...), e l'aiuto all'esercizio reale dei loro diritti.

In generale le aree di intervento del fenomeno associazionistico sono ampie e diversificate. Si registra il fenomeno della plurisetorialità e le imprese solidali paiono multi-servizi, segmentate rispetto agli ambiti delle attività e ai progetti.

Fra le 622 organizzazioni rispondenti, la netta maggioranza (392) offre i propri servizi ad un'utenza indifferenziata (es. donazioni di sangue o organi a tutti coloro che ne possono aver bisogno, trasporto in ospedale a tutti coloro avessero questa necessità), mentre in 128 casi l'utenza appartiene esclusivamente a categorie specifiche. Per le rimanenti organizzazioni l'utenza è in parte indifferenziata ed in parte formata da specifiche tipologie di utenti.

In generale, il ventaglio delle aree di intervento e dei servizi offerti è talmente differenziato che l'associazionismo lombardo mostra di essere un settore di produzione in grado di soddisfare esigenze sia dell'intera popolazione, sia di particolari categorie

della stessa, spesso escluse o comunque meno riconosciute, in qualità di consumatori, da altri tipi di aziende *for profit* o pubbliche.

È evidente la difficoltà che si incontra nel registrare l'utenza, soprattutto quando si tratta di beni pubblici, non rivali e non escludibili nel consumo, che quindi hanno ricadute su un numero non bene identificabile di individui (si pensi alla prevenzione o all'educazione sanitaria); difficile è anche stabilire il numero di utenti nel caso di beni e servizi che non richiedono un'erogazione in serie, ma che possono essere consumati più di una volta (così per le associazioni che raccolgono il sangue per le trasfusioni). Un altro problema è legato al fatto che nella maggioranza dei casi la domanda associativa non è una domanda pagante, e che il lavoro è in gran parte svolto da volontari, elementi questi che rendono più difficile le capacità di controllo e rilevazione sul numero effettivo dei fruitori dei servizi.

Per quanto riguarda le particolari categorie di utenti oggetto di interventi specifici o in parte specifici è interessante notare come si tratti quasi esclusivamente di gruppi deboli. Nella relativa tabella 3 non abbiamo, inoltre, considerato l'utenza specifica di organizzazioni come le AVIS e le croci di pronto intervento alla voce «malati in genere» quando queste associazioni non avevano fornito dati sul numero di persone effettivamente oggetto dei loro servizi nella categoria più appropriata di utenza indifferenziata (es. numero trasfusioni o pazienti trasportati in ambulanza).

Questi utenti possiedono una duplice connotazione: da una parte (malati

Tabella 2 - Aree di intervento. Distribuzione delle associazioni solidali

Socio-sanitario.....	221
Socio-sanitario e altri settori di intervento (socio-assistenziale, educazione, formazione, diritti civili, solidarietà internazionale, protezione civile, ecc.)	401
Totale	622

Tabella 3 - Tipologia di utenza specifica e numero di utenti

	Totale utenti	Utenti di associazioni senza forma di convenzionamento con le AA.PP.
Handicappati	6.118	1.192
Malati terminali/AIDS	3.208	391
Malati psichici	2.063	1.105
Malati in genere	52.467	21.856
Anziani autosufficienti	17.151	6.861
Anziani non autosufficienti	9.144	6.732
Minori e adolescenti	9.844	1.763
Tossicodipendenti	1.281	169
Alcolisti	810	153
Famiglie in difficoltà	2.007	697
Poveri ed emarginati	3.402	1.683
Stranieri ed immigrati	4.224	3.237
Nomadi e profughi	365	60
Carcerati, ex carcerati e loro famiglie	514	239
Prostitute/i	38	0
Altro *	67.159	56.059

* In gran parte donne operate al seno, invalidi del lavoro, persone in attesa di trapianto, pazienti stomizzati, diabetici, cardiopatici o colpiti da patologie rare.

in genere, utenza indifferenziata, anziani), si tratta di persone «esterne» alle associazioni, dall'altra, per le altre categorie sono persone inserite a vario titolo (associati, volontari, familiari di malati) nel mondo dell'associazionismo a cui le organizzazioni forniscono soprattutto servizi di tutela dei diritti e di rappresentanza. Le associazioni senza forme di convenzionamento con le Amministrazioni pubbliche rivolgono i loro servizi prevalentemente ai propri associati o ai loro familiari. Queste organizzazioni risultano particolarmente attive nei settori degli anziani e del disagio sociale (stranieri, carcerati, poveri, malati psichici), fornendo servizi di tutela e interventi diretti che si affiancano all'attività del pubblico, oppure coprono un vuoto di iniziative del pubblico stesso. Le organizzazioni convenzionate con le Amministrazioni pubbliche appaiono, invece, sostituire nella gestione di specifici servizi il pubblico, in particolare, in aree molto delicate come le tossicodipendenze, l'alcolismo, l'assistenza a malati termi-

nali e i servizi socio-assistenziali a minori ed adolescenti.

Il numero di utenti dei servizi è cresciuto negli ultimi 2 anni per il 52% delle associazioni, mentre è diminuito solo per il 4%. L'utenza è rimasta sostanzialmente invariata nel 17% dei casi, mentre non è possibile definire una tendenza univoca per il rimanente 26% delle associazioni.

Per comprendere quali siano le prospettive di crescita del fenomeno associazionistico, è stato richiesto alle organizzazioni di indicare le variazioni previste nella domanda dei propri servizi per il biennio 1997-1998. In questo caso una crescita è prevista dal 61% delle associazioni con utenza indifferenziata. Per quanto riguarda le

categorie specifiche si è notato un forte accento sulla crescita degli utenti classificabili come anziani non autosufficienti (prevede una crescita il 70% delle associazioni che si occupano di questa categoria di utenti), anziani autosufficienti (63%), handicappati (56%) e malati terminali/AIDS (55%).

Si prefigurano, quindi, notevoli possibilità di sviluppo dell'associazionismo per aree di intervento e per prodotto erogato, ed un più proficuo ruolo delle sue agenzie di produzione disseminate in modo capillare sul territorio sia come interpreti di una pluralità di bisogni spesso inevasi (domanda di tutela e rappresentanza), sia come erogatrici di servizi anche al di là o al di fuori da rapporti convenzionali con le Amministrazioni pubbliche.

Il numero di aziende rispondenti alla domanda su quale sia l'area territoriale in cui, per la maggiore parte, sono realizzati gli interventi è stato pari a 587 unità con 35 non risposte (tabella 4).

Per oltre la metà delle associazioni, 309 su 587, il principale ambito di operatività è quello comunale. In generale, si rileva che sia più facile mobilitare risorse, attivare processi e comportamenti solidali, trovare risposte adeguate ai bisogni degli individui e della comunità nel suo complesso, intervenendo a livello di comunità circoscritte.

Le associazioni che hanno indicato il totale delle entrate, registrate nel 1996, sono state 597, per un ammontare complessivo di 89.132 milioni, cor-

Tabella 4 - Aree territoriali di attività

Comunale	309
Intercomunale	148
Provinciale	77
Interprovinciale	16
Regionale	36
Nazionale e sovranazionale	31

rispondente in media a 163 milioni per azienda.

La piccola dimensione caratterizza, infatti, la generalità del fenomeno associazionistico nel settore socio-sanitario in cui, ricordiamo, il volontariato e le risorse che esso è in grado di mobilitare, economiche e non, rappresentano l'elemento essenziale all'interno delle aziende.

L'analisi dei dati, in particolare, indica che sono 189 le associazioni con risorse finanziarie annue inferiori a 10 milioni, che corrispondono ad un valore complessivo delle entrate di 995 milioni, mentre sono 14 le associazioni con oltre 1 miliardo annuo di entrate con un valore complessivo delle entrate di oltre 53 miliardi.

Comprendere quale sia il modo in cui le associazioni si finanziano risulta particolarmente importante per fare luce sulla loro specificità di essere aziende e consente, inoltre, di verificare, l'entità ed in alcuni casi la natura, dei rapporti intrattenuti con i differenti interlocutori.

Alla domanda su quali siano state, in percentuale, le fonti di finanziamento nel 1996 hanno risposto 580 associazioni (tabella 5). Poiché la composizione delle entrate, per alcune voci, si differenzia a seconda delle dimensioni del bilancio, occorre tenere presente, quando si considerano i valori medi, l'influenza dei dati relativi al migliaio di associazioni con entrate inferiori ai 100 milioni.

La quota principale dei finanziamenti risulta essere quella pubblica. In particolare le associazioni dichiarano, mediamente, che i finanziamenti, derivanti dalla stipula di contratti e convenzioni per la fornitura di beni e di servizi all'utenza, corrisponderebbero al 19,4% delle loro entrate mentre, quelli relativi a contribuzioni finalizzate al sostegno di attività e progetti, rappresentano il 13,9%.

L'elevato numero ed il contenuto, prevalentemente di tipo operativo ma non solo, dei rapporti in atto con la Pubblica amministrazione sono indicativi della comune finalità di perseguire l'interesse generale della comunità di appartenenza. La collaborazione pare volta a promuovere la ricerca di un nuovo equilibrio tra universalismo a selettività delle politiche sanitarie e socio-sanitarie, che sia capace di rispondere alle molteplici esigenze ed ai differenti livelli di bisogni in una società, come quella post-industriale, che diventa sempre più complessa e che difficilmente può ritenersi in ogni caso segmentabile per tipologie di utenza predefinite.

Un maggior coinvolgimento delle organizzazioni *non profit* nella gestione dei servizi da parte della Pubblica amministrazione implica l'esigenza di selezionare tra le diverse aziende quelle che maggiormente sono in grado di rispondere alle esigenze della popolazione, garantendo un'efficiente gestione delle risorse e l'efficacia dei risultati.

Occorre considerare inoltre che, nel caso di servizi sostenuti economicamente dalla Pubblica amministrazione, la domanda multidimensionale di bisogni di utilità sociale da parte dei cittadini, deve essere oggetto di un'analisi approfondita al fine di identificare quali siano le priorità da soddisfare, poiché esse mutano nel tempo e nelle differenti comunità. Si richiede,

quindi, un processo di valutazione e negoziazione che sia condiviso dalla popolazione di riferimento. Le associazioni possono intervenire, in questo senso, nella misura in cui contribuiscono a rendere manifesto il consenso sociale rispetto alle cause sulle quali sono focalizzate le *mission* associative.

Dall'analisi delle fonti di finanziamento delle associazioni si rileva l'importanza del ruolo sostenuto dalla Pubblica amministrazione, soprattutto come terzo pagante di beni e servizi di *welfare* a fronte della stipula di convenzioni.

Complessivamente il quadro che emerge è, in ogni caso, di un associazionismo dinamico e in espansione. In ultimo osserviamo come la normativa contenuta nella disciplina vista fiscale le ONLUS, organizzazioni non lucrative di utilità sociale sia ritenuta, dal maggiore numero di aziende, un elemento molto importante per favorire la crescita dell'associazionismo.

5. Le cooperative sociali *caring*

Sono trascorsi ormai quasi sette anni dall'approvazione della L. 381/91 sulla «Disciplina delle cooperative sociali», un lasso di tempo che consente di valutare con attenzione lo sviluppo di questo istituto che disciplina l'intervento delle imprese del terzo settore nella gestione dei servizi sociali e nelle iniziative finalizzate

Tabella 5 - Fonti di finanziamento: importanza percentuale

Contratti e convenzioni con Enti locali/USSL/ospedali/case di riposo.....	19.4
Contributi di enti pubblici.....	13.9
Contributi dell'Unione Europea e di organizzazioni internazionali	0.2
Contributi/sponsorizzazioni di imprese private.....	6.4
Donazioni private e lasciti testamentari.....	9.7
Quote associative e autofinanziamento	24.6
Attività di raccolta fondi e commerciali marginali	10.4
Quote di partecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti	3.9
Gestione patrimoniale (affitti, interessi, canoni...)	1.7
Totale.....	100.0

all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (16). In questo periodo temporale il quadro della cooperazione sociale lombarda, sia in termini di aumento del numero delle organizzazioni che si rifanno a questo modello di imprenditoria civile e solidale, sia relativamente all'espansione delle aree di attività delle aziende stesse, ha subito una sensibile evoluzione (17). In questo scenario di cambiamento importante è stato l'impulso dato dagli Enti locali e dalle politiche regionali allo sviluppo delle ragioni e dei valori fondanti della cooperazione sociale (18). In un momento in cui le risorse economiche destinate dal settore pubblico all'area della qualità della vita e della tutela della salute (sanità, servizi socio-sanitari, servizi sociali) sono sostanzialmente stabili o in contrazione nonostante il forte aumento della domanda di servizi ed interventi, la possibile espansione del terzo settore deriva, in questa logica, più dall'incremento dell'offerta di servizi per il mercato, per i privati cittadini, che dalla sostituzione delle imprese solidali all'intervento pubblico.

All'inizio del 1997 sulle 555 cooperative sociali iscritte all'Albo regionale lombardo della Cooperazione sociale previsto dalla legge regionale 16/1993 la netta maggioranza (324) erano impegnate nella gestione di servizi socio-sanitari e educativi (Cooperative sociali di tipo A). Come si evince dalla tabella 6 oltre il 35% delle cooperative lombarde ha la propria sede nella provincia di Milano, mentre il 20% di Brescia conferma questo territorio come tradizionale campo di attività di queste imprese.

A tutte le 324 cooperative sociali è stato inviato un questionario appositamente preparato. In totale, sono stati analizzati 109 questionari ritornati per posta o per fax entro il 30 settembre

1997. Il tasso di risposta generale è stato quindi del 33,6%.

Le cooperative presenti nel nostro campione si distribuiscono su tutto il territorio regionale lombardo con concentrazioni differenti nelle diverse province. Il numero maggiore di risposte si è avuto per le cooperative della provincia di Milano (27), seguito da Brescia (23) e Bergamo (14). Le province meno rappresentate nel campione sono Sondrio e Lodi con 2 cooperative a testa.

Lo sviluppo della cooperazione sociale è un fenomeno recente: la maggior parte delle cooperative che hanno risposto al nostro questionario sono state costituite negli anni 80-90. È vero che la cooperativa che opera da più tempo è stata costituita nel 1911, ma escludendo questo caso la cooperativa più anziana è stata costituita nel 1978. Scendendo ad un livello di maggior dettaglio è possibile notare come solo 6 cooperative siano state costituite prima del 1980, mentre dopo il 1990 sono state costituite 36 cooperative. Il dato medio di inizio attività è l'anno 1988.

Per quanto riguarda le relazioni intrattenute dalle cooperative con le Amministrazioni pubbliche è possibile notare come esse si basino soprattutto sullo strumento delle convenzioni, anche attraverso la partecipazione

a procedure concorsuali (appalti) per la gestione dei servizi, stipulate prevalentemente con Comuni e con Aziende sanitarie ed ospedaliere.

Dalle risposte emerge chiaramente come nelle attuali relazioni contrattuali non esista un unico interlocutore, quanto piuttosto si sia creata una molteplicità di rapporti con soggetti diversi contemporaneamente.

Se per le relazioni di convenzione/appalto le voci più frequentemente barrate sono quelle dei Comuni e delle ASL/ospedali, per quanto riguarda i rapporti di tipo collaborativo, un ruolo predominante spetta alle collaborazioni con organizzazioni di volontariato/associazioni (65,2%) e soprattutto con altre cooperative sociali (74,1%).

Come nel caso delle relazioni contrattuali — e nelle relazioni istituzionali in misura notevolmente superiore —, il modello predominante è quello della rete policentrica di relazioni, in cui le cooperative sociali, oltre a riferirsi al terzo settore come tessuto sociale e culturale da cui traggono origine e impulsi allo sviluppo, dimostrano di aver instaurato rapporti di collaborazione con un'ampia varietà di soggetti. Oltre, ed è ovvio, agli Enti locali, sono importanti le relazioni collaborative con le istituzioni scolastiche e le strutture ecclesiastiche, mentre minori ma significative sono le colla-

Tabella 6 - Distribuzione Cooperative sociali lombarde per provincia e tipologia

	Valori assoluti	In %
Bergamo.....	37	11.4
Brescia.....	63	19.4
Como.....	25	7.7
Cremona.....	15	4.6
Lecco.....	16	4.9
Lodi.....	5	1.5
Milano.....	114	35.2
Mantova.....	14	4.3
Pavia.....	10	3.1
Sondrio.....	7	2.2
Varese.....	18	5.6
Totale.....	324	100.0

borazioni con imprese *profit*. Oltre un quarto delle cooperative del campione afferma di avere stabili relazioni con soggetti «for profit» in ambiti che, come si vedrà in sede di analisi delle fonti di finanziamento delle attività e delle principali voci di spesa, si riferiscono non solo agli aspetti «finanziari» legati alla raccolta fondi ed alle sponsorizzazioni, ma anche a relazioni di tipo economico legate alla vendita di servizi, al trasferimento di tecnologia e *know-how* ed alla formazione delle risorse umane. Questo dato esprime, quindi, una decisa apertura al «mercato» di queste imprese che durante le fasi di sviluppo e consolidamento organizzativo non si chiudono al confronto con la «competizione», ma appaiono «mediare», tenendo ben in considerazione le loro prerogative istituzionali, con il sistema delle altre imprese, puntando a migliorare le loro relazioni con l'ambiente esterno. Questa interpretazione appare del resto scontata in una regione ad alto sviluppo economico e ad alta concentrazione di imprese come la Lombardia.

Alla domanda concernente le aree di intervento della cooperativa la maggior parte dei rispondenti ha risposto indicando molteplici settori e una pluralità di problematiche trattate.

L'ambito di intervento più frequente è rappresentato dall'area del *handicap* (63,3%), seguito dall'assistenza a minori ed adolescenti (48,6%) e agli anziani, non autosufficienti per il 35,8% delle risposte e autosufficienti per il 32,1% (tabella 7).

Le aree di intervento che si evincono dalla tabella precedente vanno sostanzialmente a coincidere con la natura istituzionale dei soggetti analizzati: l'area sociosanitaria e assistenziale (anziani e malati), e quella educativa (minori e adolescenti).

Se molteplici sono le aree di intervento, numerose risultano le corrispondenti attività svolte sia per ogni

singola cooperativa sia per l'insieme del campione. Le principali attività che sono svolte dalle cooperative sono in ordine decrescente di frequenza: attività di gestione di centri ricreativi educativi e di aggregazione (52 cooperative - 48,2%), gestione di servizi di assistenza domiciliare (44,4%), le attività di assistenza personalizzata (27,8%), le attività di animazione (27,8%) e la gestione di case, centri, comunità di alloggio e prima accoglienza (25,0%) (tabella 8).

Le attività svolte dalle cooperative del campione rispondono pienamente sia alla tipologia delle cooperative sia alle loro aree di intervento. In queste

cooperative convivono interventi nell'ambito educativo (gestione di centri di formazione, asili nido e scuole materne, animazione, assistenza pre e post scolare, centri ricreativi) ed in quello socio-sanitario (assistenza domiciliare, case di riposo, comunità terapeutiche, ecc.).

Un aspetto generale richiede tuttavia una riflessione. Considerati gli elevati livelli di integrazione con gli Enti locali e le Aziende sanitarie in sede di rapporti di convenzione e più in generale di collaborazione istituzionale, occorre approfondire l'apporto che le cooperative sociali danno alla gestione degli interventi riportati nella

Tabella 7 - Aree di intervento

Aree di intervento	Valori assoluti	In %
Handicappati	69	63,30
Malati terminali/AIDS	14	12,84
Malati psichici	28	25,69
Malati in genere	17	15,60
Anziani autosufficienti	35	32,11
Anziani non autosufficienti	39	35,78
Minori e adolescenti	53	48,62
Tossicodipendenti	17	15,60
Alcolisti	7	6,42
Famiglie in difficoltà	25	22,94
Poveri ed emarginati	2	1,83
Stranieri ed immigrati	5	4,59
Nomadi e profughi	1	0,92
Carcerati, ex carcerati e loro famiglie	4	3,67
Prostituite/i	2	1,83
Altro	4	3,67

Tabella 8 - Tipologie di attività

Attività	In %
Gestione di centri di ricerca, educazione e aggregazione	25,00
Gestione di centri di ascolto/segretariato	48,15
Gestione di case di riposo	10,19
Gestione di servizi di assistenza domiciliare	44,44
Gestione di istituti di riabilitazione	1,85
Gestione di comunità terapeutiche	12,96
Gestione di asili nido e scuole materne	15,74
Gestione di centri di formazione	10,19
Assistenza personalizzata	27,78
Attività di animazione	27,78
Assistenza pre e post scolare	19,44
Altro	12,04

precedente tabella. In altri termini, le cooperative sociali operano con interlocutori che progettano ed organizzano il servizio, limitandosi alla fase meramente gestionale, oppure intervengono in sede di progettazione/definizione del servizio, superando la visione della cooperazione come «braccio operativo» degli enti pubblici?

Una risposta univoca non emerge dall'analisi effettuata, tuttavia, se consideriamo che quasi il 50% delle cooperative è consultato da Enti locali ed Amministrazioni pubbliche in genere in merito alle politiche sociali di pertinenza, si intravedono cospicui spazi per un lento ma pieno riconoscimento del ruolo delle cooperative in sede di progettazione e definizione degli interventi.

Per quanto concerne l'area territoriale di riferimento delle attività delle cooperative esaminate è facile evidenziare una netta prevalenza di un ambito di intervento circoscritto tale da consentire una stretta vicinanza con la comunità locale di riferimento e con i suoi bisogni. Vicinanza indispensabile se si considera il tipo di servizi che devono essere erogati. Infatti, la maggior parte delle cooperative rispondenti, svolge i propri interventi principalmente a livello intercomunale, mentre un numero quasi identico opera ad un livello inferiore (comunale) o appena superiore (provinciale).

Simili risultati si spiegano con alcune caratteristiche sottolineate in precedenza (in particolare, la bassa età media delle imprese e le forti relazioni esistenti con gli Enti locali), ma soprattutto con la specificità degli interventi richiesti e delle aree di intervento. Il settore dei servizi alla persona, specie nel caso dei servizi ad alto contenuto assistenziale o sanitario, presuppone una forte integrazione dei soggetti erogatori con la dimensione territoriale. Il legame con il territorio rappresenta quindi per la maggioranza

delle cooperative non un vincolo, ma la condizione stessa dello sviluppo e dell'equilibrio economico soprattutto nel caso di servizi come l'assistenza domiciliare e la gestione di centri ricreativi che rappresentano i più diffusi ambiti di intervento di queste aziende.

Le attività svolte dalle cooperative sociali lombarde analizzate riescono a soddisfare la domande di aiuto e assistenza di 30.550 utenti esterni, portatori di diverse categorie di bisogno, ai quali occorre aggiungere l'utenza indifferenziata per quei servizi ed interventi che si rivolgono genericamente a tutta la popolazione di riferimento (tabella 9).

Il numero degli utenti esterni è cresciuto negli ultimi due anni per una netta maggioranza delle cooperative sociali rispondenti (82%), mentre una diminuzione nel numero di utenti è segnalata solo da 3 cooperative.

Le prospettive di variazione delle domanda di servizi nei prossimi due anni vedono le aziende attrezzarsi per un complessivo aumento dell'utenza distribuito in maniera uniforme tra tutte le tipologie di riferimento. Questo aumento è previsto, infatti, per il 70% delle cooperative che si occupano di handicappati, per il 71% di quelle impegnate nell'assistenza ad anziani non autosufficienti, per il 65% per quelle

che si occupano di minori ed adolescenti. La stessa utenza indifferenziata, non appartenente cioè a categorie specifiche, dovrebbe crescere per oltre il 56% delle rispondenti.

L'analisi sul numero di utenti e sulla loro evoluzione passata ed attesa ci consente di sottolineare il forte sviluppo delle attività della cooperazione sociale sul territorio lombardo. L'utenza esterna che è aumentata per oltre l'82% delle rispondenti nei due anni precedenti è destinata a crescere per percentuali rilevanti di cooperative per tutte le categorie di utenza. Si individuano sostanzialmente tre aree di intervento a forte crescita della domanda:

— l'area dei servizi socio-sanitari e assistenziali agli anziani, in particolare per quelli non autosufficienti;

— l'area dell'assistenza a malati o portatori di *handicap*;

— l'area dei servizi di assistenza e formativi per minori e famiglie in difficoltà.

Di fronte a simili prospettive di aumento della domanda di servizi le cooperative lombarde sembrano rispondere come abbiamo sottolineato in precedenza, non solo ricercando e richiedendo rapporti di tipo convenzionale con le amministrazioni pubbliche, ma anche e soprattutto proponendosi come interlocutore privilegiato

Tabella 9 - Tipologie di utenza e numero utenti

Handicappati	1.494
Malati terminali/AIDS.....	166
Malati psichici	421
Malati in genere.....	3.970
Anziani autosufficienti	1.605
Anziani non autosufficienti	3.292
Minori e adolescenti	17.570
Tossicodipendenti	867
Alcolisti	22
Famiglie in difficoltà	533
Stranieri ed immigrati.....	150
Nomadi e profughi.....	4
Carcerati, ex carcerati e loro famiglie.....	31
Prostituite/i	25
Altro	400

nella definizione delle politiche complessive che gli Enti locali in particolare attuano sul loro territorio. Una crescita della domanda che avesse come risultato un semplice incremento dei servizi delegati dal settore pubblico al terzo settore, senza un pieno coinvolgimento delle cooperative nella definizione delle politiche sociali e, soprattutto, senza un cambiamento nelle logiche complessive del sistema di *welfare* (il passaggio obbligato dalla monetizzazione del disagio alla fornitura di servizi), avrebbe un impatto meno significativo sullo sviluppo occupazionale e qualitativo delle imprese solidali.

Le attività svolte dalle cooperative rispondenti sono finanziate prevalentemente, con una percentuale media sulle entrate di quasi il 70%, da redditi derivanti da contratti e convenzioni con Enti locali, USSL, ospedali e case di riposo. A seguire in ordine decrescente di grandezza, si posizionano le entrate derivanti da contributi di Enti pubblici (8,9%) e da quote di partecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti (5,6%).

Questi valori percentuali medi confermano, se ancora ce ne fosse stato bisogno, la forte dipendenza di queste organizzazioni dalle Amministrazioni pubbliche: quasi l'80% sul totale è la percentuale media delle entrate derivanti da rapporti contrattuali e convenzioni con il settore pubblico e da contributi generici dello stesso.

Le entrate totali delle cooperative rispondenti sono state pari nel 1996 a oltre 98 miliardi di lire con entrate medie per cooperativa di circa 1 miliardo con 5 cooperative che hanno superato 4 miliardi di entrate.

I finanziamenti ottenuti sono stati impegnati in buona parte per la copertura delle spese relative al personale dipendente e dei collaboratori. Oltre a questa voce, che ha un peso preponderante (percentuale media pari al 64%

delle uscite), altre voci di rilievo sono state rappresentate dalle spese specifiche per la realizzazione degli interventi e delle iniziative (14%) e dalle spese generali (13,9%) che permettono il normale funzionamento della cooperativa (affitti, luce, telefono, riscaldamento, ecc.). Modesti sono, invece, gli investimenti in quelle attività che dovrebbero garantire lo sviluppo futuro della cooperativa come le attività di formazione del personale dei soci e dei volontari, le attività di selezione di questi (1,2%) e le attività di ricerca e sviluppo di nuovi servizi (0,8%).

Le persone coinvolte nelle attività delle cooperative *caring* sono state nel 1996 6.652 con una media per impresa di 62 persone. In queste cooperative le donne rappresentano il 70,7% delle persone coinvolte, la compagine sociale rappresenta il 70,6% delle persone coinvolte, i volontari non soci sono il 13,7% del totale. In sintesi, le *caring* hanno una dimensione media rilevante (oltre 62 persone), sono composte da una netta maggioranza di donne, le persone coinvolte lo sono principalmente in quanto socie o come personale retribuito, e, infine, le persone coinvolte con meno di 25 anni rappresentano il 26% del totale.

L'ultima domanda del nostro questionario era finalizzata a far emergere quali fossero, a giudizio del campione di cooperative, le politiche e gli interventi auspicabili per agevolare lo sviluppo del settore e quindi l'inserimento di personale retribuito all'interno delle imprese. Per le cooperative indagate, gli elementi critici per lo sviluppo sono rappresentati dall'evoluzione delle relazioni contrattuali con le Amministrazioni pubbliche (concessione di gestione di servizi pubblici e crescita del ruolo e delle responsabilità degli Enti locali). In altri termini, sembra prevalere la richiesta di un rinnovato sistema di *welfare*, meglio un *welfare*

mix, che veda, da un lato, un'attenzione maggiore alle caratteristiche del territorio ed ai soggetti delegati a svolgere il ruolo centrale della rappresentanza di interessi (ma anche di bisogni insoddisfatti), vale a dire gli Enti locali, dall'altro, un attivo coinvolgimento dei soggetti della cooperazione nella gestione di servizi alla persona. In questo senso, la legge sulle ONLUS o migliori condizioni di accesso a finanziamenti agevolati sono sicuramente una condizione necessaria allo sviluppo delle attività, ma richiedono una condizione sufficiente che è data sostanzialmente dal ripensamento delle forme di offerta dei servizi pubblici. In questa fase di sviluppo della cooperazione sociale questa posizione non è puramente rivendicativa di spazi ed ambiti di intervento ormai consolidati localmente, ma esprime l'esigenza ineludibile di considerare la cooperazione non uno strumento, ma un percorso, un patrimonio di esperienze, indispensabile nel ripensare i concetti di interesse collettivo e di servizio «pubblico».

6. Alcune conclusioni sulle cooperative sociali *caring* lombarde

Due caratteristiche consentono di valutare positivamente le prospettive di sviluppo dalle cooperative sociali lombarde nei prossimi anni:

— le diverse tipologie delle loro attività, richiedono generalmente la presenza simultanea del prestatore e del beneficiario in uno stesso luogo, configurano i loro interventi in maniera strettamente legata al territorio, ponendosi al riparo dalla concorrenza internazionale e dalla ormai nota globalizzazione dei mercati;

— le loro attività, infine, rispondono a bisogni che rimangono ancora oggi insoddisfatti e sono destinati ad aumentare sotto lo stimolo sia di fatto

ri demografici sia di fattori socioculturali.

Il quadro definito nelle pagine precedenti consente di identificare, inoltre, alcune punti di debolezza gestionali e le esigenze (o aspettative) in termini di servizi reali e finanziari che queste imprese esprimono nei confronti delle amministrazioni pubbliche e delle agenzie di sostegno alle loro attività.

Un primo segnale di debolezza si è evidenziato relativamente ai bassi livelli di attività di formazione svolta nelle cooperative. Questo fatto, unito ai livelli di scolarità non soddisfacenti in relazione al tipo di servizi offerti rilevati da tutte le categorie di persone coinvolte (compagnie sociale, personale retribuito, volontari non soci) pone dei forti interrogativi sulle capacità delle aziende di cogliere in senso imprenditoriale tutte le occasioni che lo scenario complessivo sembra delineare. Un secondo elemento è dato dalla forte dipendenza di questo settore dalle scelte e dagli orientamenti delle Amministrazioni pubbliche. Basti considerare a riguardo fra i dati di questa ricerca quelli relativi all'analisi dei bilanci, alle relazioni contrattuali con la P.A. ed alle forme di collaborazione con la stessa.

Un terzo elemento è costituito dal forte accento che cooperative hanno posto sul tema dell'accesso agevolato a finanziamenti per lo sviluppo delle loro attività e dell'occupazione. Questo punto rimanda al più generale tema di come favorire il trasferimento tecnologico anche per le piccole o piccolissime imprese come, in effetti, sono le cooperative sociali. Tuttavia, più che le difficoltà nei processi di appropriazione di tecnologie da parte delle aziende solidali dovute alle grandezze finanziarie coinvolte, desideriamo sottolineare ancora una volta i loro limiti di carattere gestionale che rimandano al prevalere di concezioni del vo-

lontariato e dell'associazionismo solidale poco aperte alle innovazioni ed ai cambiamenti tecnologici. Operando su un mercato sempre più aperto alla concorrenza di altre cooperative e di imprese *for profit* il campione ha evidenziato un preciso bisogno di forme di agevolazione nell'appropriazione tecnologica. Questo discorso vale soprattutto per i sempre maggiori livelli di professionalità e contenuto tecnologico richiesti nei loro interventi socio-sanitari e educativi.

7. Considerazioni conclusive

Dall'analisi effettuata appare evidente come le organizzazioni del terzo settore assumono in Lombardia un ruolo significativo nell'ambito dell'offerta di servizi socio-sanitari e assistenziali. Per numerosità, dimensioni organizzative, numero di utenti/fruitori di servizi, grandezze finanziarie e risorse umane coinvolte le associazioni solidali e le cooperative sociali *caring* rappresentano per le Amministrazioni pubbliche e per i cittadini un riferimento spesso insostituibile per garantire il diritto alla salute. I forti legami con il territorio, con il locale, in un contesto dominato dalle categorie del globale e della perdita del senso di sé e della «patria» (19), permettono a queste organizzazioni di declinare i concetti di solidarietà, reciprocità e mutualità allargata attraverso un continuo rapporto sia con gli interessi pubblici rappresentati dagli Enti locali e dalle Aziende sanitarie sia direttamente con i cittadini/utenti/fruitori dei servizi. Non è quindi solo con il venir meno o l'attenuarsi delle asimmetrie informative che si spiega il rapido sviluppo del *non profit*, anche in ambito socio-sanitario. L'aspetto principale del settore è la forte caratterizzazione come componente attiva, viva e insostituibile in esso del lavoro volontario, nelle figure del volontario associato e,

in parte, del socio volontario nelle cooperative sociali. Su un tessuto sociale, religioso e culturale tradizionalmente favorevole alla reciprocità e alla mutualità come quello lombardo si sono negli ultimi anni innescate istanze e comportamenti che rimandano al tema più vasto dei diritti di cittadinanza, della tutela delle nuove forme di disagio, del sostegno alle fasce deboli della popolazione residente e immigrata. Le nuove, grandi sfide in campo sanitario e socio-sanitario si chiamano anche in questa regione assistenza ai malati terminali, prevenzione dell'AIDS, riabilitazione e sostegno per i portatori di *handicap*. Un'area di intervento emerge, tuttavia, come quella su cui si concentrano gli interventi della maggioranza delle organizzazioni e delle loro risorse umane: l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria agli anziani, soprattutto a coloro che non godono di una condizione di autosufficienza. I dati sul numero di utenti attuali e sulle aspettative di quelli futuri, sul numero delle organizzazioni impegnate in questo tipo di interventi, sulle stesse modalità differenziate di erogazione (dal servizio di assistenza domiciliare all'ADI fino alla gestione di residenze assistenziali), permettono di indicare nelle organizzazioni del terzo settore un interlocutore privilegiato nelle politiche sanitarie e socio-sanitarie regionali.

(1) Il riferimento obbligato su questi temi è naturalmente alla Commissione europea in particolare alle tesi contenute nel «Libro bianco: crescita, competitività e occupazione», Bruxelles, 1993 e in «Social Europe, Market Services and European Integration: the challenges for the 1990s», in *European Economy*, n. 3, 1993. Il fortunato volume di Jeremy Rifkin (1995), «La fine del lavoro. Il declino della forza lavoro globale e l'avvento dell'era post-mercato», Baldini e Castoldi, Milano, ha contribuito a sviluppare anche nel nostro paese un interessante dibattito. Per rimanere in ambito italiano, sul legame tra riforma

del *welfare* e ruolo del Terzo settore si veda A. Quadrio Curzio, «Il Terzo settore in un'Italia europea: una sfida per l'occupazione e per i servizi», in Atti del Convegno «La società italiana verso il 2000: opportunità e prospettive del Terzo settore», Credito Artigiano, Milano, 1997. Un approccio keynesiano ai problemi connessi alla disoccupazione e ai bisogni sociali insoddisfatti è proposto da G. Lunghini (1995) in «L'età dello spreco. Disoccupazione e bisogni sociali», Bollati Boringhieri, Torino, e nel saggio «Politiche eretiche per la piena occupazione», a cura di P.L. Ciocca (1997), «Disoccupazione di fine secolo. Studi e proposte per l'Europa», Bollati Boringhieri, Torino. Un approccio più radicale è contenuto nel lavoro degli economisti del Gruppo di Lisbona (1995), «I limiti della competitività», Manifestolibri, Roma.

(2) Alcuni spunti interessanti in questo senso sono raccolti nei saggi del volume a cura di B. Gui (1997), «Il Terzo settore tra economicità e valori», GregorianaLibreriaEditrice, Padova, e nel fondamentale lavoro a cura di G.P. Barbetta (1996).

(3) Per un'analisi delle conseguenze della «malattia dei costi» nel settore delle attività di servizio sociale e delle possibili strategie per la costruzione dei servizi di qualità sociale si rimanda al saggio di A. Boitani e G. Pellegrini, «Lo sviluppo di nuove attività produttive: i servizi», a cura di P.L. Ciocca (1997), cit.

(4) Si veda in particolare il lavoro a cura di G.P. Barbetta (1996), cit.

(5) CeRGAS per le *non-profit*, «L'impresa solidale quale soggetto economico per creare nuove opportunità occupazionali in Lombardia», Milano, febbraio 1998.

(6) Per una sintetica e stimolante analisi sulle relazioni tra sviluppo del Terzo settore e sviluppo economico si rimanda a G. Ruffolo, «Occupazione, qualità sociale e sviluppo del terzo sistema», in Animazione Sociale, n. 8-9, 1995.

(7) Nell'analisi delle proposte di riforma del sistema di sicurezza sociale italiano il riferimento d'obbligo è al lavoro della Commissione presieduta da Onofri per conto della Presidenza del Consiglio dei ministri nel 1997. Gli interventi ipotizzati nelle varie parti del documento prefigurano un ridisegno complessivo del *welfare* in Italia. Per un'analisi del contributo dell'impostazione neoistituzionalista al tema della riforma del *welfare* si rimanda a M. Ferrera (1998), «Le trappole del *welfare*», Il Mulino, Bologna. Una rassegna del dibattito su questi temi e soprattutto sugli interventi di riforma delle politiche sociali si ha in R. De Vita, P. Donati, G.B. Sgritta (1994), «Le politiche sociali oltre la crisi del *Welfare State*», Franco Angeli, Milano.

(8) Per un approfondimento su questi temi si rimanda soprattutto a G. Fiorentini (1997) e all'intervista allo stesso autore, «Il volto aziendale dell'impresa solidale», apparsa in Animazione Sociale, n. 8-9, 1995.

(9) Per un approfondimento del concetto di economia solidale si rimanda a J.L. Laville (1998), «L'economia solidale», Bollati Boringhieri, Torino.

(10) La popolazione oggetto dell'indagine del CeRGAS è risultata di complessive 7.247 unità di cui gran parte associazioni (6.358 di cui 3.639 associazioni solidali, 2.053 iscritte al Registro del volontariato, 617 pro loco, 49 organizzazioni non governative) e cooperative sociali (555 di tipo A e B). Escludendo i questionari relativi alle *pro loco*, la *redemption* finale è stata di oltre il 26%.

(11) Si tratta di associazioni «espressione di convivenza solidale», che operano senza fini di lucro, per realizzare «scopi sociali, culturali, educativi, ricreativi».

(12) La L.R. 16/93 della Regione Lombardia all'articolo 2 individua le cooperative *caring* come quelle cooperative sociali «che perseguono gli scopi previsti dall'articolo 1 della legge 8 novembre 1991 n. 381 attraverso la gestione di servizi socio-sanitari, assistenziali ed educativi».

(13) Ci riferiamo a variabili come la distribuzione territoriale, l'iscrizione ad albi o registri, l'anno di inizio attività e, ove conosciuto, il numero dei soci o degli associati.

(14) Un'importante analisi comparativa a livello europeo su queste tematiche è contenuta in J.L. Laville (1992), «Les services de proximité en Europe», Syros-Alternatives, Paris.

(15) Questa forma di collaborazione con le Amministrazioni pubbliche che è mediata da organizzazioni di coordinamento provinciali si è rilevata soprattutto per le AVIS locali che sono convenzionate con ASL e ospedali attraverso le rappresentanze provinciali.

(16) Sul ruolo della cooperazione sociale nel nostro paese si rimanda ai contributi di CGM e di Borzaga riportati in bibliografia, nonché a P. Ranci, «Città, servizi e cooperazione sociale: quale futuro?», in Impresa sociale, n. 24, 1995.

(17) Assieme al Piemonte ed alla Sicilia, la Lombardia è la regione dove la cooperazione sociale si è sviluppata con maggior vigore, in misura superiore come numerosità delle imprese e loro dimensioni rispetto ad altre aree territoriali dove più rilevanti sono la presenza e le tradizioni del movimento cooperativo italiano.

(18) La Regione Lombardia già con la legge 67 del 1989 «Interventi a favore della coopera-

zione sociale» ha inteso consolidare la realtà della cooperazione sociale, favorendo nello stesso tempo il passaggio verso forme di imprenditorialità più mature e più aderenti alla visione dell'«impresa sociale».

(19) Uno stimolante tentativo di ripresa di questi temi che rimandano al concetto heideggeriano di *Heimatlosigkeit* è contenuto nelle riflessioni di alcuni sociologi come M. Revelli (cfr. in particolare la parte relativa al settore *non profit* in «La sinistra sociale», Bollati Boringhieri, Torino, 1998) e A. Bonomi (1996), «Il trionfo della moltitudine», Bollati Boringhieri, Torino e (1998), «La società del capitalismo molecolare», Einaudi, Torino.

BIBLIOGRAFIA

- AMBROSINI M (1996), *Nuove politiche dell'occupazione e cooperazione sociale. I risultati di una ricerca nell'area milanese*, in Aggiornamenti sociali, anno XLVII, n. 12.
- BARBETTA G.P. (A CURA DI) (1996), *Senza scopo di lucro. Dimensioni economiche, legislazione e politiche del settore non profit in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- BORGONOV E. (1993), *Elementi di teoria per le aziende non profit*, in «Il futuro dei servizi sociali in Italia: il ruolo della cooperazione sociale nei processi di depubblicizzazione», Istituto Italiano di Studi Cooperativi «L. Luzzatti», Roma.
- BORGONOV E. (1995), *Aziende non profit: problemi teorici, profili giuridici e politiche di indirizzo*, in AA.VV., «Le aziende non profit tra stato e mercato», Clueb, Bologna.
- BORZAGA C. ET AL. (1989), *Lavoro, emarginazione, impresa. La proposta cooperativa*, Franco Angeli, Milano.
- BORZAGA C., LEPRI S. (A CURA DI) (1990), *La cooperazione di solidarietà sociale nel mezzogiorno*, Edizioni Dehoniane, Bologna.
- CENTRO STUDI CGM (1991), *Indagine sulla cooperazione con finalità sociale socio-assistenziale nella Regione Veneto*, CGM, Milano.
- CENTRO STUDI CGM (1991), *Le cooperative sociali operanti nell'area anziani ad Aosta: efficienza, efficacia, innovazione, prospettive di intervento*, CGM, Milano.
- CENTRO STUDI CGM (1992), *Le cooperative sociali e i loro consorzi tra imprenditorialità e solidarietà sociale*, Ministero del Lavoro, Roma.
- CENTRO STUDI CGM (1993), *Caratteristiche della dirigenza della cooperazione sociale*, CGM, Milano.
- CENTRO STUDI CGM (1994), *I Rapporti sulla cooperazione sociale*, CGM, Milano.

- FIorentini G. (1997), *Organizzazioni non profit e di volontariato. Direzione, marketing e raccolta fondi*, Etas Libri, Milano.
- IREF (1995), *Quinto rapporto sull'associazionismo sociale*, AESSE, Milano.
- ISSAN (1996), *Le caratteristiche dei lavoratori remunerati e volontari nelle cooperative sociali del Trentino*, Trento.
- MERLO A. (1997), *Gestire l'organizzazione no profit*, in AA.VV., «Gestire il no profit», Il Sole 24 Ore, Milano.
- REGIONE LOMBARDIA. OSSERVATORIO SULL'ASSOCIAZIONISMO SOCIALE IN LOMBARDIA (1996), *Secondo rapporto sull'associazionismo in Lombardia*.
- SEN A.K. (1986), *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna.
- SEN A.K. (1994), *La disuguaglianza. Un riesame critico*, Il Mulino, Bologna.
- TRAVAGLINI C., *Cooperative sociali e sistema pubblico: possibilità di integrazione*, in Rivista della cooperazione, n. 6, sett.-ott. 1992.
- ZAMAGNI S. (1986), *Introduzione*, in Sen A.K. (1986).

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN ADI E IN RSA: CONFRONTO TRA POLITICHE ALTERNATIVE E ANALISI DEI COSTI

di Roberta Montanelli

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Metodi - 3. Risultati - 4. Conclusioni.

The research aims at comparing two different options to take care of the elderly in Italy: a comprehensive system of home care (ADI) and the admission to Nursing Home (RSA). The comparison mainly focuses on some crucial topics: the health and social status of patients turning to the two different solutions of care, the degree of health and social care offered by each alternative and the costs. In particular, the study analyses the possibility to transfer patients from residential solution to domiciliary care. The research findings show that i) a high percentage (20%) of patients admitted in Nursing Homes could have been cared of in the home care system, ii) quantity of time provided by health professionals (e.g. clinicians, nurses, physiotherapists) is similar in the two solutions and finally that iii) in-patient care costs are higher when patients are treated in Nursing Home than in the home care system.

1. Introduzione

1.1. La domanda di servizi socio sanitari della popolazione anziana

Nei prossimi anni la domanda di servizi socio-sanitari da parte della popolazione anziana è destinata ad aumentare in modo considerevole. Le cause di tale crescita sono da ricercare in almeno tre direzioni: il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, la trasformazione del tessuto sociale ed il maggior utilizzo dei servizi.

Gli italiani con più di 65 anni, nel 1994, erano poco più di 9 milioni e rappresentavano il 16% del totale della popolazione. Secondo alcune proiezioni sull'andamento demografico, tale percentuale passerà al 18% circa

nel 1999 e a poco meno del 26% nel 2024. In particolare, gli anziani con più di 75 anni, quelli cioè a maggior rischio di non autosufficienza, nel 1994 costituivano circa il 6,5% della popolazione totale, nel 1999 diventeranno il 7,5% e nel 2024 poco più del 13% (tabella 1.1).

Dai dati sulla prevalenza della disabilità senile in Italia risulta che il 22% degli ultrasessantacinquenni si trova

in condizioni di compromissione funzionale (disabili), il 9,8% è non autosufficiente (parzialmente o totalmente) ed il 3,2% risulta a rischio di istituzionalizzazione.

Ipotizzando una invarianza di questi coefficienti di prevalenza nel tempo, si stima che nel 1999 i disabili saranno circa 2.200.000 e quelli a rischio di istituzionalizzazione circa 200.000 mentre nel 2024 i primi sali-

Tabella 1.1 - Stime demografiche sulla popolazione anziana in Italia

Anno	Pop. > 65 anni	% sulla pop. totale	% > 75 anni sulla pop. totale
1994	9.203.500	16,02	6,50
1999	10.127.600	17,71	7,51
2024	13.570.100	25,75	13,28

Fonte: IRP-CNR, 1995.

L'Autrice intende ringraziare il dott. Scaccabarozzi della ex USL di Merate, il dott. Lonati della ex USL di Gardone Val Trompia, il dott. Bicchicchio di Medicasa, il prof. Corcelli ed il dott. Noto del Pio Albergo Trivulzio, il dott. Gumirato della Casa di riposo «Bonora», la dott.ssa Tachimiri della Casa di riposo «Città di Sondrio» ed i loro collaboratori per la disponibilità mostrata nello svolgimento dello studio.

Ringrazia inoltre il dott. Mario Del Vecchio del CeRGAS, coordinatore e supervisore scientifico dello studio.

ranno a quasi 3 milioni ed i secondi a 270.000 (tabella 1.2).

La famiglia, in Italia, ha sempre avuto e continua ad avere un ruolo fondamentale nell'assistenza agli anziani. Questa considerazione è supportata anche dal valore della propensione al ricovero (numero di ricoverati in strutture residenziali sul totale della popolazione con più di 60 anni) che nel 1992 nel nostro paese era pari all'1,5% contro un valore medio del 6% relativo agli stati del Nord Europa e del 5% degli Stati Uniti (Jamienson, 1992).

Come è noto, però, le caratteristiche dei nuclei familiari si sono fortemente modificate negli anni con una marcata riduzione del numero dei componenti. Nel 1994, il numero medio di membri della famiglia era di 2,7 mentre nel 2024 tale valore sarà di 2,1. Le famiglie del Duemila, inoltre, saranno esse stesse famiglie di anziani; si stima infatti che i nuclei familiari con un capofamiglia di oltre 60 anni nel 2024 saranno il 50% contro il 38% del 1994 (Gianmarchi e Mengani, 1996).

A fronte, quindi, di un aumento del fabbisogno assistenziale da parte degli anziani si avrà, in futuro, il venir meno di quella che è stata finora la principale rete di sostegno per questa fascia della popolazione e ci si deve attendere, dunque, che quote sempre più consistenti di anziani si rivolgeranno alle reti formali di assistenza.

È ipotizzabile, inoltre, che gli anziani di domani faranno maggiormente ricorso ai servizi socio-sanitari, in quanto, appartenendo a generazioni più scolarizzate, avranno una maggiore conoscenza delle alternative assistenziali a loro disposizione legata ad una più elevata consapevolezza dei propri diritti e ad una maggiore attenzione al proprio stato di salute.

1.2. L'offerta di servizi socio-sanitari per gli anziani

I servizi per la popolazione anziana sono offerti da una complessa rete di aziende pubbliche, private *profit* e *non profit* (Longo, 1997) e possono essere classificati, in estrema sintesi in tre categorie:

— socio-assistenziali: quando la natura delle prestazioni in essi erogate è esclusivamente sociale;

— sanitari: quando le prestazioni sono di natura esclusivamente medica;

— socio-sanitari: quando sono presenti entrambe le tipologie di prestazioni ed i due ambiti di intervento sono difficilmente separabili.

A ciascuna di queste categorie appartengono servizi sia di natura territoriale che residenziale.

In particolare, tra i principali servizi socio-sanitari offerti alla popolazione anziana (1) sono da annoverare l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) ed il ricovero in strutture per non autosufficienti assimilabili alle Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

L'ADI prevede l'erogazione, presso il domicilio del paziente, di prestazioni sanitarie — mediche, specialistiche, infermieristiche e riabilitative — e di prestazioni socio-assistenziali.

Le informazioni sulla diffusione di questo servizio e sui modelli assistenziali e gestionali adottati dalle diverse Regioni o, ancora meglio, dalle varie Aziende sanitarie locali sono ancora molto scarse (SPI-CGIL/ASI 1997, CENSIS 1996) operando i servizi in

molti casi ancora a livello sperimentale (CERGAS 1996).

Da un'indagine sullo stato di attuazione del Progetto obiettivo anziani (SPI-CGIL/ASI, 1997) risulta comunque che, nel 1996, gli utenti dei servizi ADI sono stati circa 130.000, meno dell'1,5% della popolazione con più di 65 anni, contro il 3,5% stimato dalla Regione Lombardia e adottato più in generale a livello europeo.

I servizi residenziali per la popolazione anziana in Italia si distinguono sostanzialmente in due categorie: le strutture assistenziali per autosufficienti (Case di riposo) e quelle socio-sanitarie per non autosufficienti (RSA, Strutture protette) (2).

La maggior parte di tali strutture accoglie in realtà entrambe le categorie di anziani configurandosi come residenze miste. Si tratta di strutture formalmente inserite nel comparto assistenziale che prevedono il pagamento di una retta da parte dei pazienti o delle famiglie o, in caso di indigenza, del comune di residenza e che per le prestazioni sanitarie in esse erogate ricevono un finanziamento dal fondo sanitario.

Il peso delle strutture per anziani sul totale delle strutture residenziali in Italia è circa del 41% composto da un 17% di residenze per autosufficienti, da un 4% per non autosufficienti e da un 20% di strutture miste.

Il numero degli anziani che nel 1996 risiedeva in strutture residenziali è pari a circa 140.000 (SPI-CGIL/ASI, 1997), l'1,5% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Tabella 1.2 - Stime sul grado di disabilità della popolazione anziana in Italia

Anni	Disabili	Non autosufficienti	A rischio di istituzionalizzaz.
1994	2.024.770	901.943	184.070
1999	2.228.072	992.505	202.552
2024	2.985.422	1.329.870	271.402

Fonte: Gianmarchi e Mengani, 1996.

Questa bassa propensione all'istituzionalizzazione, attribuibile in parte alla tenuta del tessuto familiare, è, a giudizio di chi scrive, riconducibile anche alla carenza di posti letto, soprattutto per anziani non autosufficienti (3).

1.3. Obiettivi dello studio

Il presente studio, condotto tra il 1996 ed il 1997 su dati retrospettivi relativi al 1995, ha avuto come obiettivo il confronto tra due importanti, e per molti versi simili, tipologie di servizi per la popolazione anziana: l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) ed il ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie per non autosufficienti assimilabili alle RSA.

La comparazione si è concentrata su alcuni aspetti critici: le caratteristiche socio-sanitarie dei pazienti in cura nelle due tipologie di servizio, i livelli di assistenza in esse erogate (frequenza degli accessi e tempi) e i costi delle due alternative. Lo studio ha indagato, in particolare, l'ipotesi di trasferibilità di pazienti dalla soluzione residenziale a quella domiciliare.

Per caratteristiche socio-sanitarie si sono voluti intendere sia gli aspetti sanitari, ossia le condizioni fisiche e mentali dei pazienti, sia gli aspetti sociali, quelli cioè legati alla condizione familiare (persone che vivono sole/in coppia/in famiglia allargata). Conoscere tali caratteristiche, oltre a fornire un quadro delle due diverse realtà, ha consentito di indagare le percentuali di ospiti presenti in strutture residenziali che avrebbero potuto essere assistiti in ADI.

La ricostruzione dei livelli di assistenza ha fornito invece informazioni sul tipo di assistenza offerta ai pazienti in termini di figure professionali coinvolte e di intensità delle cure (minuti di assistenza e/o frequenza degli accessi).

I livelli di assistenza, inoltre, hanno rappresentato le informazioni di base per l'individuazione dei costi attribuibili all'assistenza. Oggetto della nostra indagine sono stati i costi sostenuti dalle strutture che erogano i servizi ed i costi per il Servizio sanitario nazionale (SSN).

Nelle pagine seguenti vengono presentati:

- la metodologia seguita;
- i risultati ottenuti;
- le conclusioni dello studio.

2. Metodi

2.1. I centri coinvolti

Lo studio ha preso in esame quattro servizi di assistenza domiciliare integrata — il servizio ADI della USL di Merate, il servizio ADI della USL di Gardone Val Trompia, quello del Pio Albergo Trivulzio e quello della società Medicasa — e tre strutture residenziali — il Pio Albergo Trivulzio, la Casa di riposo «Città di Sondrio» e la Casa di riposo «Bonora» —.

La USL di Merate gestisce direttamente un servizio ADI strutturato su diversi livelli. Operativamente le unità di offerta sono articolate in relazione al grado di protezione sanitaria offerta: a media protezione sanitaria (assistenza estemporanea, assistenza programmata, ADI geriatrica di I livello), ad alta protezione sanitaria (ADI geriatrica di II livello, ADI cure palliative). Nel 1995, sono stati presi in carico circa 2.000 pazienti per un totale di circa 80.000 accessi.

Anche la USL di Gardone Val Trompia gestisce direttamente il servizio ADI che è inserito tra le attività del dipartimento anziani. Quest'ultimo coordina tutti i servizi prodotti dalle diverse componenti dell'Azienda USL nei confronti di anziani e di malati con compromissione cronica dell'autosufficienza. Nel 1995 le persone

che hanno avuto almeno una tipologia di cure domiciliari (cure domiciliari infermieristiche, riabilitative, domestiche) sono state 1.285.

Il Pio Albergo Trivulzio, struttura residenziale molto nota nella città di Milano, ha al suo interno anche un servizio di cure domiciliari che eroga soprattutto prestazioni di ospedalità domiciliare in convenzione con una USL milanese. Dal novembre 1994 all'ottobre 1996 ha affiancato a questo tipo di servizio anche quello di assistenza domiciliare integrata per un numero abbastanza ridotto di pazienti (65), sempre in convenzione con la medesima USL.

Medicasa è una società privata, nata nel 1993, che eroga prestazioni domiciliari di tipo sanitario in convenzione con le strutture pubbliche. A Milano, operando in convenzione con tre USL cittadine, ha preso in carico 626 pazienti nel 1994 e 1.106 nel 1995 per un totale rispettivamente di 37.169 e 59.046 accessi.

Il Pio Albergo Trivulzio è una Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza (IPAB) che da molti anni opera nella città di Milano; attualmente assiste più di 1.200 pazienti di cui circa 650 non autosufficienti totali (NAT), di cui 40 Alzheimer, 150 non autosufficienti parziali (NAP) e 400 pazienti in riabilitazione.

La Casa di riposo «Città di Sondrio» è una IPAB con 155 posti letto di cui 89 per NAT, 48 per NAP e 18 per anziani affetti dalla malattia di Alzheimer.

La Casa di riposo «Anna Moretti Bonora» di Camposanpiero in provincia di Padova è anch'essa una IPAB che ospita circa 250 anziani di cui 90 NAT e 160 NAP.

Sono stati scelti questi servizi e queste strutture residenziali in base:

- alla loro collocazione territoriale (due servizi ADI e una struttura resi-

denziale operano a Milano e gli altri in provincia);

— al livello del servizio offerto (si tratta di servizi e di strutture con una lunga esperienza in fatto di assistenza e caratterizzati dall'operare secondo logiche innovative);

— alla disponibilità a collaborare.

2.2. I dati rilevati

In totale la rilevazione è stata effettuata su 599 anziani di cui 370 seguiti dai servizi domiciliari e 229 ospiti in strutture residenziali.

A tutti i centri è stato chiesto di fornire, per ciascun paziente arruolato nello studio, informazioni sulla condizione familiare, sullo stato di salute e sui tempi di assistenza in un dato periodo di tempo.

La condizione familiare dei pazienti è stata rilevata in maniera differente nei servizi di assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali. Ai primi è stato chiesto di indicare se i pazienti al momento della rilevazione vivevano in coppia (con il coniuge o con un solo parente) o in famiglia allargata (con più parenti), escludendo l'ipotesi che potessero vivere da soli in quanto la presenza della famiglia è ritenuta *conditio sine qua non* per l'attivazione del servizio ADI.

Alle strutture residenziali invece è stato chiesto di indicare quale fosse la condizione familiare del paziente al momento del ricovero, e non durante la rilevazione, per poter fare delle riflessioni sul motivo che ha condotto al ricovero stesso ed in questo caso sono state ovviamente prese in considerazione tutte e tre le ipotesi dette sopra: in coppia, in famiglia allargata, da solo.

Per rilevare lo stato di salute dei pazienti in modo sintetico ed omogeneo tra i centri è stata predisposta, con l'aiuto di alcuni medici esperti del settore, una griglia di valutazione *ad hoc*

(tabella 2.1), che tiene conto di alcune dimensioni critiche d'analisi: il livello di autonomia, lo stato di coscienza/comportamento e la presenza di segni/patologie particolari.

Per quanto riguarda il livello di autonomia, riprendendo una classificazione utilizzata anche dall'ISTAT, i pazienti potevano risultare allettati, confinati su una sedia o confinati in casa. Nel caso invece dello stato di coscienza/comportamento potevano risultare con o senza problemi, intendendo nel primo caso pazienti non orientati o non coscienti e/o con comportamenti aggressivi tali da determinare frequenti difficoltà di approccio e/o con parziale o nulla collaborazione. Infine si chiedeva di segnalare con un sì o con un no la presenza di segni o patologie particolari (come ulcere/piaghe, drenaggi/sonde, dialisi/ossigenoterapia ecc.).

Dalla combinazione delle tre dimensioni (e delle loro sottodimensioni) sono state ottenute 12 possibili categorie sanitarie ed è stato chiesto ai centri di inserire ciascun paziente arruolato nello studio in una di queste a seconda delle condizioni dello stesso al momento dell'analisi.

La semplice griglia appena descritta è stata preferita agli importanti strumenti di valutazione multidimensionale comunemente utilizzati per la definizione dello stato di salute degli an-

ziani (BINA, ADL-IADL, VAOR, CTMSP ecc.), in quanto garantisce:

— omogeneità d'analisi in tutti i centri, condizione necessaria per il confronto tra le due alternative assistenziali;

— rapidità nell'utilizzo, aspetto non trascurabile date le dimensioni del campione arruolato nello studio;

— possibilità di essere applicata retrospettivamente in quanto per il suo utilizzo sono sufficienti le informazioni contenute nelle schede-paziente senza dover «rivalutare» l'anziano.

Infine, per la rilevazione dei tempi di assistenza per paziente sono state predisposte due diverse schede, una per i servizi domiciliari e una per le strutture residenziali, in cui si chiedeva di indicare, con riferimento ad un dato periodo di tempo, il numero di accessi (in ADI) o il tempo di assistenza diretta (in RSA) di diverse figure professionali: infermieri professionali, infermieri generici o figure assimilabili, fisioterapisti, medici, specialisti e animatori.

Le rilevazioni sono state effettuate su dati retrospettivi relativi ad un mese di riferimento (in sostanza è stato chiesto di indicare quali erano le condizioni di salute del paziente all'inizio del mese di riferimento e in relazione a quelle condizioni quali prestazioni, in termini di accessi e di tempi di assistenza, gli sono state erogate).

Tabella 2.1 - Griglia di classificazione dei pazienti

N. categoria	Autonomia	Coscienza	Patologie particolari
1	allettato	con problemi	sì
2	allettato	senza problemi	sì
3	allettato	con problemi	no
4	allettato	senza problemi	no
5	confinato sedia	con problemi	sì
6	confinato sedia	senza problemi	sì
7	confinato sedia	con problemi	no
8	confinato sedia	senza problemi	no
9	confinato in casa	con problemi	sì
10	confinato in casa	senza problemi	sì
11	confinato in casa	con problemi	no
12	confinato in casa	senza problemi	no

In riferimento al servizio ADI del Pio Albergo Trivulzio, che si presenta come un caso un po' anomalo, i dati sulla condizione di salute ed i livelli di assistenza fanno riferimento al momento della presa in carico dei pazienti.

3. Risultati

3.1. Caratteristiche degli anziani presenti in ADI e in RSA: categorie sanitarie e condizione familiare

Dalla elaborazione dei dati rilevati nei diversi centri emerge che sia i servizi ADI che le strutture residenziali assistono pazienti di tutte le categorie sanitarie: dai pazienti più gravi, quelli cioè allettati, con problemi di comportamento e con patologie particolari (categoria 1) (4), ai pazienti meno gravi, quelli cioè che non hanno un livello di autonomia tale da permettere loro di uscire di casa ma che, per il resto, non hanno né problemi di orientamento/comportamento né patologie particolari (categoria 12) (grafici 3.1 e 3.2).

Dal punto di vista del livello di autonomia i pazienti in ADI sono per il 37% confinati sulla sedia, per il 36% confinati in casa e per il 27% allettati.

Nelle strutture residenziali invece i pazienti sono per il 69% confinati sulla sedia, per il 17% confinati in casa e solo per il 14% allettati.

I pazienti in ADI hanno problemi di comportamento/orientamento per il 53% contro il 66% degli ospiti delle RSA, mentre presentano segni o patologie particolari per il 75% contro il 62% delle RSA.

Per quanto riguarda, dunque, le caratteristiche dei pazienti nei due regimi assistenziali è possibile affermare che in ADI vengono presi in carico soprattutto soggetti con patologie particolari, fenomeno che spiega la presenza più consistente di allettati in ADI

che in RSA, mentre nelle strutture residenziali vengono ricoverati per lo più pazienti con problemi di orientamento, dovuti in genere a demenze, il che spiegherebbe l'elevata presenza di confinati sulla sedia.

A proposito, invece, della condizione familiare dei pazienti in ADI si nota che il 59% di questi vive in coppia, il 35% in famiglia allargata mentre, contrariamente alle ipotesi di partenza, il 6% vive solo.

I pazienti presenti in strutture residenziali, al momento del ricovero vivevano, invece, per il 36% da soli, per il 36% in coppia mentre per il 28% in famiglia allargata.

Sulla base di questi ultimi risultati è possibile ipotizzare che il 64% di tali

pazienti (36% + 28%) avrebbe potuto essere assistito in ADI. Risulta, infatti, che i servizi ADI hanno in carico le medesime tipologie di pazienti delle strutture residenziali (fattibilità dal punto di vista sanitario) e che tali pazienti avevano una famiglia alle spalle al momento del ricovero (fattibilità dal punto di vista della condizione familiare).

Si stanno ovviamente avanzando delle ipotesi sulla base dei requisiti necessari per essere presi in carico da un servizio di assistenza domiciliare. Nella realtà, infatti, è necessario tener conto della disponibilità o della possibilità della famiglia o del coniuge di tenere in casa un parente non autosufficiente.

Grafico 3.1 - Distribuzione dei pazienti in ADI per categoria sanitaria

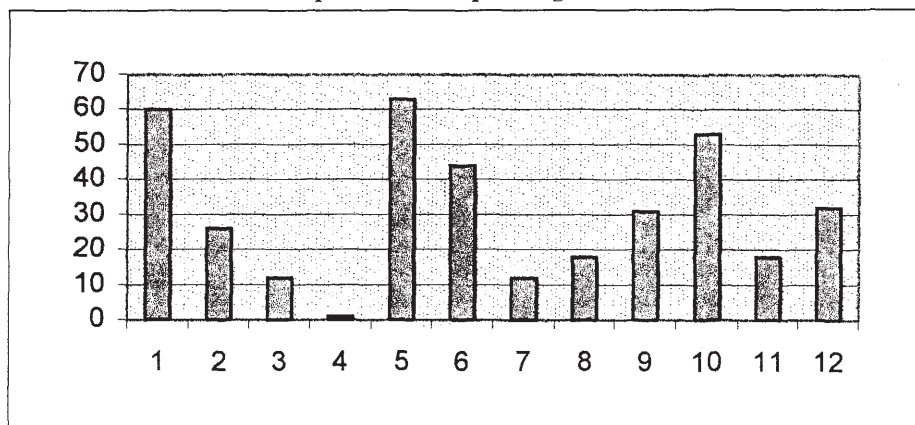
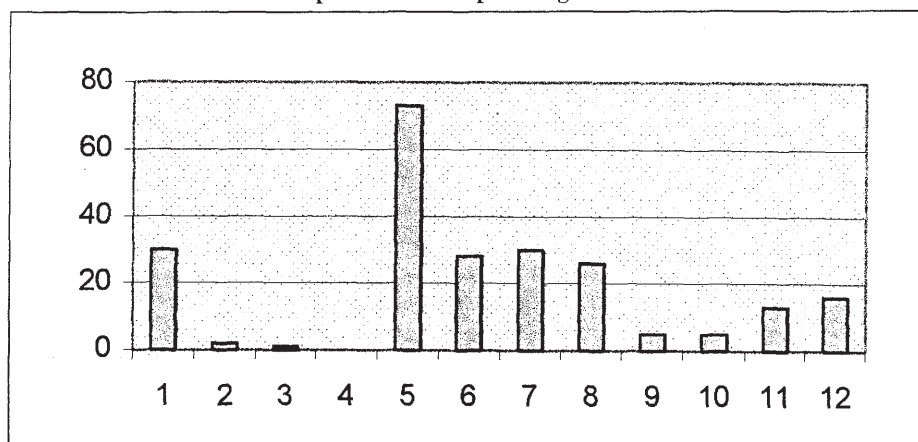


Grafico 3.2 - Distribuzione dei pazienti in RSA per categoria sanitaria



È interessante notare come più della metà di coloro che a livello teorico avrebbero potuto essere assistiti in ADI, prima di essere ricoverati viveva in coppia, con il coniuge o con un parente (tipicamente una figlia). Questa condizione può essere critica ai fini della decisione di tenere il parente non autosufficiente a casa in quanto il coniuge può non essere in grado di fornire un livello minimo di assistenza (anche solo la sorveglianza) e d'altra parte anche la presenza di un figlio più giovane può non essere una garanzia in quanto lo stesso potrebbe avere degli impegni di lavoro e, quindi, essere costretto a lasciare l'anziano a casa da solo per buona parte della giornata.

3.2. Accessi e tempi medi di assistenza

In tutti i centri coinvolti nello studio sono state effettuate rilevazioni sul numero di accessi o sui tempi di assistenza per figura professionale erogati a ciascuno dei pazienti arruolati per l'analisi.

In particolare, ai servizi ADI è stato chiesto di indicare per ciascun paziente, con riferimento ad una settimana, il numero di accessi delle diverse figure professionali (infermiere, fisioterapista, medico, specialista e ausiliario socio-assistenziale) e il tempo medio per accesso (per il medico e per l'ausiliario il tempo è stato stimato).

Alle strutture residenziali è stato, invece, chiesto di indicare il tempo dedicato, al giorno, a ciascun paziente dalle diverse figure professionali (infermiere, ausiliario socio-assistenziale, fisioterapista, medico, specialista e animatore/educatore).

Con riferimento a ciascun centro i pazienti sono stati poi aggregati per categoria sanitaria e tra quelli appartenenti alla medesima categoria è stata calcolata la media degli accessi o dei tempi di assistenza per figura professionale arrivando così alla determina-

zione dei tempi medi di assistenza per categoria sanitaria per centro.

Operando una media ponderata dei dati relativi ai tempi medi di assistenza per categoria sanitaria per centro si è giunti infine alla determinazione dei tempi medi di assistenza per tipologia di regime assistenziale: ADI e RSA (tabelle 3.3 e 3.4).

La differenza sostanziale tra i tempi medi di assistenza che si riferiscono all'ADI e quelli relativi alle strutture residenziali risiede nel fatto che i primi si basano su dati più precisi in quanto gli accessi e la durata degli stessi vengono registrati in appositi schedari, sia in fase di programmazione che in fase di rendicontazione di quanto erogato.

Al contrario, i tempi medi di assistenza relativi alle strutture residenziali risultano più aleatorio basandosi su stime del tempo che infermieri, ausiliari, fisioterapisti medici e specialisti dedicano all'assistenza diretta dei pazienti.

Dall'analisi dei dati relativi all'ADI (tabelle 3.1, 3.2, 3.3) si evince che un paziente medio (ossia un paziente che non fa riferimento specifico a nessuna delle categorie sanitarie) riceve in media un accesso sanitario (medico, infermieristico, specialistico, riabilitati-

vo) ogni due giorni con una durata media di circa 40 minuti. Ogni giorno riceve, quindi, circa 20 minuti di assistenza sanitaria ossia poco meno del tempo dedicato in RSA (circa 27 minuti) dal personale sanitario (infermieri, fisioterapisti, medici e specialisti) allo stesso tipo di paziente.

In particolare, riceve in media un accesso infermieristico ogni 3 giorni circa, un accesso del fisioterapista ogni 9 giorni, un accesso medico ogni 24 giorni, un accesso specialistico ogni 3 mesi e un accesso di carattere socio-assistenziale ogni 8 giorni. La durata degli accessi si aggira intorno ai 40 minuti.

Per quanto riguarda gli accessi infermieristici, la categoria di pazienti più impegnativi arriva a ricevere in media circa un accesso infermieristico ogni 2 giorni mentre la categoria più leggera circa 1 accesso alla settimana. Nessun paziente in media riceve, quindi, un accesso al giorno e nessuno meno di un accesso alla settimana. La durata media degli accessi oscilla tra poco meno di 50 minuti per i pazienti più gravi e i 30 minuti per i più leggeri.

Le categorie di pazienti che ricevono più accessi di fisioterapia sono quelle che si riferiscono ai pazienti

Tabella 3.1 - Accessi medi alla settimana in ADI

Categoria sanitaria	Media accessi I.P.	Media accessi ASA	Media accessi FKT	Media accessi medici	Media accessi specialisti
1	3,6	1,2	0,2	0,3	0,1
2	3,5	1,4	0,8	0,4	0,0
3	1,2	1,0	0,9	0,3	0,0
4	2,0				
5	2,8	0,9	0,7	0,3	0,1
6	1,9	0,5	1,2	0,4	0,0
7	1,9	1,0	1,5	0,4	0,0
8	1,6	1,2	1,8	0,2	0,1
9	1,8	0,4	1,1	0,1	0,1
10	2,3	0,4	0,4	0,3	0,0
11	1,1	1,2	0,8	0,2	0,1
12	1,2	1,0	0,8	0,2	0,0
Paziente medio	2,3	0,9	0,8	0,3	0,1

Tabella 3.2 - Tempi medi per accesso in ADI

Categoria sanitaria	Tempo medio x accesso I.P.	Tempo medio x accesso ASA	Tempo medio x accesso FKT	Tempo medio x accesso medico	Tempo medio x accesso specialista
1	48	60	44	30	45
2	46	60	43	30	40
3	35	60	41	30	
4	39				
5	36	60	46	30	34
6	36	60	41	30	43
7	31	60	44	30	44
8	35	60	43	30	47
9	30	60	45	30	49
10	36	60	42	30	31
11	27	60	43	30	53
12	31	60	39	30	42
Paziente medio	39	60	43	30	43

Tabella 3.3 - Tempi medi di assistenza in ADI

Categoria sanitaria	Minuti I.P. a settimana	Minuti ASA a settimana	Minuti FKT a settimana	Minuti medico a settimana	Minuti specialista a settimana
1	173	74	10	10	5
2	158	84	34	13	1
3	43	60	38	9	0
4	79	—	0	0	0
5	100	55	32	9	2
6	68	31	48	11	2
7	59	60	67	11	1
8	56	69	79	5	4
9	55	24	47	3	4
10	84	24	18	9	1
11	28	70	36	6	5
12	37	62	32	7	2
Paziente medio	92	53	33	9	3

confinati sulla sedia che arrivano ad avere anche un accesso ogni 4 giorni mentre la categoria che ne riceve meno è quella dei pazienti più pesanti con una media di meno di un accesso al mese. Questo dato rispecchia il carattere riabilitativo di questo tipo di intervento che viene offerto a coloro che hanno ancora dei margini di autonomia che rischiano di essere compromessi, mentre non è previsto, se non in minima parte per gli allettati e per coloro che hanno ancora un buon livello di autonomia fisica, i confinati in casa. La durata di questo tipo di accesso è

piuttosto costante, con un valore minimo di circa 40 minuti ed un valore massimo di circa 45 minuti.

Non si riscontrano differenze marcate tra le categorie sanitarie nella frequenza degli accessi medici: in generale si può dire che tutti i pazienti vengono visti circa una volta al mese.

Gli accessi degli specialisti, che in media si verificano ogni 3 mesi circa, presentano una elevata variabilità tra le categorie sanitarie. La durata di tali accessi varia dai 30 ai 50 minuti.

Gli accessi di carattere socio-assistenziale sono offerti circa 1 volta alla

settimana con casi di una volta ogni 15 giorni e sono pressoché indipendenti dalle caratteristiche sanitarie dei pazienti ed in effetti i bisogni sociali, per loro natura, non sono necessariamente correlati a quelli sanitari.

Osservando i tempi medi di assistenza relativi alle strutture residenziali (tabella 3.4), appare evidente che l'assistenza ai pazienti ruota principalmente intorno alla figura dell'ausiliario socio-assistenziale.

Al paziente medio, in una settimana, sono dedicate circa 9 ore e mezza di assistenza dall'ausiliario (poco meno di un'ora e mezza al giorno), contro le 2 ore e mezza circa dell'infermiere (poco più di 20 minuti al giorno), i 20 minuti del fisioterapista, il quarto d'ora circa del medico e dell'educatore e i 7 minuti dello specialista. I pazienti più compromessi richiedono al giorno circa 2 ore di assistenza dell'ausiliario e 45 minuti dell'infermiere mentre quelli più autosufficienti rispettivamente poco meno di mezz'ora e quasi 10 minuti.

L'impiego dell'animatore (o educatore) è in qualche misura inversamente proporzionale alla gravità dei pazienti e ciò è coerente con le caratteristiche di questo tipo di intervento che non può prescindere da un coinvolgimento attivo dei pazienti.

3.3. Costi

Le difficoltà incontrate nella rilevazione diretta dei costi nei singoli centri arruolati nello studio (mancanza o carenza di dati, assenza di contabilità per centri di costo), ci hanno spinto a preferire una metodologia alternativa per l'individuazione del costo di una giornata di presenza in ADI e in RSA per le diverse tipologie di ospiti/utenti.

L'approccio utilizzato si articola nelle seguenti fasi:

— valorizzazione a costi *standard* dei tempi medi di assistenza in modo

Tabella 3.4 - Tempi medi di assistenza in RSA

Categoria sanitaria	Minuti I.P. a settimana	Minuti ASA a settimana	Minuti FKT a settimana	Minuti medico a settimana	Minuti specialista a settimana	Minuti EDU/ANIM a settimana
1	323	889	4	12	4	
2	156	891	105	8	2	
3	106	566		38	45	
4						
5	134	619	17	14	6	4
6	195	653	13	29	8	31
7	66	471	40	8	3	6
8	92	470	39	16	14	41
9	115	365		13	5	34
10	243	642	46	22	12	46
11	84	213	0	17	6	84
12	96	202	28	14	7	38
Paziente medio	149	567	21	15	7	14

da individuare i costi relativi all'assistenza diretta;

— stima della percentuale di tempo dedicato dal personale socio-sanitario all'assistenza diretta (tempo per l'ospite/utente) e indiretta (tempo per adempimenti amministrativi, aggiornamento professionale, trasporto — nel caso dell'ADI — ecc.);

— sulla base del costo dell'assistenza diretta, stima del costo relativo al personale socio-sanitario (assistenza diretta + indiretta) (5);

— stima dell'incidenza del costo del personale socio-sanitario sui costi totali (comprensivi dei costi di struttura, del personale amministrativo, delle utenze, dei servizi alberghieri — per le RSA — ecc.);

— sulla base del costo del personale socio-sanitario precedentemente individuato stima del costo totale (6).

La valorizzazione dei tempi medi di assistenza è stata realizzata a costi standard, utilizzando come valori di riferimento il costo al minuto per figura professionale ricavato dal contratto per la sanità pubblica dalla Regione Lazio relativo al 1995 (tabella 3.5).

Valorizzando i tempi medi di assistenza si è giunti alla individuazione del costo relativo all'assistenza diretta.

Sulla base delle indicazioni fornite dai centri si è stimato che la percentuale di tempo dedicato all'assistenza diretta dal personale socio-sanitario è pari al 60% del tempo totale in ADI e all'80% in RSA (7). Da queste stime è stato possibile risalire al costo del personale.

Stimando infine, sulla base di informazioni rilevate direttamente nei centri e di dati di letteratura, che il costo del personale è nei servizi ADI pari a circa il 70% dei costi totali e nelle RSA al 60% è stato possibile stimare il costo totale settimanale per categoria di utente. Dividendo tale valore per i sette giorni della settimana si è giunti alla determinazione del costo per gior-

nata nelle due soluzioni assistenziali (tabelle 3.6 e 3.7).

I risultati relativi ai costi mostrano che le medesime categorie di pazienti hanno a domicilio un costo per giornata di presenza inferiore rispetto a quello in strutture residenziali. In particolare, per un paziente medio il costo per giornata a domicilio risulta pari a circa 34.000 lire, mentre in struttura residenziale a circa 114.000 lire.

Differenze anche marcate si riscontrano nei costi relativi alle diverse categorie sanitarie di pazienti. Il costo per giornata di presa in carico in ADI oscilla dalle 50.000 lire circa dei pazienti più compromessi (categorie 1 e 2), alle 35.000 lire circa di quelli intermedi (categorie 5, 7, 8), alle 25.000 lire di quelli più autonomi (categorie da 9 a 12) (tabella 3.6). Il costo per giornata di presenza in RSA invece è pari a poco meno di 180.000 lire per un paziente di categoria uno e a circa 60.000 lire per un paziente di categoria dodici (tabella 3.7).

Dal confronto dei costi per giornata di degenza e per categoria sanitaria in ADI e in RSA si evince che i primi sono mediamente il 30% degli altri arrivando in alcuni casi al 40%.

Se dai valori espressi in forma aggregata si passa ad analizzare quelli per centro, le 34.000 lire per giornata di un paziente medio in ADI hanno come range di oscillazione 37.000 e

Tabella 3.5 - Costi standard utilizzati per la valorizzazione

Figura professionale	Costo annuo	Ore anno	Costo all'ora	Costo al minuto
Infermiere professionale	59.000.000	1.872	31.517	525
ASA	52.000.000	1.872	27.778	463
FKT.....	57.500.000	2.132	26.970	449
Medico			60.000	1.000
Specialista			60.000	1.000
Educatore/animatore	57.500.000	1.400	41.071	685

Fonte: Contratto sanità pubblica Regione Lazio. Anno 1995.

Tabella 3.6 - Costo per giornata in ADI

Categoria sanitaria	Costo IP in una settimana	Costo ASA in una settimana	Costo FKT in una settimana	Costo medico in una settimana	Costo specialista in una settimana	Costo ass. diretta in una settimana	Costo ass. indiretta in una settimana	Costo personale in una settimana	Costi generali in una settimana	Costo totale in una settimana	Costo al giorno
1	90.694	34.314	4.270	9.874	4.934	144.087	96.058	240.144	102.919	343.063	49.009
2	83.193	38.889	15.473	13.470	1.095	152.120	101.414	253.534	108.657	362.192	51.742
3	22.325	27.778	17.044	9.070	—	76.216	50.810	127.026	54.440	181.466	25.924
4	41.340	—	—	—	—	41.340	27.560	68.900	29.529	98.428	14.061
5	52.359	25.641	14.421	9.090	2.184	103.695	69.130	172.824	74.068	246.892	35.270
6	35.900	14.228	21.532	10.757	1.716	84.133	56.088	140.221	60.095	200.316	28.617
7	31.079	27.778	29.967	10.814	1.141	100.779	67.186	167.965	71.985	239.950	34.279
8	29.439	32.051	35.570	4.992	4.413	106.466	70.977	177.444	76.047	253.491	36.213
9	28.680	10.897	21.315	3.412	4.069	68.373	45.582	113.955	48.838	162.793	23.256
10	44.178	10.893	8.227	8.983	565	72.845	48.563	121.409	52.032	173.441	24.777
11	14.959	32.407	16.107	6.264	5.004	74.741	49.827	124.568	53.386	177.954	25.422
12	19.504	28.674	14.241	6.938	2.046	71.401	47.601	119.002	51.001	170.004	24.286
Paziente medio	48.274	24.508	15.032	8.740	2.558	99.111	66.074	165.186	70.794	235.980	33.711

Tabella 3.7 - Costo per giornata in RSA

Categoria sanitaria	Costo IP in una settimana	Costo ASA in una settimana	Costo FKT in una settimana	Costo medico in una settimana	Costo specialista in una settimana	Costo EDU/ANIM in una settimana	Costo ass. diretta in una settimana	Costo ass. indiretta in una settimana	Costo personale in una settimana	Costi generali in una settimana	Costo totale in una settimana	Costo al giorno
1	169.844	411.647	1.635	11.977	4.341	—	599.443	149.861	749.304	499.536	1.248.841	178.406
2	81.745	412.629	47.240	8.140	2.326	—	552.079	138.020	690.099	460.066	1.150.165	164.309
3	55.735	261.987	—	38.372	45.349	—	401.443	100.361	501.804	334.536	836.339	119.477
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	70.374	286.795	7.417	13.985	5.782	2.616	386.969	96.742	483.711	322.474	806.186	115.169
6	102.274	302.454	5.808	28.738	7.683	21.328	468.285	117.071	585.356	390.237	975.593	139.370
7	34.804	218.213	17.927	7.984	3.488	4.301	286.717	71.679	358.396	238.931	597.327	85.332
8	48.532	217.651	17.750	16.413	13.864	28.015	342.225	85.556	427.781	285.188	712.969	101.853
9	60.343	168.981	—	12.558	4.884	23.519	270.285	67.571	337.856	225.237	563.093	80.442
10	127.522	297.355	20.895	21.628	11.860	31.819	511.079	127.770	638.849	425.899	1.064.749	152.107
11	44.302	98.497	—	16.637	5.993	57.839	223.268	55.817	279.085	186.057	465.141	66.449
12	50.464	93.742	12.775	14.390	6.977	26.069	204.417	51.104	255.521	170.347	425.868	60.838
Paziente medio	78.359	262.702	9.414	15.385	6.794	9.384	382.037	95.509	477.547	318.364	795.911	113.702

14.000 lire, mentre le 114.000 lire al giorno delle RSA hanno un *range* che oscilla da 88.000 a 134.000 lire.

4. Conclusioni

Dall'analisi delle caratteristiche sanitarie e sociali dei pazienti presenti in ADI e in RSA emerge che il ricovero in strutture residenziali è dettato fondamentalmente da motivi di tipo sociale.

Infatti, l'evidenza che i servizi ADI analizzati assistano pazienti con le

medesime caratteristiche sanitarie di quelli ricoverati in strutture residenziali porta a supporre che non esistano motivi di carattere sanitario (gravità, complessità dei casi trattati) che impediscano la presa in carico di quei pazienti da parte dei servizi ADI.

Poiché a livello teorico è possibile assistere a domicilio qualunque tipo di paziente ed erogare qualunque tipo di prestazione sanitaria, è bene precisare che i servizi domiciliari analizzati, pur essendo di medio-alta intensità

sanitaria, non rappresentano casi eccezionali nel panorama nazionale e non prevedono l'erogazione di particolari prestazioni sanitarie o assistenziali.

È, quindi, realistico parlare di una effettiva capacità dei servizi domiciliari, per come sono organizzati attualmente, di essere alternativi alle strutture residenziali benché nessuna considerazione sia stata fatta in merito all'efficacia delle cure nei due regimi assistenziali.

È pur vero che esistono differenze nel peso che le diverse tipologie di pazienti hanno nei due regimi assistenziali: in ADI sono presenti soprattutto pazienti con patologie particolari e/o allettati, mentre in RSA soprattutto pazienti compromessi dal punto di vista dello stato di orientamento. Evidentemente, benché sia possibile assistere anche a casa questa tipologia di pazienti, essi comportano un peso assistenziale più elevato, quanto meno da un punto di vista psicologico, per le famiglie e pertanto più frequentemente trovano ricovero in strutture residenziali.

Se dal punto di vista sanitario, con le differenze sopra citate, tutti i pazienti ricoverati in strutture residenziali avrebbero potuto essere assistiti a domicilio, solo una parte di questi presentava, al momento del ricovero, condizioni familiari tali da permettere quel tipo di assistenza. Per poter erogare prestazioni sanitarie a domicilio, infatti, è necessario che il paziente abbia dei familiari che assicurino un adeguato supporto alle cure.

I risultati dello studio dimostrano a questo proposito che oltre la metà (64%) dei pazienti presenti in strutture residenziali vivevano al momento del loro ricovero o in coppia o in famiglia allargata e che quindi, almeno a livello teorico, avrebbero potuto essere assistiti in ADI. Il fatto che nonostante la presenza dei familiari questi anziani siano stati ricoverati può dipendere sostanzialmente da due motivi: l'impossibilità o la indisponibilità da parte della famiglia a garantire l'assistenza necessaria o la mancanza di un adeguato servizio di assistenza domiciliare sul territorio.

Facendo un'ipotesi conservativa è possibile supporre che per almeno un terzo di tali pazienti il ricovero sia stata determinato dalla mancanza di valide soluzioni domiciliari alternative e non da motivi legati alla condizione

familiare. Secondo questa ipotesi dunque circa il 20% dei pazienti che sono stati ricoverati in RSA avrebbe potuto essere assistito a domicilio.

La trasferibilità dalle strutture domiciliari all'ADI è da intendersi in termini di ricoveri evitati. L'assistenza domiciliare infatti può evitare o posticipare il ricovero in strutture residenziali ma difficilmente è in grado prendere in carico pazienti già ricoverati modificando il loro regime assistenziale. Quest'ultima eventualità è difficilmente realizzabile in quanto, nella maggior parte dei casi, ricoveri in strutture residenziali in origine inappropriati si trasformano in soluzioni definitive.

Con riferimento al tipo di assistenza erogata in ADI e in RSA è possibile concludere che, dal punto di vista del tempo dedicato dal personale sanitario (infermieri, fisioterapisti, medici, specialisti) ad un paziente medio, le due soluzioni non si discostano molto tra loro (20 minuti al giorno in ADI contro i 27 in RSA); ciò che fa la differenza nelle RSA è il tempo dedicato ai pazienti dagli ausiliari, il cui ruolo nel caso dell'assistenza domiciliare è svolto dai familiari.

È importante ribadire che i dati che fanno riferimento all'ADI sono più precisi di quelli riferiti alle RSA, in quanto nel primo caso derivano da informazioni raccolte sistematicamente ed archiviate dai centri mentre nell'altro sono frutto di stime degli operatori.

Lo studio ha portato alla stima del costo per giornata di degenza in ADI e in RSA per le diverse categorie di pazienti individuate nel modello di analisi e per un generico paziente medio. Il costo per giornata di degenza di quest'ultimo è risultato pari a 34.000 lire in ADI e a 134.000 lire in RSA.

Benché i valori di costo individuati siano stati ottenuti tramite una valorizzazione a costi *standard* dei tempi

medi di assistenza, per l'impossibilità riscontrata ad effettuare delle rilevazioni dirette, è importante ricordare che le percentuali utilizzate per il calcolo sono basate su informazioni rese disponibili direttamente dai centri.

Le differenze di costo, individuate tra le diverse categorie (da 50.000 a 25.000 lire in ADI e da 180.000 a 60.000 lire in RSA), hanno rilevanti implicazioni dal punto di vista della gestione. Un servizio o una struttura, in fase di programmazione dell'attività, deve tenere bene in considerazione il tipo di paziente (o la *mix*) che decide di prendere in carico. Ciascuna tipologia di utente, infatti, richiede adeguati *standard* assistenziali che generano determinati livelli di costo i quali, per risorse date, incidono sul numero di posti che è possibile mettere a disposizione.

Il costo per giornata di degenza in RSA individuato nel presente studio è, con molta probabilità, sottostimato in quanto le tre strutture oggetto d'indagine non sono formalmente RSA, pur avendo con esse molti elementi in comune, primo fra tutti la tipologia di ospiti. La ripercussione sui costi è dovuta fondamentalmente al fatto di presentare *standard* gestionali più bassi. Studi condotti su RSA vere e proprie indicano come dati di costo per giornata di presenza valori che vanno dalle 96.000 lire per strutture dove si applica il contratto delle cooperative sociali, alle 133.000 lire dove è applicato il contratto degli Enti locali, alle 186.000 lire dove è in vigore il contratto della sanità (Bonucci, 1997). Secondo un'altra fonte (Il Sole 24 Ore, 1997) tale valore oscilla dalle 210.000 alle 260.000 lire.

Le differenze di costo individuate tra i servizi ADI per un paziente medio (range di oscillazione: 14.000-37.000 lire al giorno) dipendono dalla frequenza e dalla durata degli accessi (a loro volta funzione del *mix* di pazienti

presi in carico) e dal supporto che la famiglia è in grado o meno di offrire. Nelle zone urbane, ad esempio, è naturale aspettarsi un costo superiore dovuto al minore supporto familiare garantito al contrario delle zone extraurbane. In alcuni casi, inoltre, i servizi ADI adottano programmi di educazione sanitaria per le famiglie al fine di rendere queste ultime maggiormente in grado di gestire i propri congiunti a domicilio, ridimensionando il ruolo del servizio. Il range di oscillazione del costo per un paziente medio tra le RSA (88.000-134.000 lire al giorno) può essere spiegato dalla tipologia di struttura, da cui dipende lo standard di personale richiesto, e dal mix di pazienti ospitati.

I costi individuati nel presente studio sono riferiti agli enti gestori: servizi domiciliari gestiti direttamente o indirettamente dalle Aziende sanitarie locali e strutture residenziali pubbliche afferenti al settore assistenziale (IPAB) convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, dal quale sono finanziate per le prestazioni di tipo sanitario in esse erogate.

Se si assume il punto vista del Servizio sanitario nazionale, i valori da considerare per un confronto economico tra le due alternative sono il costo per giornata nei servizi domiciliari (secondo il presente studio 34.000 lire per un paziente medio) e la quota di finanziamento giornaliero che il Fondo sanitario regionale (FSR) garantisce alle strutture residenziali convenzionate (8). In Lombardia tale finanziamento si aggira intorno alle 50.000 lire per pazienti non autosufficienti,

ma in altre regioni raggiunge anche livelli più elevati.

La domanda fondamentale che ci siamo posti all'inizio di questo lavoro era se l'assistenza domiciliare potesse essere alternativa al ricovero in RSA: la risposta a cui siamo giunti è che può esserlo, ed anche in larga misura, e a costi inferiori per il SSN.

Non va dimenticato però che il contenimento dei costi che la soluzione domiciliare può garantire al SSN determina uno spostamento dell'onere assistenziale (e finanziario) sulle famiglie che, benché in Italia abbiano sempre mostrato una grande disponibilità ad assistere i propri congiunti, devono essere adeguatamente supportate in un compito così delicato. Il successo infatti di una politica di deistituzionalizzazione non può prescindere da un coinvolgimento attivo delle famiglie che devono sentirsi appoggiate e guidate dai servizi domiciliari.

(1) Per un'analisi delle diverse tipologie di servizi si rimanda all'ampia letteratura sull'argomento.

(2) Sul territorio nazionale queste strutture assumono nomi e forme giuriche molto diverse tra loro, in questa sede verranno denominate genericamente RSA.

(3) La Regione Lombardia stima un fabbisogno complessivo di posti letto in strutture residenziali pari al 3,5% della popolazione anziana.

(4) Le categorie fanno riferimento alla tabella 2.1 presentata nel paragrafo relativo ai metodi.

(5) Costo del personale = costo assistenza diretta/percentuale tempo assistenza diretta.

(6) Costo totale = costo del personale/incidenza costo del personale su costi totali.

(7) Tale differenza è giustificata dal fatto che in ADI una quota maggiore di tempo/operatore è impiegata in spostamenti, coordinamento, operazioni di segreteria per la natura stessa del servizio.

(8) È possibile estendere ulteriormente tale riflessione assumendo il punto di vista del settore pubblico. Oltre al comparto sanitario, infatti, intervengono nel finanziamento delle strutture residenziali anche i Comuni nel caso in cui gli anziani non siano in grado di far fronte al pagamento delle rette.

BIBLIOGRAFIA

- BONUCCI L. (1997), *Complementarietà tra RSA e ADI*, tesi di laurea Università degli Studi di Bologna, anno accademico 1995-1996.
- CENSIS (1996), *Home care per anziani. La mappa dell'offerta*, Franco Angeli, Milano.
- CERGAS (1996), *Modelli di assistenza domiciliare e tipologie di servizi*, ricerca non pubblicata.
- GIAMMARCHI C., MENGANI M. (1996), *Residenze per anziani ed evoluzione del fabbisogno assistenziale*, IPAB Oggi; 3:16-21.
- IL SOLE 24 ORE (1997), *Lungodegenze meno care nelle residenze assistenziali*, Il Sole 24 Ore 15 settembre 1997.
- IRP-CNR, (1995), *Tre scenari per il possibile sviluppo della popolazione delle regioni italiane al 2044 (base 1994)*, Roma.
- LEVORATO A., ROZZINI R., TRABUCCHI M. (1994), *I costi della vecchiaia. L'assistenza sanitaria agli anziani negli anni '90*, Il Mulino, Bologna.
- JAMENSON A. (1992), *Home care for older people in Europe. A comparison of policies and practices*, Oxford Pubb., New York.
- LONGO F. (1997), *I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa. Ipotesi per un nuovo sistema di relazioni*, Mecosan 1997; 23: 51-65.
- SPI CGIL-ASI (1997), *Lo stato di attuazione del progetto obiettivo anziani*, ASI 1997; 3:7-29.

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.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

L'ETICA DEL BUDGET

di Mauro Barbagli

Ferrovie dello Stato di Arezzo

Nel corso del 1997, in occasione della preparazione della mia tesi di laurea in Scienze politiche, sono stato testimone del processo di introduzione del sistema di *budget* nell'azienda USL 8 di Arezzo. Dopo un brevissimo richiamo al tema del *budget* e quella concreta esperienza, voglio qui proporre alcune riflessioni personali articolate come rischi e potenzialità insiti nello strumento quando questo venga applicato nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche.

È opportuno ricordare che il controllo di gestione, ed il *budget* quale sua indispensabile componente, è uno strumento utilizzabile in qualunque tipo di azienda a condizione, evidentemente, che vengano tenute in considerazione le caratteristiche specifiche della singola organizzazione. Non va peraltro sottovalutato il suo impatto sulla struttura organizzativa sia formale che informale. Infatti il *budget*:

— individuando con precisione il contenuto di responsabilità dei vari CDR, costringe a ripensare sull'effettivo apporto che le singole Unità operative danno al raggiungimento degli obiettivi generali dell'azienda;

— responsabilizzando pienamente i dirigenti, può rendere indispensabile, in alcuni casi, la ridefinizione delle Unità operative al fine di individuare ambiti sufficientemente significativi da attribuire alle funzioni dirigenziali;

— delimitando meglio i confini delle responsabilità, contribuisce a diminuire la distanza tra struttura formale ed organizzazione informale dell'azienda;

— ridefinendo i rispettivi compiti e responsabilità, può migliorare il difficile rapporto tra componente professionale e componente amministrativa.

Nella USL 8 di Arezzo il processo di *budget* è stato applicato nel modo classico e ormai consolidato:

— formazione del comitato *budget*, garantendo la presenza verticale (dipartimenti), quella orizzontale (zone) e quella di supporto (*staff*), per dotarlo della massima rappresentatività ed autorevolezza;

— ricognizione dell'assetto organizzativo al fine di identificare i livelli organizzativi ai quali assegnare responsabilità di *budget*;

— individuazione dei contenuti delle responsabilità dirigenziali ai diversi livelli dell'articolazione organizzativa (piano dei centri di responsabilità);

— predisposizione delle schede di *budget* in funzione delle strategie e priorità aziendali;

— individuazione delle risorse e degli indicatori di risultato da negoziare con ogni centro di responsabilità (compatibilmente con la qualità e quantità di informazioni che il sistema informativo aziendale è in grado di trattare);

— negoziazione e predisposizione del *budget* consolidato di azienda.

L'eccezione è stata l'inserimento nel sistema negoziale di una struttura nuova, i centri di negoziazione (CDN), quali entità intermedie tra il comitato *budget* ed i centri di responsabilità. Tale inserimento si è reso necessario data la complessità strutturale dell'azienda, sia dal lato tecnologico e specialistico (tipologie di intervento molto varie), sia da quello semplicemente territoriale (notevoli distanze geografiche e la presenza di una zona a gestione speciale). Indicativamente, i CDN sono stati individuati all'incrocio tra la struttura verticale dei dipartimenti e quella orizzontale delle zone, facendo capo ai dirigenti delle aree funzionali territoriali o alle aree omogenee ospedaliere.

In parallelo all'avvio del sistema di *budget* è partita poi una prima sperimentale applicazione del nuovo contratto per dirigenti con l'introduzione dei nuovi sistemi di ricompense, concomitanza che ha creato, come vedremo, alcuni inconvenienti.

Vorrei ora soffermarmi su alcune criticità, rischi e potenzialità che sembrano interessanti dal mio punto di osservazione.

1. Limite del non coinvolgimento

La sanità e l'erogazione di servizi sanitari sono un sistema altamente

complesso e specializzato. Accanto a figure da sempre considerate come indispensabili ruotano e lavorano numerose figure con saperi, capacità e professionalità altrettanto indispensabili. Il chirurgo non opera da solo e la qualità di un ricovero si misura anche con la gentilezza dell'inserviente.

Nel sistema di *budget* osservato gli obiettivi possono venire negoziati e concordati solo dal responsabile senza il coinvolgimento degli altri operatori. Questi, a loro volta, possono così divenire a priori «nemici del cambiamento», magari sindacalizzando il confronto in senso economicista e finendo per considerare il *budget* solo un ulteriore meccanismo di tipo retributivo.

Altre culture ci hanno insegnato che solo l'*empowerment*, la partecipazione ed il coinvolgimento a tutti i livelli determinano la «qualità totale», diversamente si corre il rischio, che nella sanità è più alto, di una competitività esasperata e controproducente tra le diverse tipologie di operatori.

Perché non stimolare la nascita di «circolo di qualità», senza vincoli gerarchici, per utilizzare a pieno tutti i saperi aziendali e collegarli alle innovazioni gestionali, in una logica di intreccio positivo tra circoli e *budgeting*?

2. Rischio di burocratizzazione

Consiste nel considerare la negoziazione come un nuovo adempimento burocratico, trattando le schede di *budget* come un ulteriore modulo da riempire. Per fortuna ben pochi dirigenti di unità operativa si sono collocati in questa prospettiva, ma occorrerà del tempo affinché tutti entrino appieno nella logica della negoziazione responsabile e prendano dimestichezza, coscienti che il loro operare modifica la qualità e l'efficacia del servizio finale, con l'analisi delle ri-

sorse e dei bisogni, la negoziazione degli obiettivi da raggiungere e l'individuazione degli indicatori che ne testimoniano il raggiungimento.

3. Il rischio di un dialogo tra sordi

Il difficile rapporto tra componente professionale e componente amministrativa è naturalmente venuto a galla, ma l'analisi del lavoro, dei dati, dei numeri a cui costringe il *budget*, ha accresciuto le rispettive conoscenze delle problematiche altrui, facilitando il dialogo. Si sono poste così le basi per superare le carenze di cultura gestionale dei professionisti, in particolare medici, poco abituati a valutare gli «effetti collaterali» delle loro prestazioni (soprattutto in senso economico!) e le difficoltà a cambiare modo di lavorare degli amministrativi, spesso legati ad una cultura burocratica più orientata alle procedure che all'ottenimento dei risultati.

4. Rischio del collegamento a interessi e meccanismi «forti»

Collegare il sistema di controllo di gestione, ancora allo stato nascente, a un interesse forte come quello rappresentato dal sistema retributivo rischia di vanificare gli sforzi dei promotori, dei consulenti ed anche di coloro che sono stati fin dall'inizio i testimonial più importanti: quei dirigenti che sono entrati subito e con entusiasmo nella nuova mentalità. Tanto più che la disponibilità economica spendibile nell'operazione è necessariamente limitata e le aspettative dei dirigenti coinvolti sono invece molto elevate sul piano stipendiale, visto che sul versante delle prospettive di carriera non esiste ancora in tutto il pubblico impiego relazione tra gestione delle carriere e risultati operativi. Ma questo ragionamento, ancorché interessante e con implicazioni profonde, rischia di

trascinarci lontano dalle semplici valutazioni sul caso in esame, perché si infrange contro il muro delle riforme dimezzate e della carente cultura gestionale italiana. Sarebbe comunque stata ben altra cosa se i risultati avessero potuto influire sull'insieme del sistema di ricompense aziendali!

5. Domanda ed offerta

Esaltando i concetti di responsabilità, di efficacia e risultato, costringendo ai numeri sulle prestazioni, il *budget* ha inevitabilmente fatto riflettere anche sulla qualità e sulle caratteristiche delle prestazioni stesse. Quantità, qualità e caratteristiche delle prestazioni sono fattori che sempre di più dovranno fare i conti con la domanda che viene dall'utente anziché con una strutturazione del sistema di offerta basata sulla prevalenza della linea gerarchica incentrata sulla materia, sulla disciplina specialistica rappresentata dalle unità operative. Si potrebbe innescare in questo senso un cambiamento profondo, che mira alla ricomposizione dei percorsi di trattamento dei pazienti in funzione di un intervento più integrato tra le specialità e di una più economica gestione degli strumenti, delle tecnologie, dell'assistenza. In altre parole è possibile un ridimensionamento del ruolo degli specialisti a favore di una risposta all'utenza complessiva, integrata e più attenta alla persona.

6. Spinta all'innovazione

Alla luce di queste considerazioni voglio citare due esempi di schede di *budget*, che a mio parere sono estremamente significativi, in quanto testimonianza della possibilità di coniugare efficienza ed efficacia, ed al tempo stesso segno tangibile, concreto, che nell'azienda esistono capacità gestio-

nali pronte a raccogliere la sfida dell'innovazione.

Tra gli obiettivi proposti in queste schede, e che esemplificano alcuni concetti già trattati, mi riferisco all'aumento delle prestazioni di A.D.I e all'incremento con estensione in tutte le zone, dell'attività di rieducazione in acqua.

L'Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) è un servizio di erogazione domiciliare di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali finalizzate alla prevenzione ed al contenimento della non autosufficienza in alternativa al ricovero ospedaliero. È un intervento multidisciplinare che richiede organizzazione e collaborazione tra le varie specialità, «educa gli utenti, ma anche i professionisti». È efficiente perché contribuisce a diminuire le degenze ospedaliere con risparmio economico per l'azienda. È efficace perché permette la gestione della malattia in ambiente familiare, quindi migliore per il paziente che è portato ad un atteggiamento più attivo nei confronti della propria salute.

Il trattamento riabilitativo in piscina è una tecnica ormai attivata da anni presso la USL 8, che consiste in attività motorie globali, attive e passive effettuate in acqua, generalmente in

gruppo, salvo casi di particolare gravità. È efficiente perché riduce la spesa per le cure fisiche individuali passive, sia interne che in convenzione, fonte di notevole *deficit* per l'azienda; al contempo migliora l'utilizzo del tempo-lavoro dell'operatore con un rapporto 1:6 contro l'1:1 della tradizionale terapia fisica. È efficace perché l'acqua è un elemento naturale dove il paziente generalmente riacquista fiducia nelle proprie possibilità di movimento e guarigione e, una volta appreso ciò che è utile per lui, è in grado di autogestire le prestazioni in modo attivo. Inoltre il gruppo stimola la risposta psicologica positiva alla malattia o all'invalidità.

Aver osservato l'avvio di un processo di *budget* mi ha suggerito la considerazione finale che in tutti i processi di cambiamento, soprattutto dove viene speso denaro della collettività e si fornisce un servizio indispensabile, occorre la presenza di una forte base etica, di una tensione di tutta l'organizzazione a fare bene, altrimenti gli opportunismi possono prendere il sopravvento vanificando il processo stesso. E d'altra parte gli strumenti numerici propri del controllo di gestione e del *budget* riconducono il dibattito etico ad una dimensione realistica e concreta, dove la distanza tra le afferma-

zioni di principio e l'agire giornaliero si misura in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate. Il *budget* infatti ribalta, nella sua ideale perfezione, l'impostazione organizzativa tradizionale basata esclusivamente sulla professionalità, e, pur valorizzando i saperi, non li gerarchizza, perché li considera tutti utili in funzione del risultato complessivo e degli effetti sul cittadino-utente. In fondo, dal punto di vista del cittadino-utente (cioè di chi paga il servizio o ne usufruisce), la vera alternativa non sta nella scelta pubblico/privato, ma si esplica più a fondo, nei recessi delle motivazioni individuali degli operatori e nei comportamenti conseguenti, nei valori che avverte o non avverte: un'alternativa riconducibile ad un «continuum» i cui estremi si possono individuare con gli aggettivi «cinico» ed «etico», sia che si tratti di risparmiare il denaro pubblico, sia che si tratti di assistenza ai pazienti. Si può quindi azzardare l'ipotesi che una corretta istituzione del sistema di *budgeting* faciliti lo sviluppo di valori condivisi forti, valori per i quali le individualità siano stimolate e premiate in funzione dei risultati, valori che recuperino e trasformino l'etica della professionalità in una più ampia etica della responsabilità sociale.

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.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

ANALISI DELLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI DEL REPARTO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA DELL'A.O. RUMMO DI BENEVENTO

di Alessandra Augusto, Orsola Balsamo, Marcello Martinez, Rosalba Filosa Martone

Economia e Gestione delle Imprese di Servizi Pubblici - Facoltà di Economia dell'Università di Napoli Federico II

SOMMARIO: 1. La formazione nella sanità - 2. Obiettivo e metodologia dell'intervento - 3. Il reparto di ginecologia dell'ospedale Rummo di Benevento - 4. La rilevazione sul campo - 5. I principali risultati dell'indagine - 6. Considerazioni finali.

1. La formazione nella sanità

I cambiamenti introdotti nella sanità dagli interventi del legislatore nazionale, e regionale, sono stati accolti dagli operatori del settore con un certo entusiasmo per le potenzialità che la sua realizzazione offre ma anche con una certa preoccupazione per la consapevolezza che, senza un adeguato supporto, che aiuti a gestire e superare la fase di transizione, gli effetti più immediati si limiteranno ad un'ulteriore spinta verso il *caos*.

I cambiamenti sono, spesso, caratterizzati da un iniziale momento di sbandamento, in quanto i soggetti coinvolti devono abbandonare prassi, di cui si ritengono esperti per adottare schemi mentali e di lavoro nuovi, di cui non hanno sufficientemente maturato conoscenza ed abilità. Le trasformazioni verso nuovi modelli, quindi se non adeguatamente supportate da un sostegno che guidi le persone in questa difficile fase di transizione, perderanno gran parte dei loro effetti positivi e benefici per trasformarsi in breve in una indesiderata occasione di inefficienza e frustrazione.

Il termine azienda, introdotto in riferimento alle strutture sanitarie dalla L. 502 del 1992, è stato già da solo occasione di molti equivoci, contrasti e

conseguenti dibattiti fra gli addetti del settore per la difficoltà o la novità, di vedere un tale termine, accostato ad una realtà così diversa ed unica come quella sanitaria. Forse questo gran discutere è stato determinato da un'interpretazione inadeguata del termine azienda e, quindi, del suo rifiuto in quanto associato, impropriamente, a concetti ritenuti giustamente inadatti al servizio sanitario pubblico.

In questo contesto diventa indispensabile — per non vanificare il proposito di cambiamento avviato dalla L. 502/92 con l'imposizione dell'adozione di modelli di gestione di tipo manageriale — prevedere degli interventi formativi che permettano agli operatori sanitari l'acquisizione di concetti economici ed aziendali, ed una mentalità manageriale che si possa integrare con la specificità della propria missione e della propria professionalità.

In quest'ottica la formazione non deve essere vista esclusivamente come uno strumento per adeguare le conoscenze del personale alle nuove necessità imposte dalla norma, ma piuttosto, deve essere un'occasione di apprendimento di tutta l'organizzazione affinché questa possa definire autonomamente i propri percorsi di sviluppo e di miglioramento in rela-

zione alle necessità della propria realtà di lavoro.

Diventa, quindi, necessario adottare un nuovo tipo di formazione che superando quella tradizionale, standardizzata e focalizzata solo sulla trasmissione di nozioni (sapere), favorisca una maturazione delle abilità (saper fare) e degli atteggiamenti (saper essere) dei singoli partecipanti ai corsi per assicurare loro una partecipazione, al processo di cambiamento da attori protagonisti e non da spettatori o, addirittura, da vittime.

Il lavoro che qui presentiamo è frutto di una collaborazione fra due componenti: una universitaria, composta dalla dott.ssa Alessandra Augusto, dalla dott.ssa Orsola Balsamo e dal dott. Marcello Martinez, ed una aziendale, composta dalla dott.ssa Marina Pinto, dalla sig.ra Milena Pregnotato e dalla sig.ra Assunta Zagarese. I risultati dell'intervento di formazione su progetto sono stati conseguiti con l'apporto di tutti i membri del gruppo, a me il compito di riordinarli e fornire una chiave interpretativa dell'intervento formativo nel suo complesso e dei risultati dell'indagine.

Si coglie l'occasione per ringraziare il Direttore generale, dott. Giancarlo Sanna, il Direttore sanitario, dott. Mario Sagliocco, il Direttore amministrativo, dott. Umberto Martignetti, per averci affidato l'incarico di formazione e con esso una irripetibile opportunità di apprendimento su campo anche per noi formatori.

Un intervento formativo così concepito si propone di assistere il personale nella pianificazione ed attuazione nella propria realtà operativa di un progetto relativo al raggiungimento di un obiettivo prefissato; un obiettivo che deve essere condiviso dal management su proposta delle persone coinvolte nel progetto formativo.

Tale intervento si differenzia dalla consulenza poiché non offre una soluzione al problema confezionata da esperti esterni, ma assiste il personale nella ricerca ed attuazione della propria soluzione al problema, facendo crescere, così, il grado di autonomia e di responsabilità in tutti coloro che partecipano al progetto formativo. Si deve affiancare alla normale attività di docenza in aula un'azione formativa che si espliciti attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro misto, costituito dal personale interno alla struttura coinvolto nella realizzazione del progetto e formatori esterni, che in incontri cadenzati si confronti sullo stato di attuazione del progetto, discuta sugli strumenti più idonei da adottare nelle diverse situazioni, commenti i risultati ottenuti e concordi le fasi successive del percorso.

Tale strumento di azione formativa è caratterizzato da un'elevata efficacia in quanto fondandosi sul coinvolgimento di risorse interne, conferisce agli interventi formativi un orientamento adeguato alla specifica realtà aziendale, evitando soluzioni standardizzate o a catalogo. L'impiego di team, inoltre, consente al personale interno di migliorare le proprie capacità di autoanalisi e di sviluppare l'apprendimento sul campo delle tecniche e degli strumenti utili all'analisi e alla risoluzione dei problemi, ma anche alla definizione dei percorsi da seguire per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

2. Obiettivo e metodologia dell'intervento

La richiesta del *management* dell'Azienda ospedaliera G. Rummo di Benevento di assistere il personale dell'U.R.P. nell'attuazione di un progetto di analisi e valutazione del livello di soddisfazione degli utenti di un reparto, ci ha offerto la possibilità di realizzare un intervento di formazione in sintonia con quanto precedentemente affermato.

Esso si è, quindi, proposto i seguenti obiettivi:

1) trasferire al personale della struttura ospedaliera le basi metodologiche e i principi di implementazione di un progetto di analisi e valutazione del livello di soddisfazione degli utenti sulla qualità del servizio offerto loro;

2) applicare le metodologie descritte ad una prestazione specifica - nel caso in oggetto è stata rappresentata dai servizi offerti dal reparto di ginecologia ed ostetricia dell'ospedale - per poterla trasferire successivamente, e autonomamente, agli altri reparti dell'azienda.

2.1. Metodologia dell'intervento

L'intervento si è basato su tre strumenti formativi e di consulenza/assistenza: incontri di preparazione, assistenza diretta, valutazione dei risultati e *counselling*.

Gli incontri di preparazione si sono svolti mediante la costituzione di un gruppo di progetto misto, composto da docenti e ricercatori del Dipartimento di Economia aziendale dell'Università degli Studi di Napoli «Federico II», e dai membri dell'Unità operativa informazioni e relazioni dell'Azienda ospedaliera. L'attività del gruppo si è svolta sia presso la sede del dipartimento sia presso la struttura ospedaliera e si è concentrata sul trasferimento di modelli e metodologie

per facilitare l'impostazione del lavoro di rilevazione sul campo.

I punti di forza di tali incontri sono stati il confronto diretto fra i membri del gruppo, la trasmissione personale di informazioni, principi di base e modelli, la flessibilità operativa e il clima collaborativo che si è così potuto instaurare.

L'attività di assistenza diretta ha visto il coinvolgimento diretto dei diversi componenti del gruppo nello svolgimento delle diverse fasi del lavoro: analisi del processo di erogazione del servizio, definizione del campione, preparazione del questionario, predisposizione dei sistemi informatici di elaborazione dei dati, somministrazione del questionario, analisi e commento dei risultati.

Il contatto diretto fra i consulenti e il personale dell'azienda ha consentito di intervenire tempestivamente su quelle aree metodologiche in cui si avvertiva maggiormente l'esigenza di ulteriori approfondimenti, di sperimentare operativamente gli strumenti e le metodologie prescelte, evidenziando di volta in volta le potenzialità ed i limiti, nonché di affrontare in modo congiunto i problemi imprevisti e scegliere fra le diverse alternative quelle più coerenti con gli obiettivi della rilevazione.

L'attività di valutazione e di *counselling* ha, infine, consentito di fornire al personale dell'azienda ospedaliera importanti *feedback* sull'approccio e sui metodi di lavoro adottati, nonché sulla elaborazione dei dati e sul commento dei risultati. Tali occasioni sono state considerate di rilevante importanza, in quanto si è ritenuto di dover assegnare all'intervento l'obiettivo di trasmettere oltre a specifici modelli e metodologie anche *know how* di base per poter in futuro affrontare problematiche simili, predisporre nuovi progetti, e avviare così autono-

mamente ulteriori iniziative di miglioramento.

2.2. Motivazioni alla base dell'intervento

La rilevazione della soddisfazione dell'utenza è un impegno nient'affatto nuovo per l'A.O. Rummo di Benevento, dove l'Ufficio relazioni col pubblico già da diverso tempo ha messo a punto un sistema di questionari a tal fine preposto. Tuttavia, ben precise circostanze, confermate dalle relazioni alle schede di gradimento compilate dai degenti, hanno motivato un ripensamento delle modalità e degli strumenti operativi dell'analisi.

Già a fine '96, l'Unità operativa informazioni e relazioni aveva evidenziato al *management* la necessità di seguire un corso di formazione/assistenza per i suoi componenti, al fine di avviare uno studio più scientifico sulle metodologie di rilevazione del livello di gradimento relativo alla ospedalizzazione degli utenti. Questa esigenza era determinata dal fatto che, la metodologia utilizzata per il rilevamento del gradimento dei degenti, consistente nella somministrazione indiretta di un questionario (questionario consegnato dalla caposala di reparto al degente che dopo averlo compilato e firmato lo doveva depositare nelle cassette allocate in ogni divisione per essere mensilmente rilevati ed elaborati a cura dell'URP) presentava delle evidenti difficoltà. Si registrava infatti, una bassa restituzione delle schede rispetto al numero dei ricoverati e un'alta percentuale di non rispondenti. Purtroppo il modesto successo di questa iniziativa è stato determinato dall'azione congiunta di una pluralità di fattori quali la mancata adeguatezza dello strumento utilizzato per il condizionamento esercitato sul paziente dalla struttura ospedaliera, le difficoltà interpretative di alcune

domande e la mancanza di anonimato, che comprometteva la veridicità delle risposte ed una conseguente sfiducia nell'utilità di partecipare all'iniziativa.

Appariva dunque chiara l'esigenza di adottare iniziative adeguate per superare il massiccio astensionismo registratosi ed aumentare la portata cognitiva del questionario stesso.

2.3. Scelta del reparto

La scelta del reparto dove sperimentare questa metodologia di analisi è stata effettuata dal gruppo URP sulla base di alcuni parametri di valutazione quali: la facilità di accesso alla struttura, il grado di disponibilità del personale, la criticità della prestazione sanitaria erogata.

Il gruppo URP ha individuato nella divisione di ginecologia ed ostetricia l'area da monitorare. Essa, comprendendo sia i ricoveri di elezione che di emergenza ed offrendo prestazioni chirurgiche e non chirurgiche, dava la possibilità di avere un'utenza diversificata e, quindi, uno studio sul gradimento più completo.

Sono, dunque, stati acquisiti i dati strutturali della divisione (superficie totale e distinta fra camere di degenza, sala parto, sala travaglio, sale operatorie etc.) nonché sul tipo e numero di prestazioni erogate. Si è proceduto, poi, a rilevare indicatori di attività, come il totale dei ricoveri di tutte le divisioni nel I e II semestre del 1995 e del I semestre del 1996, nonché ad acquisire attraverso l'ufficio anagrafe del comune di Benevento, il numero dei nati nei periodi su indicati al fine di valutare il «peso» dell'attività svolta dalla divisione di ginecologia sia rispetto a tutta l'attività ospedaliera sia rispetto alle altre strutture esterne che offrono servizi analoghi.

3. Il reparto di ginecologia dell'ospedale Rummo di Benevento

Nella città di Benevento si ritrovano a convivere, nonché a concorrere, due realtà ospedaliere ben diverse: l'A.O. Rummo e l'ospedale religioso «Fatebenefratelli» a gestione privata convenzionata. In entrambi i nosocomi esiste la divisione di ginecologia ed ostetricia, con 34 posti letto per la prima struttura e 66 per la seconda.

Le possibilità di attrazione dell'utenza da parte dell'ospedale religioso «Fatebenefratelli» sono notevoli; tale circostanza non può non destare preoccupazioni e, tra l'altro, il reparto di ginecologia e ostetricia, con un'attività più che doppia (nel '95) rispetto a quella del Rummo, è quello sul quale le utenti sono maggiormente sensibili alle differenze di *comfort* fra le due strutture. Ma, stando ai dati dell'ultimo periodo di comparazione e alla luce delle diverse disponibilità di posti-letto, sta progressivamente colmandosi la differenza fra i rispettivi indicatori di attività (tavola 1 e tavola 2).

Infatti, sebbene dai dati raccolti il numero di nascite sia più elevato nell'ospedale «Fatebenefratelli», rapportando questi valori con il numero dei posti letto disponibili in entrambi le divisioni si nota come la produttività dell'ospedale G. Rummo risulti nettamente più consistente ed in crescita, sia per le prestazioni ginecologiche che per quelle ostetriche.

Inoltre, dai dati disponibili si può notare come la percentuale dei nati presso l'ospedale Rummo sul totale dei nati a Benevento stia progressivamente aumentando, infatti si è passati dal 35% del I semestre '95 al 39% del II semestre '96, sintomo di una crescente fiducia nella ospedalità pubblica espressa dalle partorienti.

Tavola 1 - Ricoveri reparto ginecologia

	Primo semestre 1995		Secondo semestre 1995		Primo semestre 1996		Posti letto
	N. interventi	Interventi/posto letto	N. interventi	Interventi/posto letto	N. interventi	Interventi/posto letto	
Fatebenefratelli	731	24.4	746	24.9	837	27.9	30
Rummo	254	16.9	292	19.5	425	28.3	15

Tavola 2 - Ricoveri reparto ostetricia

	Primo semestre 1995		Secondo semestre 1995		Primo semestre 1996		Posti letto
	N. interventi	Interventi/posto letto	N. interventi	Interventi/posto letto	N. interventi	Interventi/posto letto	
Fatebenefratelli	900	25.0	914	25.4	847	23.5	36
Rummo	578	30.4	554	29.2	587	30.9	19

3.2. La rilevanza del reparto nella struttura ospedaliera

Per ottenere un quadro più preciso del contesto in cui opera la divisione analizzata si è rapportata la sua capacità di offerta con i valori relativi all'intera struttura ospedaliera G. Rummo. Come si nota nella tavola 3 il numero dei posti letto disponibili presso la divisione di ginecologia ed ostetricia è pari al 6,7% dei posti letto totali (507), mentre i 57 addetti rappresentano il 4,5% del personale occupato nel nosocomio (1257 unità) (grafici 1 e 2).

Dai dati rilevati è emerso inoltre che sta aumentando il peso della divisione sul volume totale di attività dell'azienda:

— nel I semestre del 1995 si registra un numero di 832 ricoveri pari a 8,4% circa del totale;

— nel II semestre del 1995 non si segnalano rilevanti variazioni, in quanto i ricoveri sono stati 845 (pari al 8,6% dei ricoveri totali);

— nel I semestre del 1996 invece, i ricoveri sono aumentati del 20% rispetto allo stesso periodo del 1995 raggiungendo il 9,1% dei ricoveri totali.

Tavola 3 - La distribuzione per professione delle pazienti intervistate e del capofamiglia

	Intervistata	Capofamiglia
Imprenditore, datore di lavoro, libero professionista	—	7,4%
Impiegato, artigiano, esercente, piccolo commerciante, insegnante	21,0%	49,3%
Agricoltore, bracciante	8,6%	8,6%
Operaio/a	2,4%	21,0%
Studente	—	—
Pensionato/a	3,7%	5,0%
Disoccupato/a	11,1%	7,4%
Casalino/a	53,0%	1,2%
Totale	100,0%	100,0%

Grafico 1 - Rilevanza dimensionale della divisione nella struttura: posti letto

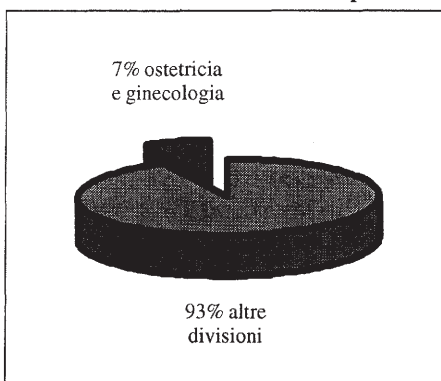
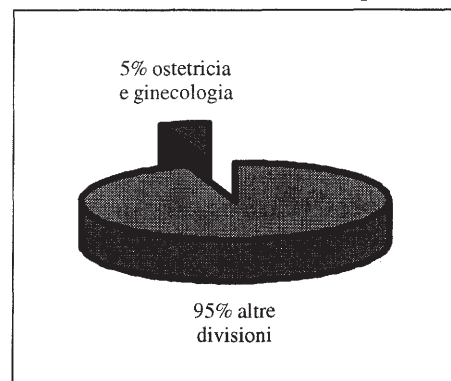


Grafico 2 - Rilevanza dimensionale della divisione nella struttura: personale



Rispetto all'offerta di prestazioni ambulatoriali, come si nota dalla tavola 5, i dati confermano l'incremento di attività del reparto in esame in una realtà ospedaliera complessiva che presenta, invece, un andamento oscillatorio (grafici 3 e 4).

4. La rilevazione sul campo

4.1. La scelta del campione

L'indagine si è svolta mediante la somministrazione di un questionario all'utenza ricoverata presso il reparto di ginecologia ed ostetricia.

Per definire il numero di soggetti da intervistare, potevano essere adottate due metodologie: l'indagine totalitaria e quella campionaria statistica. Nell'indagine totalitaria vengono intervistati tutti i soggetti facenti parte dell'universo di riferimento in un determinato arco temporale, in quella campionaria invece occorre determinare il numero dei soggetti da intervistare mediante la seguente formula:

$$n = \frac{\theta^2 \times N \times p \times q}{E^2 \times (N - 1) + \theta^2 \times p \times q}$$

dove N rappresenta il valore dell'universo di riferimento, θ l'intervallo di confidenza, E, l'errore, esprime il grado di precisione desiderato, p e q la distribuzione delle probabilità.

Applicando i seguenti valori alla formula statistica: N = 2.700 (che rappresenta il numero dei ricoveri effettuati nel 1996 nel reparto di ginecologia ed ostetricia, pari ad una media giornaliera di 5.4), $\theta = 2$, p = q = 0.5, E = ± 8%, si ottiene che n, la numerosità campionaria, è uguale a 148.

Si è preferito ricorrere al primo tipo di analisi (quella totalitaria), in quanto i limiti di tempo e di risorse umane non avrebbero permesso l'utilizzo della rilevazione campionaria. Per non trascurare i principi fondamentali in

tema di affidabilità, si è ritenuto opportuno definire un periodo di osservazione di 3 settimane ed intervistare le pazienti ricoveratesi in tale intervallo di tempo.

L'analisi ha avuto luogo nel mese di maggio 1997, un periodo, come confermato dai valori storici del reparto, non affetto da distorsioni statisticamente rilevanti.

4.2. La costruzione del questionario

La formulazione del questionario si è avvalsa del diagramma «causa-effet-

to», che consente di visualizzare graficamente i fattori coinvolti nel processo di produzione e, di conseguenza, evidenzia le variabili critiche che possono influenzare il buon esito del processo.

Lo schema si è rivelato prezioso nel momento in cui si è proceduto alla stesura del questionario. Si è infatti ricostruito il percorso che la paziente compie, dal momento del suo ricovero sino alle dimissioni, individuando tutte le macrofasi in cui la degenza si articola. Ogni momento è stato poi «esplosivo» nei suoi singoli componen-

Grafico 3 - Andamento in V.A. dei ricoveri del reparto e di quelli complessivi

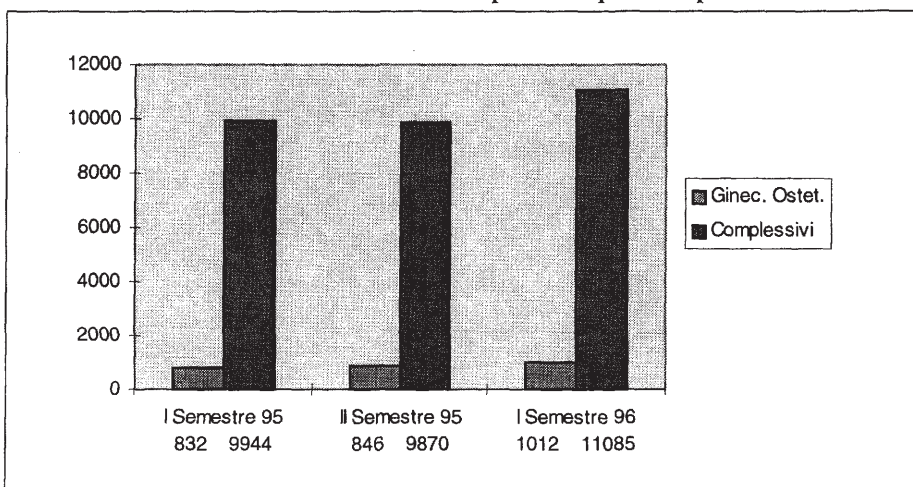
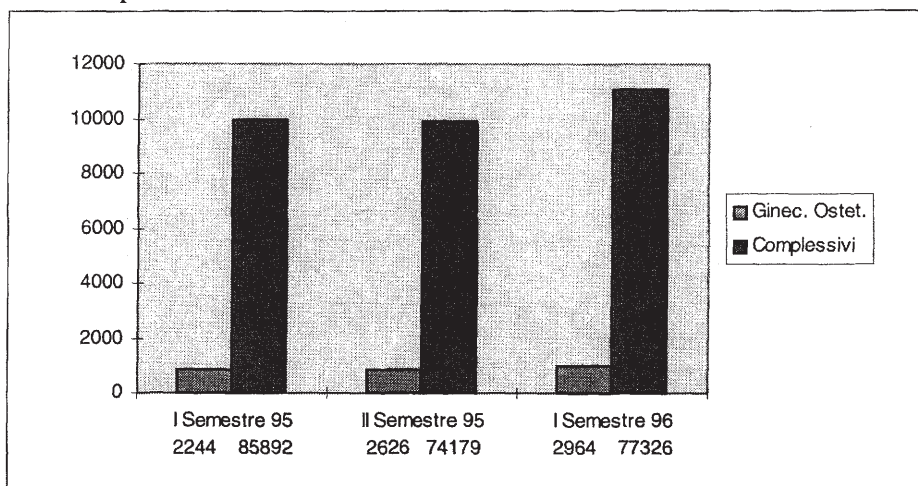


Grafico 4 - Andamento in V.A. delle prestazioni ambulatoriali del reparto e di quelle complessive



ti, in modo da evidenziare quelli più critici da sottoporre all'analisi delle pazienti ospitate nella struttura.

Per la selezione delle diverse attività rispetto alle quali valutare la soddisfazione dell'utenza, si è provveduto alla costruzione di due mappe dei servizi, una relativa alle prestazioni ospedaliere alberghiere e l'altra alle prestazioni sanitarie relazionali (si vedano tavole relative). Nella prima sono state considerate le attività relative alle modalità di accettazione, al trasporto, alla ristorazione, alla pulizia, all'intrattenimento, alle comunicazioni e agli orari di visita. La seconda, invece, ha sviluppato gli aspetti relativi al comportamento del personale sanitario e parasanitario nel momento dell'accoglienza e nella successiva permanenza della degente nella struttura.

Nel questionario attenzione particolare è stata dedicata: alla struttura nido del reparto — in quanto si è ritenuta parte integrante della prestazione offerta alle puerpere —, alla camera di degenza ed ai suoi servizi, al vitto ed ai suggerimenti sull'introduzione di servizi di intrattenimento (bar, telefoni in camera, ecc.).

Per ovvi motivi, primo fra tutti la mancanza di competenze specifiche da parte degli utenti nell'esprimere giudizi sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ricevute, si è ritenuto giusto non indagare sulla percezione della qualità tecnica delle specifiche prestazioni sanitarie.

In base agli elementi, che hanno composto le due mappe dei servizi ed il diagramma causa effetto, strumenti di lavoro costruiti dal gruppo in base alla propria esperienza ed osservazione, si è elaborato un questionario di circa 20 domande, formulate con termini semplici, che non richiedessero all'intervistato sforzi di memoria né imbarazzo psicologico, né autovalutazione. Le domande sono state formulate in modo da essere dirette, non

complesse, ed evitando, per quanto possibile, di includere la risposta «non so» che avrebbe potuto costituire un sicuro rifugio per chi non volesse prendere posizione.

Il questionario è stato costruito con domande semplici a cascata (che includono cioè una domanda successiva) sia aperte (esplicative) che chiuse (con risposte alternative predefinite).

Dopo la presentazione delle intervistatrici e dello scopo dell'intervista, la scheda è stata organizzata nel seguente modo: nella prima parte sono stati inseriti quesiti a carattere generale, relativi ad aspetti strutturali e all'assistenza medica, infermieristica ed ostetrica (al fine di poter iniziare a familiarizzare con l'utente). Poi sono state inserite domande più specifiche riguardanti sia il rapporto instauratosi con il personale sanitario e parasanitario, che il gradimento della prestazione alberghiera vera e propria (vitto, pulizia, orari, arredi).

Il questionario si è concluso con l'indicazione dei dati anagrafici dell'intervistata, della sua professione e del capo famiglia, dell'età, del titolo di studio, nonché dell'indicazione della causa del ricovero e della data in cui questo è avvenuto.

La scheda così elaborata è stata somministrata ad una decina di pazienti per testarne la validità in modo da poter apportare eventuali correzioni a tutte quelle domande la cui interpretazione risultasse difficile (così ad es.: la domanda «nel somministrare i farmaci, su sua eventuale richiesta, le sono state fornite delucidazioni in proposito?» è stata successivamente scissa in due domande: «dal momento del ricovero ha assunto farmaci?» e «le hanno fornito informazioni al riguardo?»).

Il compito materiale di somministrare i questionari alle degenti è stato affidato agli operatori dell'URP, in quanto per il loro ruolo istituzionale

essi hanno contatti continui e costanti con il pubblico.

I colloqui sono avvenuti nelle stanze di degenza, contemporaneamente tra tre intervistatrici e tre ricoverate, così che nessuna potesse essere influenzata dalle risposte date in precedenza dalle altre pazienti.

Le pazienti del reparto di ginecologia e ostetricia, sono state intervistate dopo tre o quattro giorni dal ricovero, affinché potessero avere elementi sufficienti per valutare complessivamente la prestazione alberghiera e sanitaria loro erogata. Inoltre, sono state invitate a rispondere in maniera anonima, e possibilmente senza la presenza dei familiari, per evitare che il loro giudizio fosse inficiato da quello di soggetti aventi esperienze e aspettative diverse, non essendo questi ultimi i diretti destinatari delle prestazioni.

4.3. Considerazioni preliminari sulla somministrazione dei questionari

Le schede/intervista sono state somministrate alle pazienti preventivamente rassicurate sull'anonimato delle risposte. Circostanza, quest'ultima, che ha contribuito a rendere le degenti tranquille e disponibili nell'esprimere il proprio parere con sincerità su tutti i quesiti. Esse hanno collaborato attivamente segnalando anche le impressioni negative sui punti esaminati, sentendosi, così, coinvolte nel processo di miglioramento dei servizi per cui questo studio è stato realizzato.

Le pazienti ricoverate in ostetricia sono state entusiaste di dare il loro contributo, mentre quelle con patologie ginecologiche (che rappresentano il 36% della totalità dei ricoveri della divisione, ma solo il 18,5% del campione intervistato) hanno mostrato un certo scetticismo di fronte all'iniziativa che veniva loro proposta ed alcune non hanno voluto collaborare. Tale atteggiamento è da attribuirsi, probabil-

mente, allo stato d'animo in cui versavano le pazienti, si trattava infatti di donne già operate o in attesa di intervento, e quindi concentrate sulle proprie condizioni di salute.

Diversa, invece, la condizione psicologica delle ricoverate di ostetricia, avvicinate dopo il parto, in una fase tra le più positive della vita, a metà fra degenti ospedaliere e utenti alberghiere, si sono dimostrate subito disponibili a colloquiare e pronte a suggerire eventuali modifiche per migliorare il servizio ospedaliero complessivo offerto dall'azienda, anche se a volte rispetto alle altre degenti, sono state maggiormente critiche sui servizi ricevuti.

Nell'ultima fase del lavoro sono stati processati i dati contenuti negli 81 questionari somministrati, così da poter elaborare i risultati finali per ogni risposta ed ottenere le percentuali relative.

I pareri espressi relativamente al gradimento di alcune prestazioni sanitarie sono stati successivamente incrociati con i dati personali dell'intervistata (provenienza, titolo di studio) e, come si può osservare dai risultati riportati qui di seguito, il gradimento complessivo per l'assistenza sanitaria è risultato, sia per l'assistenza medica che per quella ostetrica ed infermieristica, quasi uniformemente soddisfacente per tutte le categorie non evidenziandosi fra di esse differenze molto significative.

5. I principali risultati dell'indagine

5.1. Le caratteristiche socioculturali del campione (1)

Il quadro sinottico delle caratteristiche socioculturali delle pazienti, così come si evince dal grafico 5, mostra una prevalenza di donne incluse nella fascia di età 26-35 anni (il 65,3%) (2); mentre, come era logico attendersi vi-

sto lo stretto rapporto che esiste tra l'età e le patologie trattate nella divisione in esame, solo il 5% ha più di 65 anni. Sono per lo più casalinghe (53%) appartenenti ad un nucleo familiare il cui capofamiglia è un impiegato, un artigiano o un commerciante (50%) (tavola 3) e provengono preva-

lentemente dalla provincia di Benevento (61%) (grafico 6). La loro cultura è elementare solo nell'8,6% dei casi, mentre la maggior parte si divide tra media inferiore (42%) e media superiore (44,4%); il rimanente 5% segue gli studi universitari o ha già conseguito la laurea (grafico 7).

Grafico 5 - La distribuzione per età delle pazienti intervistate

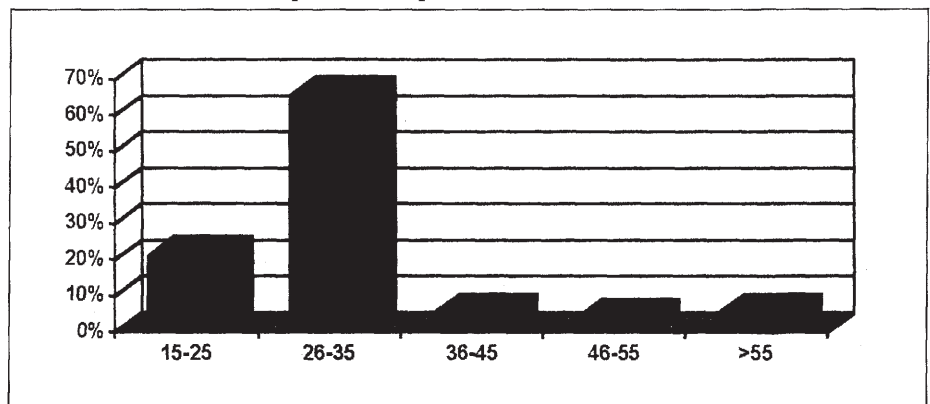


Grafico 6 - La distribuzione per provenienza delle pazienti intervistate

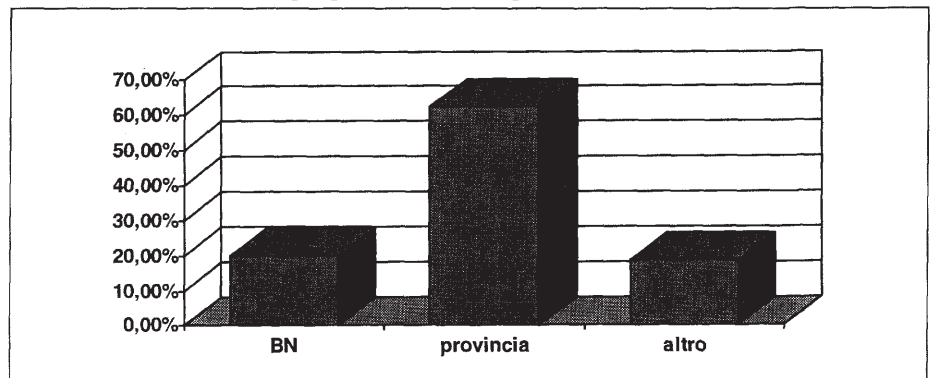
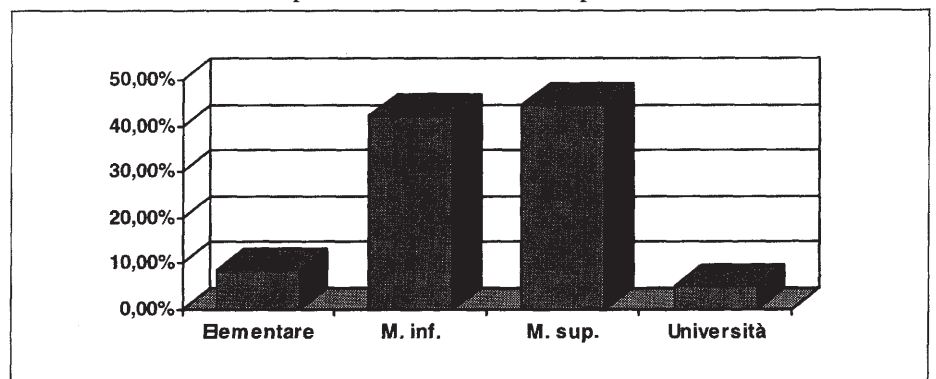


Grafico 7 - La distribuzione per livello di istruzione delle pazienti intervistate



5.2. L'accesso alla struttura

È positivo notare, anzitutto, che ben il 95% delle intervistate non ha avuto problemi nell'accedere alla struttura e che, inoltre, ha ricevuto il primo intervento medico in un breve lasso di tempo (in meno di 10 minuti l'86,4%, tra 10 e 20 minuti l'8,6% e solo il 5% dopo più di 20 minuti, in quanto i medici erano impegnati altrove ed il caso non presentava particolare urgenza) (grafici 8 e 9).

5.3. Il personale paramedico

Soddisfacente il giudizio riguardante il personale paramedico del reparto. Infatti il 43,2% delle pazienti lo ha reputato molto disponibile ed un'uguale percentuale disponibile. Giudizi positivi, quindi, per ben l'86,4% delle ricoverate, mentre, per quanto concerne l'area «negativa», solo l'11,2% ha riscontrato, invece, poca disponibilità (3). Confortante anche il giudizio concernente la rapidità dell'intervento: il personale paramedico è tempestivo per il 74% delle pazienti o «così/così» per l'11,2%. Anche in questo caso l'area marcatamente negativa occupa solo l'11,2% delle risposte (grafico 10).

Quanto all'assunzione di farmaci solo l'85% delle persone intervistate è stata sottoposta a terapie farmacologiche. Di questo campione l'83% delle pazienti ha dichiarato di aver ricevuto informazioni in proposito, mentre il restante 17% non ne ha ricevute semplicemente perché non le ha richieste. A tal proposito, si è ritenuto opportuno esaminare la distribuzione per età di quest'ultima frazione di pazienti, e, come si evince dal grafico seguente si tratta di donne giovani o delle più anziane, per le quali è considerato probabilmente giusto affidarsi completamente alle cure mediche senza entrare nello specifico delle terapie che vengono loro somministrate (grafico 11).

Tuttavia, alla luce di quest'ultima notazione, è lecito chiedersi se le informazioni farmacologiche debbano essere fornite solo su richiesta delle degenti o anche (come ci si auspicherebbe) su iniziativa del personale per stimolare un coinvolgimento attivo nella cura della propria patologia.

Infine, per ben il 94% delle intervistate, il personale paramedico rispetta la *privacy* delle degenti. Questo dato conferma ulteriormente il giudizio prevalentemente positivo espresso sul comportamento relazionale del personale paramedico.

5.4. Il personale medico

Sostanzialmente positivo anche il giudizio espresso nei confronti del personale medico. Primo aspetto indagato, anche in questo caso, è stata la disponibilità. Stavolta, però, si è reputata opportuna una distinzione tra il personale presente di giorno e quello impegnato nel turno di notte. I risultati sono stati diversi nei due dei casi.

Grossa la soddisfazione delle degenti per la disponibilità del personale durante il turno diurno (il 38% lo reputa molto disponibile ed il 57% disponibile) (grafici 12 e 13).

Risultati un po' diversi, si diceva, per quanto concerne la notte. Infatti, in questo caso, a ritenere disponibile e molto disponibile il personale sono state, rispettivamente, il 31% ed il 28% delle intervistate. La percentuale di risposte più frequenti è stata, inve-

Grafico 8 - Difficoltà di accesso alla struttura

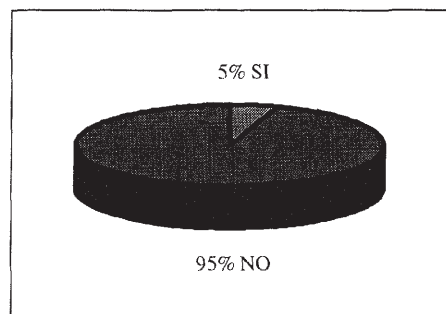


Grafico 9 - Attesa per il primo intervento medico

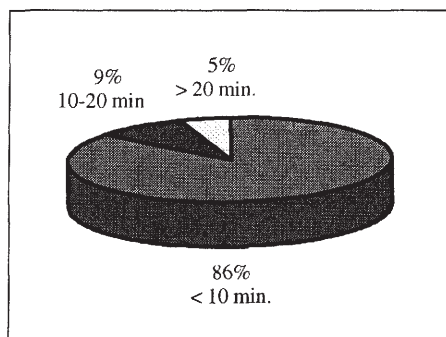


Grafico 10 - Comportamento del personale infermieristico

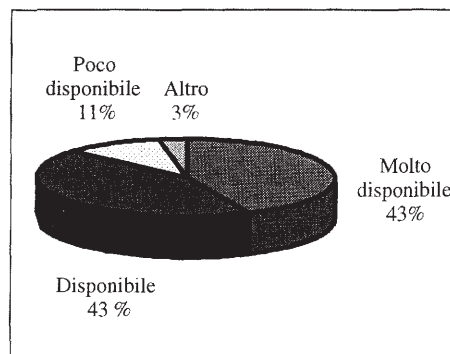


Grafico 11 - Mancata richiesta informazioni farmaci: distribuzione per età

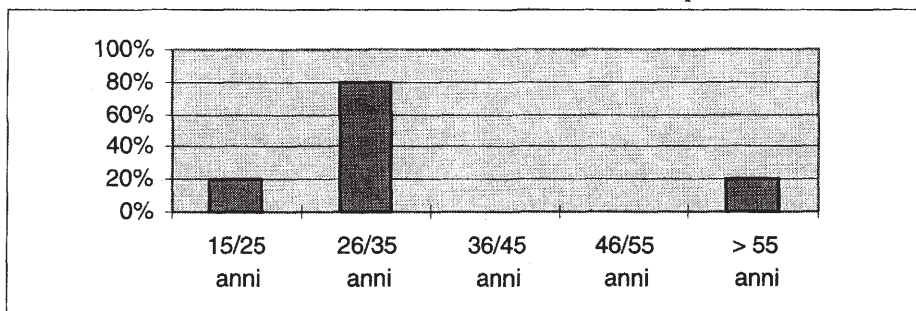


Grafico 12 - Comportamento del personale medico

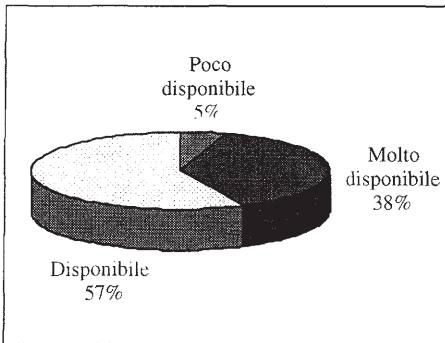
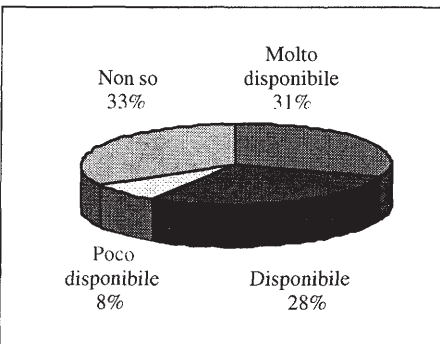
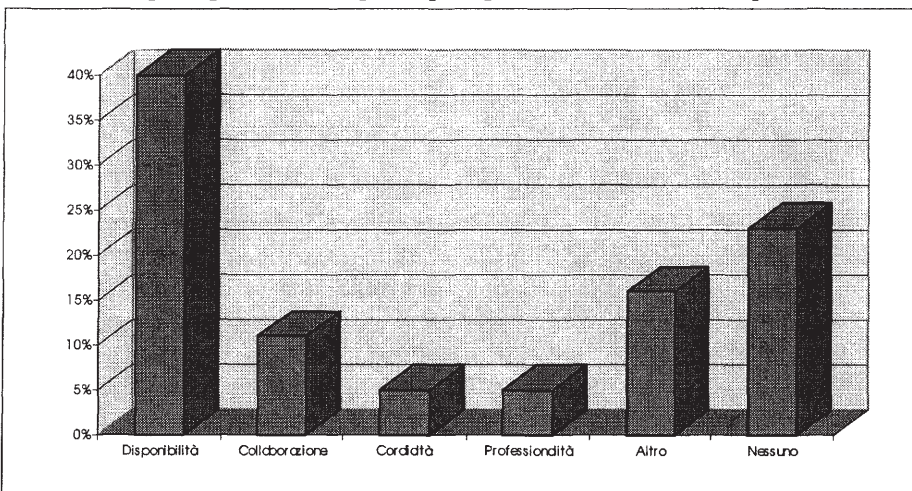


Grafico 13 - Comportamento del personale medico di notte



ce, relativa alla risposta «non so» (ben il 33%), il che potrebbe essere spiegato alla luce, probabilmente, del fatto che le pazienti in questione non abbiano avuto necessità di interventi medici durante la notte.

Grafico 14 - Il principale fattore di qualità percepito nel servizio offerto dal personale medico



Confortanti, ancora, i dati circa il rapporto medico-paziente, relativi, cioè all'informazione sullo stato di salute delle pazienti (informazioni che sono ritenute chiare per l'84% delle intervistate), ancora, alla riservatezza (rispettata secondo il 96,3% delle pazienti) ed, infine, alla regolarità delle visite (confermata dal 97,5% delle clienti del reparto). Inoltre va sottolineato che tutto il personale incontrato dalle degenti aveva il tesserino di riconoscimento obbligatorio.

Veniamo, infine, ai fattori di qualità positivi e negativi che hanno maggiormente colpito le intervistate a proposito del personale medico. Le percezioni positive sul personale medico (grafico 14) hanno infatti visto un addensamento delle risposte intorno a modalità quali disponibilità (39,5%), cordialità (16%), collaborazione (11,1%), competenza (7,5%) mentre ben il 23% non ha rilevato nessuna qualità specifica.

In questo modo, i valori positivi delle percezioni ammontano al 76,6% delle risposte. A conforto di questo dato positivo, le percezioni sui prioritari fattori negativi si sono addensate intorno alla risposta nessuno (82,7%), evidenziando, un'ampia area di soddisfazione ed un'area di insoddisfazione

molto limitata che denuncia prevalentemente qualche indisponibilità o favoritismo.

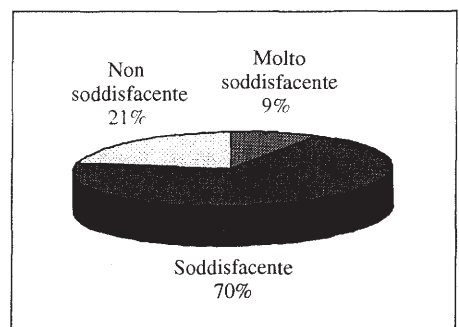
I risultati positivi emersi a proposito delle percezioni sul personale medico e paramedico potrebbero essere stati influenzati da «fenomeni perturbatori», quale l'annuncio alle degenti da parte del personale che avrebbe avuto luogo l'indagine, ma si ritiene che tale annuncio possa aver influenzato sia l'abitudinario comportamento del personale che la predisposizione delle pazienti del reparto nella risposta; ma non essendo stati pubblicati i dati dell'indagine perché solo ora elaborati, si ritiene che quest'influenza possa essere considerata come un normale effetto positivo sulle prestazioni erogate dal personale che, quando osservato, modifica in positivo i propri comportamenti.

5.5. Gli elementi accessori

La camera: le degenti dell'A.O. Rummo sono sostanzialmente contente dell'arredo della propria camera dal momento che il 70,4% si reputa soddisfatto, l'8,6% addirittura molto soddisfatto, mentre, però, il 21% se ne lamenta a causa di «armadi poco capienti» (ben il 70,6% delle risposte erano orientate in tal senso) (grafico 15).

Il bagno: meno esaltante l'opinione sulla toilette della camera. Il 63% si ritiene poco soddisfatta per la mancanza di accessori.

Grafico 15 - Arredo della camera



Il livello di accoglienza dei locali: i locali sono apparsi sufficientemente refrigerati e/o riscaldati al 71,6% delle intervistate, contro l'8,6% che sostiene l'eccessivo condizionamento del clima e il 19,7% che lo ritiene, addirittura, insufficiente. A tal proposito, però, va rilevato che la temperatura ancora mite del mese di maggio non offre particolari problemi da questo punto di vista.

Il giudizio espresso sulla pulizia della camera e del bagno, non permette l'evidenziarsi di un'opinione netta. Il 39,5% ritiene che la camera sia pulita superficialmente mentre il 50,6% si reputa soddisfatta e l'9,8% addirittura molto soddisfatta. Risultati sostanzialmente analoghi anche per la pulizia del bagno. Il 38,7% ha lamentato, anche qui, la superficialità della pulizia a fronte del 50,6% che si ritiene soddisfatto e di un più modesto 11,1%, che è addirittura, molto soddisfatto (grafici 16 e 17).

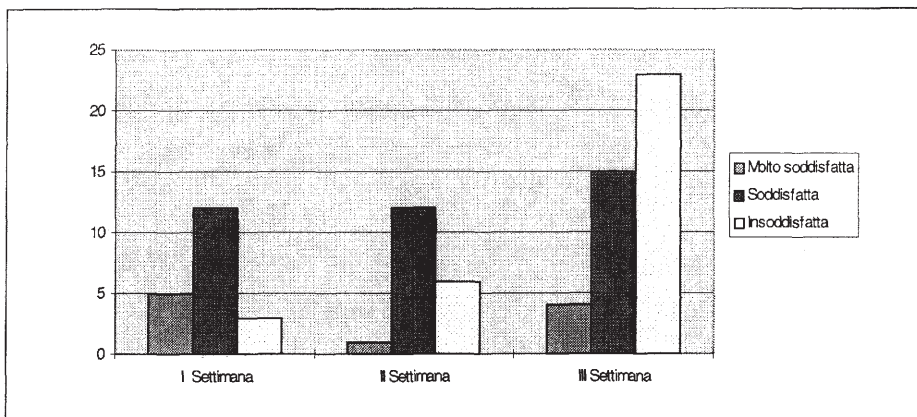
Infine, ben il 39,5% ha lamentato la scarsa frequenza con cui viene effettuato il cambio delle lenzuola (affermando che esso avviene solo se sollecitato al personale addetto), mentre se ne dice soddisfatto il 48,14% e molto soddisfatto il 12,3%. Alla luce di queste informazioni si è ritenuto utile esaminare la distribuzione temporale delle risposte in modo da verificare se vi

fosse una qualche variazione. Come mostra la tabella, dopo un periodo di generale soddisfazione registrato nella I e II settimana di indagine, il gradimento è calato nell'ultima settimana. È possibile che qualche problema tecnico abbia rallentato il sistema di ricambio della biancheria da letto della divisione che in questa settimana non ha potuto, di conseguenza, effettuare sostituzioni delle lenzuola altrettanto frequenti come nelle precedenti (grafici 18 e 19).

Il vitto: la ristorazione sembra essere uno dei punti deboli dell'A.O. Rummo. La completezza del vassoio lascia scontente il 9,8% delle intervistate che è insoddisfatta per la mancanza dell'acqua nel pasto fornito dall'ospedale. In proposito, la relativamente bassa percentuale di degenti che si lamenta per l'assenza dell'acqua dal vassoio fa supporre che, ormai, tale mancanza sia divenuta un dato di fatto per le pazienti tanto da non farla neppure più rilevare in maniera consistente (grafico 20).

Quanto alla qualità del cibo, viene definita buona solo dal 22,2% delle degenti, mentre un ben più consistente 55,5% la definisce accettabile e il restante 22,3% ne dà, sostanzialmente, un giudizio negativo ritenendolo immangiabile o insapore (grafico 21).

Grafico 18 - Giudizio sul cambio delle lenzuola



Altre considerazioni: le pazienti ed i loro familiari non hanno incontrato difficoltà nell'accedere al reparto (94%), nel parlare con il personale medico (95%) né nello svolgere pratiche amministrative (98,7%). Punto dolente è apparso, insieme alla impossibilità di comunicare telefonicamente con le degenti allettate, che ha creato problemi al 22,2% delle pazienti e ai

Grafico 16 - Giudizio sulla pulizia della camera

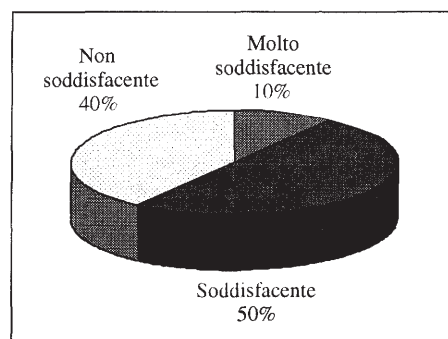


Grafico 17 - Giudizio sulla pulizia dei servizi igienici

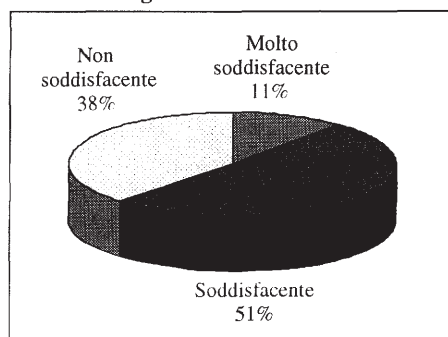
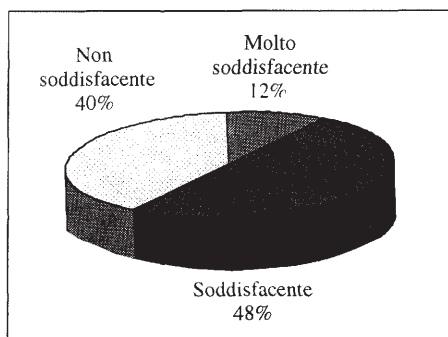


Grafico 19 - Giudizio sul cambio delle lenzuola



loro familiari, la struttura degli orari di visita: ben il 47% li ritiene non adeguati a causa della scomodità degli orari del mattino (61%) non utilizzabili per chi ha un'attività lavorativa.

5.6. Alcune osservazioni sui servizi offerti alle puerpere

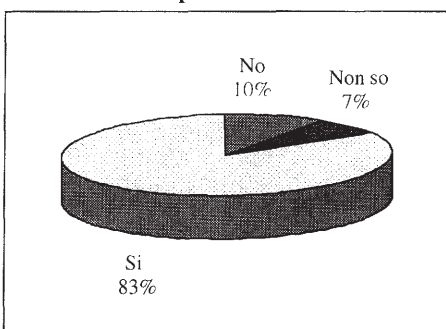
I dati relativi alle puerpere, hanno fatto emergere una sostanziale coincidenza con i valori globali della rilevazione quanto al giudizio sul personale medico e paramedico.

Gli scostamenti si evidenziano sulle percezioni concernenti la scarsa dotazione di arredo della camera. Il 29,2% lamenta, infatti, la poca capienza degli armadi e l'assenza di punti d'appoggio. Altro punto nel quale la percentuale di risposte negative è stata superiore alla media è stata la pulizia della camera e del bagno. Infatti il 44% reputa superficiale la pulizia del bagno e della camera, mentre il 48% giudica poco frequente il cambio delle lenzuola.

Merita attenzione la percentuale di pazienti che hanno ritenuto i locali eccessivamente o insufficientemente riscaldati e/o refrigerati. Infatti con un totale del 12,5% e 33,3% (rispettivamente) di risposte, tali cifre si collocano oltre i valori medi.

Di contro, fa piacere notare che ben l'85% delle intervistate ritiene buona o accettabile la qualità del cibo, valore anche questo superiore alla media.

Grafico 20 - Completezza del vassoio



Infine, è stato possibile rilevare, dalle interviste effettuate alle puerpere, un giudizio positivo sul reparto *nursery* dell'A.O. Rummo.

Il quadro che ne emerge raffigura un reparto tutto sommato efficiente. Il 91,6% delle intervistate ha affermato di avere ricevuto sostegno psicofisico al momento del parto, mentre solo il 10,4% ha trovato poco confortevole l'ambiente della sala travaglio. Le ostetriche sono apparse molto disponibili al 64,5% delle intervistate e disponibili al 31,25%, relegando l'area d'insoddisfazione al 4,25%. Il giudizio sull'accudimento del bambino, è stato sufficiente per il 64,5%, mentre di parere opposto è stato il 12%. In merito va sottolineato che ben il 21% ha dichiarato di non averle ricevute. Infine, le ore di permanenza del bambino in camera sono apparse adeguate al 62,5% delle puerpere mentre la consistente rimanente percentuale è stata di opposto parere, giudicandole eccessive (44,3%) forse a causa della difficoltà di accudire il neonato in una situazione di sofferenza postparto.

5.7. Disaggregazione dei dati per patologia

A questo punto, è sembrato interessante disaggregare i dati totali dell'analisi in base alla patologia riscontrata al momento del ricovero, così da poter valutare la possibile se esisteva

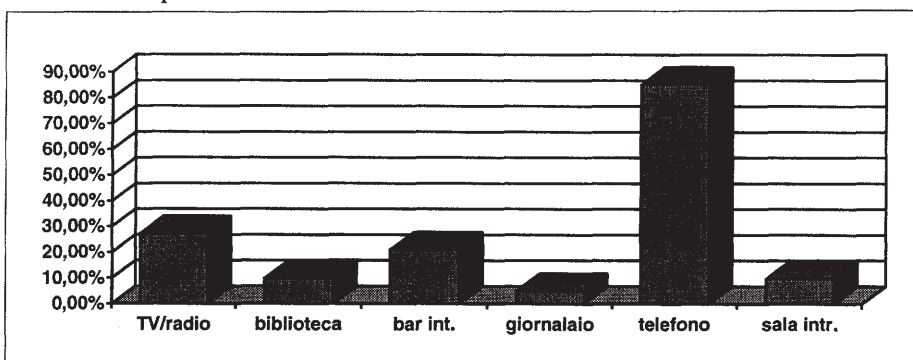
una relazione tra il livello di soddisfazione delle pazienti intervistate e la causa del loro ricovero. Le motivazioni di ricovero sono state così suddivise:

- interventi chirurgici (10%);
- interventi non chirurgici (24%);
- parto (cesareo e spontaneo) (59%);
- aborto spontaneo (7%).

All'interno dei gruppi così formati si è potuta constatare una «graduazione» della soddisfazione, che ha visto al primo posto la sezione relativa agli interventi chirurgici, seguita dagli interventi non chirurgici, aborto spontaneo ed, infine, parto.

Il fatto che i risultati meno lusinghieri siano venuti dalle puerpere forse può essere legato all'evidente «vantaggio psicologico» che queste godono rispetto alle altre categorie e che, innalzando le aspettative relative agli aspetti accessori alla prestazione sanitaria, finisce per renderle meno soddisfatte della complessiva prestazione ricevuta. Vi è da aggiungere anche che, a causa della mancata disponibilità di alcune pazienti a partecipare all'iniziativa, la composizione percentuale del campione non è perfettamente rappresentativo delle classi di patologie mediamente trattate nella divisione, questo fenomeno condiziona i valori medi rilevati e, di conseguenza, il calcolo degli scarti da essa ripartiti nelle varie categorie.

Grafico 21 - Le preferenze nei servizi di intrattenimento da attivare



In ogni caso, con le dovute cautele derivanti dai fenomeni su descritti, le informazioni ricavate dall'indagine ci sembrano comunque utili per la conoscenza dei giudizi delle utenti.

Per una più chiara comprensione dei dati disaggregati sono state costruite una serie di tabelle nelle quali il risultato relativo all'analisi non disarticolata figura come «media» dell'osservazione, mentre, per ognuna delle quattro partizioni del campione (parti, interventi chirurgici e non, aborti spontanei) si riporta la distanza (che, ovviamente, potrà presentare un valore positivo, negativo o nullo) dal valore posto come medio. All'aumentare del gap positivo, sarà maggiore il contributo (in termini di percezione positiva) dato dal subcampione al risultato totale dell'indagine (4).

L'operazione suesposta è stata ripetuta per le principali aree oggetto d'indagine.

A questo punto si è ritenuto utile procedere ad un'illustrazione sintetica di più facile lettura dei dati raccolti, per cui, partendo dalle tavole 4, 5, 6, 7, 8 e 9 suesposte, si sono sommati algebricamente gli scarti dalla media relativi alle percezioni positive (5). Tale somma è stata assunta quale indicatore sintetico del grado di soddisfazione delle diverse tipologie di pazienti relativamente alla soddisfazione sul personale, al *comfort* alberghiero e, aggregando questi ultimi due risultati, alla soddisfazione totale del servizio ospedaliero.

Così, il grafico 22 aggrega i dati relativi alle tavole 4, 5 e 6 mentre il successivo grafico 23 quelli delle tavole 7, 8 e 9. I punteggi sono espressi, ancora una volta, in termini di distanza dal valore medio che viene individuato dalla linea tratteggiata, la zona superiore indica valori di soddisfazione superiori alla media, la zona inferiore livelli più contenuti, mentre il posizio-

Tavola 4 - Le percezioni sul personale paramedico

	Media	Parti	Interventi chirurgici	Interventi non chirurgici	Aborti spontanei
Molto disp. *	43,3%	- 3,3%	+ 6,9%	- 1,2%	+ 23,3%
Disponibile *	43,2%	+ 2,8%	+ 6,8%	- 1,1%	- 26,6%
Poco disp.	13,5%	+ 0,5%	- 13,5%	+ 2,5%	+ 3,1%
Risp. privacy *	94%	- 1 %	+ 6 %	- 4,5%	+ 6%
No risp. priv.	6%	+ 1 %	- 6 %	+ 4,5%	- 6%
* Somma scarti risposte		- 1,5	19,7	- 6,8	2,7

Tavola 5 - Le percezioni sul personale medico

	Media	Parti	Interventi chirurgici	Interventi non chirurgici	Aborti spontanei
Molto disp. giorno *	38,3%	- 7,25%	+ 24,2%	+ 14,3%	+ 28,3%
Disponibile giorno *	56,8%	+ 7,7%	- 19,3%	- 12,7%	- 40,2%
Poco disp. giorno	4,9%	- 0,7%	- 4,9%	- 1,6%	+ 11,7%
Molto disp. notte *	29,6%	- 4,6%	+ 20,4%	+ 12,5%	- 13%
Disponibile notte *	26,4%	+ 4,6%	- 1,4%	- 0,1%	- 9,8%
Poco disp. notte	7,4%	+ 3%	- 7,4%	- 2,2%	+ 9,2%
Non so notte	32%	+ 1,3%	- 7%	- 5,7%	+ 18%
Risp. privacy *	96,3%	+ 1,7%	+ 3,7%	- 1,3%	- 13%
No risp. priv.	3,7%	- 1,7%	- 3,7%	+ 1,3%	+ 12,9%
Reg. visite *	97,5%	+ 0,5%	+ 2,5%	- 2,5%	+ 2,5%
No reg. visite	2,5%	- 0,5%	- 2,5%	+ 2,5%	- 2,5%
Inf. chiare *	84%	+ 3,5%	+ 16%	- 10%	- 17,4%
Inf. no chiare	16%	- 3,5%	- 16%	+ 10%	+ 17,3%
* Somma scarti risposte		5,9	46,1	0,2	- 62,6

Tavola 6 - La «qualità» del personale medico e paramedico

	Media	Parti	Interventi chirurgici	Interventi non chirurgici	Aborti spontanei
Disponibilità *	39,5%	+ 2,1%	- 2%	- 7,9%	+ 10,5%
Cordialità *	16%	- 5,6%	+ 9%	+ 5%	+ 15,6%
Collaboraz. *	11,1%	+ 1,4%	+ 1,4%	- 0,6%	- 11,1%
Competenza *	7,5%	+ 2,9%	+ 5%	- 7,5%	- 7,5%
Nessuno	23%	0%	- 10,5%	+ 8,6%	- 6,4%
* Somma scarti risposte		+ 0,8%	+ 13,4%	- 11%	+ 7,5%

Tavola 7 - Le percezioni sulla camera

	Media	Parti	Interventi chirurgici	Interventi non chirurgici	Aborti spontanei
Molto sodd. arredo *	8,6%	- 2,35%	+ 3,9%	- 1,9%	+ 58%
Sodd. arredo *	70,4%	- 5,9%	+ 4,63%	+ 13,78%	- 53,7%
Non sodd. arredo	21%	+ 8,2%	- 8,5%	+ 16%	- 4,4%
Molto sodd. pulizia *	9,8%	- 1,5%	+ 2,7%	- 4,8%	+ 23,2%
Sodd. pulizia *	50,6%	- 2,6%	+ 11,9%	+ 7,6%	- 17,6%
Non sodd. pulizia	39,5%	+ 4,25%	- 14,5%	- 2,5%	- 6,5%
Sodd. cambio lenzuola *	60,4%	- 8,4%	+ 14,6%	+ 18,6%	- 10,4%
Non sodd. cambio lenz.	39,5%	+ 8,5%	- 14,5%	- 18,6%	+ 16,5%
* Somma scarti risposte		- 20,75	37,73	33,28	- 0,5

Tavola 8 - Le percezioni sul bagno

	Media	Parti	Interventi chirurgici	Interventi non chirurgici	Aborti spontanei
Sodd. arredo *	37%	+ 27,6%	+ 0,5%	- 5%	+ 29,6%
Nnon sodd. arredo.....	6,3%	- 27,6%	- 0,5%	+ 5%	- 29,7%
Molto sodd. pulizia *	11,1%	- 0,7%	+ 13,9%	- 11,1%	+ 22,2%
Sodd. pulizia *	50,6%	- 4,6%	- 0,6%	+ 12,4%	- 0,6%
Non sodd. pulizia.....	38,3%	+ 5,73%	- 13,3%	- 1,3%	- 21,7%
* Somma scarti risposte		22,3	13,8	- 3,7	51,2

Tavola 9 - Le percezioni sul vitto

	Media	Parti	Interventi chirurgici	Interventi non chirurgici	Aborti spontanei
Vassoio completo *	82,7%	- 3,7%	+ 17,3%	+ 1,3%	+ 0,6%
Vassoio incompl.	17,3%	+ 3,7%	- 17,3%	- 1,3%	- 0,6%
Buono *	22,2%	- 3,2%	+ 15,3%	- 1,2%	+ 11,1%
Accettabile.....	55,5%	+ 11,1%	- 18%	- 24%	+ 11,1%
Scadente.....	12,3%	- 1,8%	+ 12,7%	+ 19,3%	- 12,3%
Altro.....	9,8%	+ 16,2%	- 9,8%	+ 6,2%	- 9,8%
* Somma scarti risposte		- 6,9	32,6	0,1	11,7

Grafico 22 - Misurazione del livello di soddisfazione sul personale

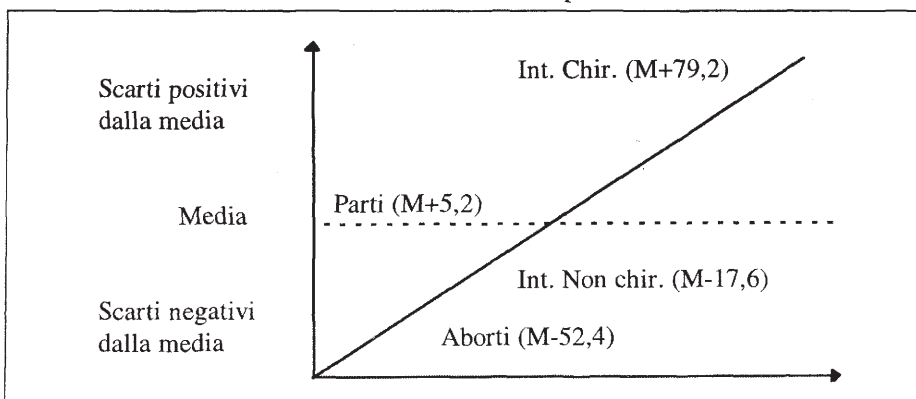
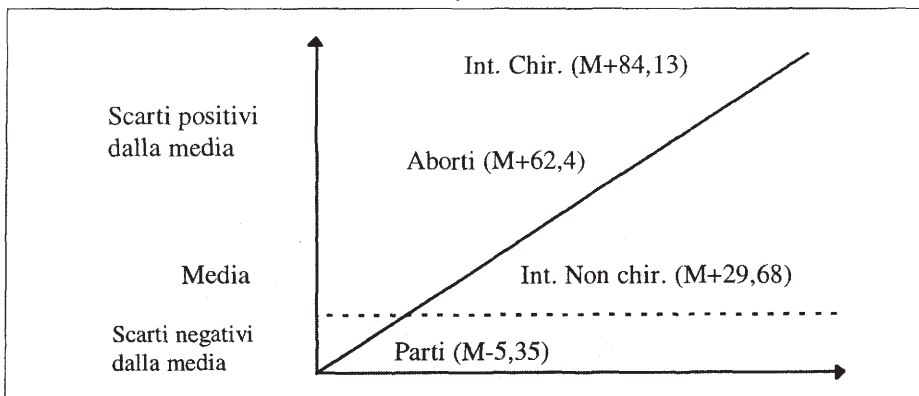


Grafico 23 - Il livello di soddisfazione sul comfort alberghiero



namento lungo l'asse delle ascisse non è significativo.

La soddisfazione sul personale: disaggregando il dato globale per tipologia di degenti, le pazienti maggiormente soddisfatte del personale sanitario, contrariamente a quanto si sarebbe potuto ipotizzare, sono risultate essere quelle ricoverate per interventi chirurgici per l'indubbia condizione psicologica delle puerpere che le porta ad avere più alte aspettative.

In particolare, i risultati finali sono stati influenzati maggiormente dalle percezioni sul personale medico che non quello paramedico. Infatti, in quest'ultimo caso, gli scostamenti dalla media, rilevanti solo nelle pazienti con interventi chirurgici, risultano appiattiti intorno al valore centrale per tutte le altre ricoverate.

Situazione diversa in relazione al personale medico, dove si sono riscontrate posizioni molto vicine alla media per le tipologie «parti» e «interventi non chirurgici», e risultati notevolmente distanti (rispettivamente positivamente e negativamente) per «interventi chirurgici» e «aborti spontanei». La soddisfazione sul *comfort* alberghiero: in questo caso, il *comfort* è stato valutato considerando le percezioni relative alla camera, al bagno e al vitto. Guardando ai risultati singoli, è emerso che:

- 1) le degenti che avevano subito un intervento chirurgico hanno espresso un giudizio fortemente positivo sul quale ha influito, soprattutto, la percezione positiva della camera e del vitto;
- 2) le degenti ricoverate per aborto spontaneo hanno espresso un giudizio fortemente positivo sul bagno, un giudizio vicinissimo alla media per la camera, ed un giudizio superiore alla media per il vitto;
- 3) le puerpere hanno ottenuto la posizione più bassa, dovuta alla percezione negativa della camera (soprattutto) e del vitto più che del bagno, la

cui valutazione positiva risulta essere inferiore alla media del 6,9%;

4) per le ricoverate per interventi chirurgici ha pesato, in particolare, la percezione fortemente positiva sulla camera, superiore alla media del 33,28%.

Infine, sommando i dati delle percezioni sul personale e quelli sul *comfort* alberghiero, si è arrivati ad un posizionamento globale delle varie tipologie di ricoverate ottenendo così un più ampio giudizio di «soddisfazione totale» che, come già anticipato all'inizio del paragrafo, vede tra le più soddisfatte le donne che hanno ricevuto interventi chirurgici (grafico 24).

La tentazione di accostare questo risultato allo stato psicologico del momento che le pazienti vivevano è senz'altro forte e non ci sembra neanche del tutto scorretto se si considera che il giudizio di qualità scaturisce dal confronto fra le aspettative e la percezione; è indubbio che chiunque debba subire un intervento ha delle aspettative concentrate maggiormente sulla guarigione dallo stato patologico in cui si trova e riserva minori aspettative agli aspetti collaterali. Ricevuta la prestazione e risolto il proprio stato di salute, l'allentamento della tensione si trasferisce positivamente sulla percezione di tutti gli aspetti connessi all'intervento, anche a quelli non strettamente sanitari. Discorso analogo, anche se con conclusioni diverse nei differenti casi, può essere fatto per le puerpere e per le donne che hanno avuto un aborto spontaneo. Ipercritiche le prime, in quanto vivono un momento in cui gli aspetti del *comfort* sono più rilevanti di quelli della sicurezza clinica, infatti sono molte le parторienti che scelgono di rivolgersi a strutture non ospedaliere in quanto esse spesso garantiscono un maggiore livello di *comfort*, sia per se stesse che per i propri familiari. Meno facile da descrivere, ma facile da comprendere,

lo stato d'animo delle seconde che certamente influisce in termini non positivi sulla percezione di tutti gli aspetti della prestazione ricevuta.

6. Considerazioni finali

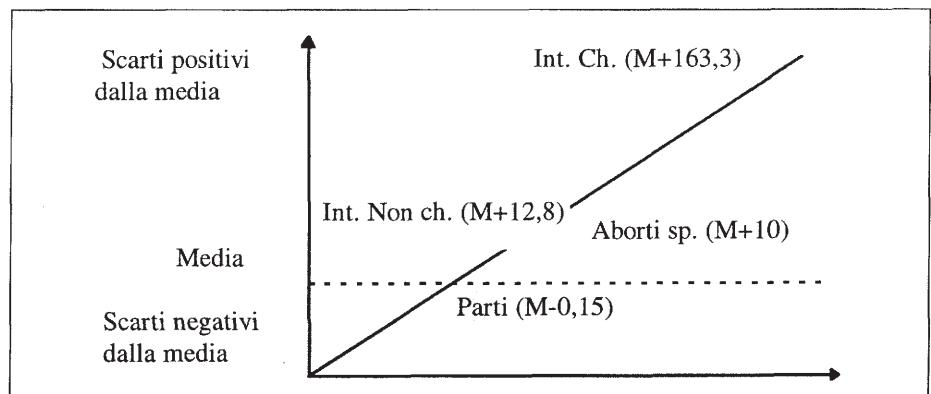
In sintesi è possibile esprimere un giudizio positivo sia sull'intervento formativo svolto presso l'azienda ospedaliera, sia sul reparto che è stato oggetto di analisi. L'intervento formativo ha permesso alle operatrici dell'U.R.P. di sperimentare una metodologia di rilevazione della soddisfazione degli utenti in condizioni protette, infatti esse si sentivano particolarmente sicure di fronte ad ogni imprevisto poiché sapevano, nel caso non fossero state in grado di superarlo da sole, di poter contare sull'aiuto di esperti. Inoltre, hanno potuto chiarire ogni dubbio o incertezza teorica sopravvenuta con scambi di informazioni, precisazioni teoriche e metodologiche, lezioni ed esercitazioni su analoghi casi concreti. Senza dubbio il loro livello di apprendimento non si è fermato allo stadio del sapere ma è proseguito a quello dell'acquisizione delle abilità, in quanto esse hanno raggiunto un così completo grado di padronanza della metodologia da poterla senza difficoltà applicare in seguito, autonomamente, ad un qualsiasi altro reparto della struttura ospedaliera.

Positivo anche per l'azienda il risultato di questo intervento formativo, essa infatti accanto ad un accrescimento culturale di alcuni operatori ha avuto un prodotto, l'indagine di soddisfazione delle pazienti del reparto di ostetricia e ginecologia, con un suo valore intrinseco e che si va quindi ad aggiungere a quello della crescita culturale dei partecipanti al gruppo di lavoro.

Positiva anche l'immagine del reparto che viene delineata dalle pazienti con molti e rilevanti punti di forza (grafico 25), in primo luogo l'ottimo rapporto che si instaura, quasi per tutte, con il personale medico e paramedico, la tempestività dell'intervento medico e l'accessibilità alla struttura. Da tenere sotto controllo, invece, alcuni aspetti della prestazione collegati con la ricettività, in particolar modo la pulizia ed il vitto che, insieme alla mancanza di telefoni in camera, costituiscono il terreno di confronto con le strutture private in grado di soddisfare analoghi bisogni di cura.

Ora non vi è dubbio che il punto di forza della struttura ospedaliera è la competenza clinica nel trattare patologie complesse e che la maggiore risorsa distintiva è la risorsa umana, che in tali strutture riesce a maturare un elevato grado di professionalità ed esperienza. Ciò nonostante per alcune patologie, come quelle trattate in questo

Grafico 24 - Il livello di soddisfazione totale



reparto, vi sono spesso aspetti più marginali, ma indiscutibilmente importanti per le pazienti, che se trascurati possono insidiare la quota di mercato acquisita.

Ci sembra molto positivo, quindi, che gli amministratori dell'ospedale Rummo abbiano promosso un intervento formativo per far acquisire agli operatori gli strumenti necessari per l'analisi interna dei processi aziendali, per la rilevazione delle eventuali inefficienze, per il monitoraggio del grado di soddisfazione degli utenti ed, infine, per la misurazione degli effetti degli interventi migliorativi posti in essere dalla direzione per contenere i

punti di debolezza del sistema di erogazione che tali strumenti hanno messo in evidenza.

(1) Commentiamo in questo paragrafo alcuni dei risultati dell'indagine rinviando il lettore, qualora fosse interessato, a contattare gli autori che potranno fornire ulteriori informazioni di dettaglio. In appendice è riportato il questionario utilizzato per la raccolta dei dati.

(2) Il campione si compone di donne la cui età va dai 15 anni in su.

(3) Il 2,4% ha dato altre risposte. Motivo più ricorrente della scarsa disponibilità del personale in questione è risultato essere la mancanza di garbo delle infermiere.

(4) Ciò significa che, quindi, ad esempio, relativamente alla tavola 4, la risposta «molto

disponibile» è stata data dal 40% delle pazienti ricoverate per un parto, dal 50,2% di quelle che avevano subito un intervento chirurgico, dal 42,1% delle donne sottoposte ad interventi non chirurgici e dal 66,6% di quelle presenti a causa di un aborto spontaneo.

(5) Le risposte relative alle percezioni positive, considerate per la costruzione di tali grafici, sono state precedute da un asterisco (tavole 4-9) mentre la somma degli scarti è riportata in calce a ciascuna tabella. Sono state considerate solo le risposte relative alle percezioni positive poiché, altrimenti, nel caso di domande per le quali non vi era possibilità di risposta multipla, la somma algebrica degli scarti delle varie modalità avrebbe dato risultati nulli.

La voce «somma scarti risposte» si riferisce alla somma degli scarti dalla media delle risposte relative a percezioni positive su aspetti del servizio.

Grafico 25 - Punti di forza e punti di debolezza dell'Azienda ospedaliera Rummo

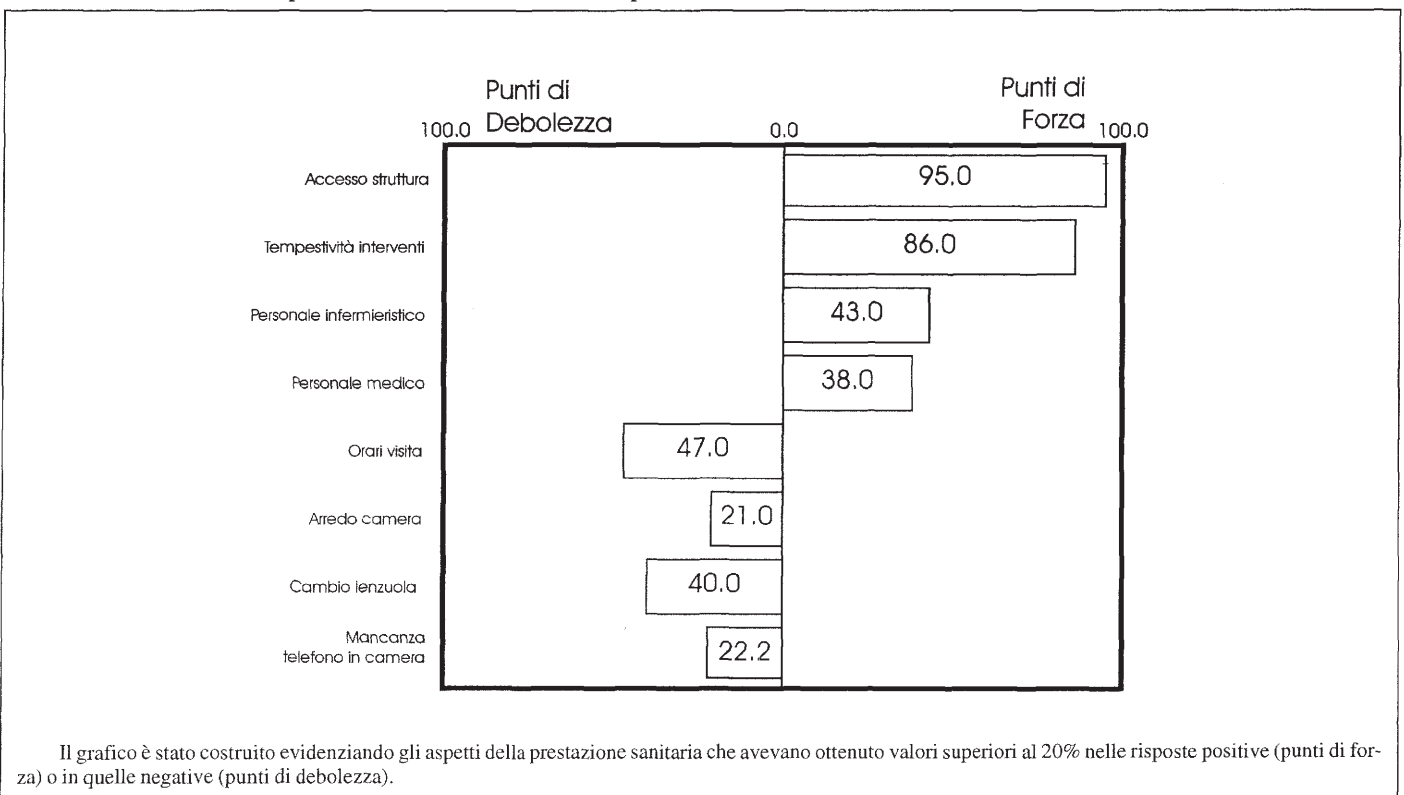


Figura 1

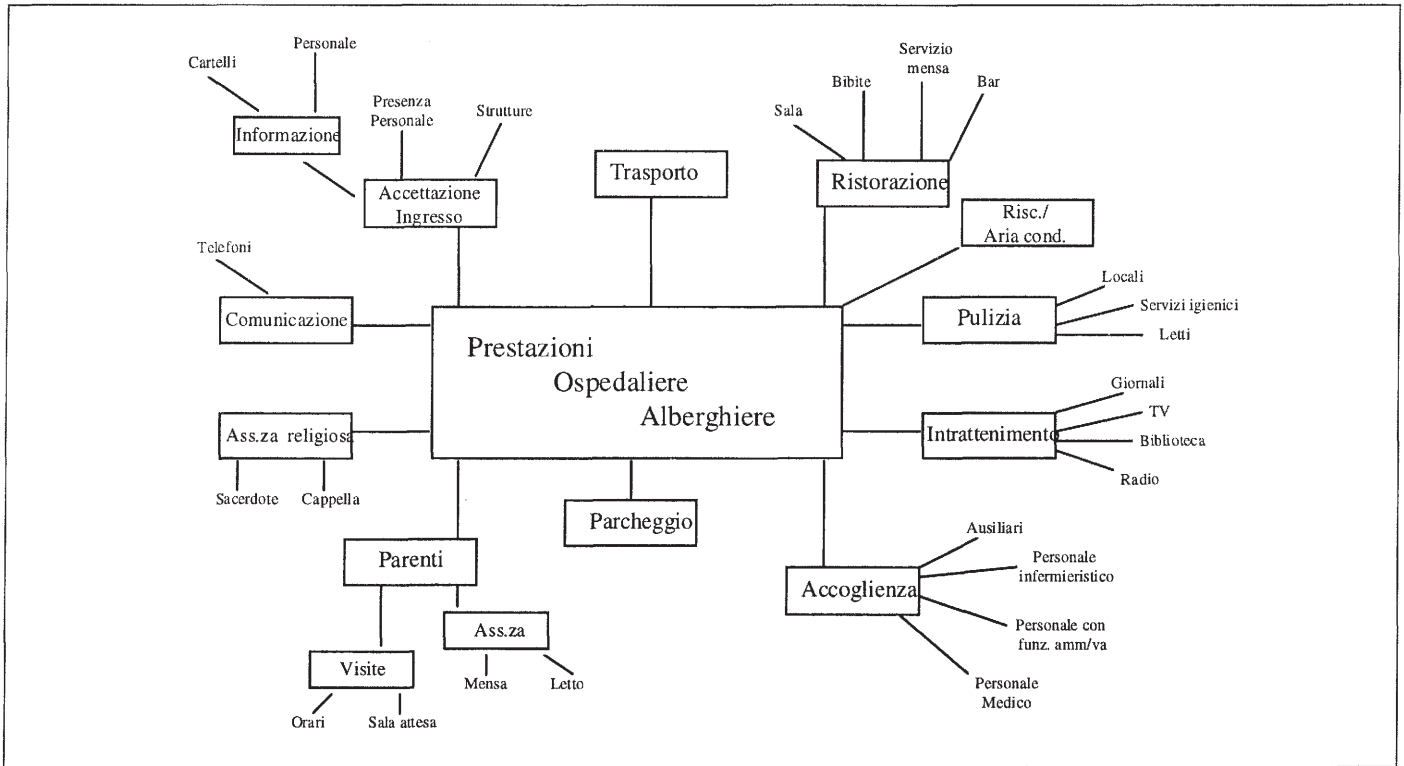
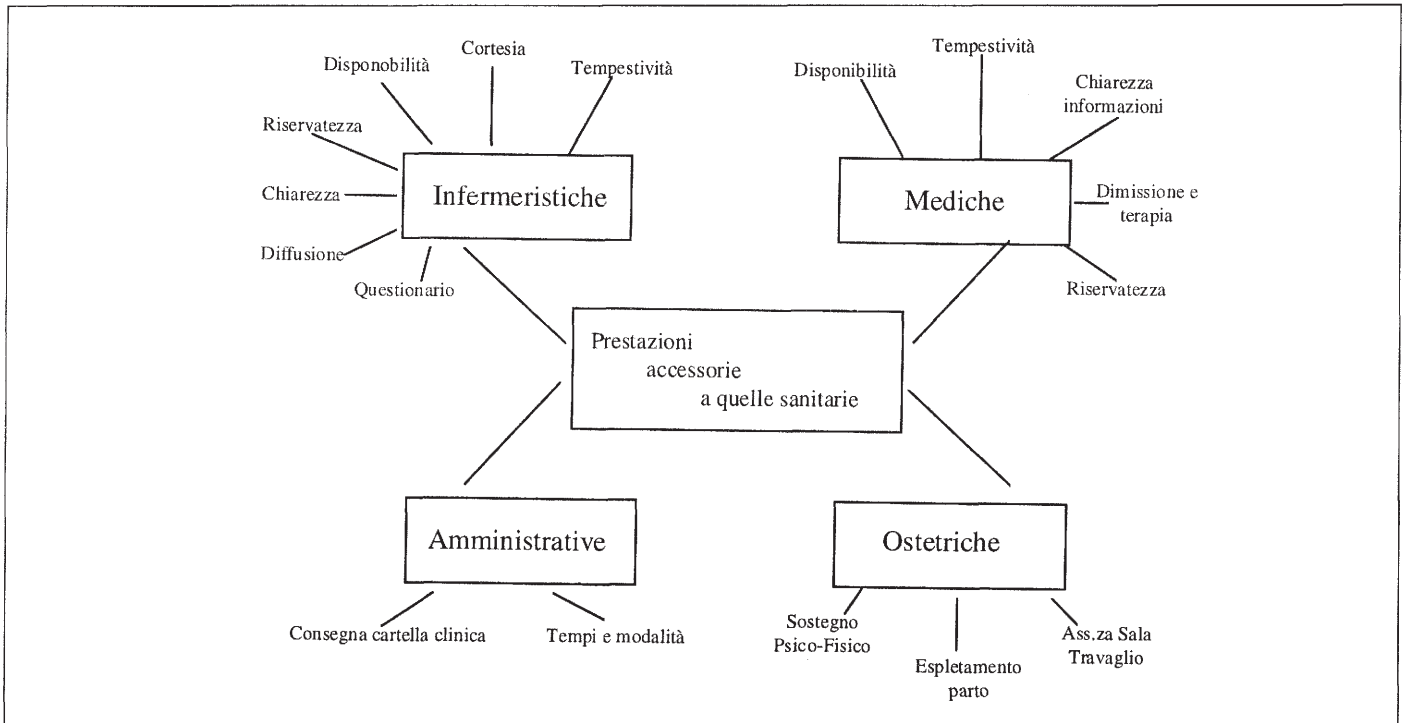


Figura 2



AZIENDA OSPEDALIERA

«G. Rummo»

(Benevento)

Questionario per i dirigenti ospedalieri n.

Rappresentiamo l'Ufficio relazioni con il pubblico dell'A.O. Rummo. Stiamo svolgendo un'analisi sul grado di soddisfazione dei pazienti del nostro ospedale. La ricerca si avvale di interviste, assolutamente anonime, che coinvolgeranno un numero elevato di pazienti ospitati in questa struttura; l'indagine, che avrà inizio in questo reparto, si estenderà poi all'intero ospedale. Le ricordiamo inoltre, che quanto più sincere saranno le Sue risposte, tanto più sarà per noi possibile migliorare il servizio. Grazie per la Sua cortese collaborazione.

1 - Ha incontrato difficoltà per l'accesso alla struttura e/o alla divisione?

- Sì
 No

Quali?.....

2 - Quanto ha atteso per il primo intervento medico?

- < 10 minuti
 10/20 minuti
 > 20 minuti

Quanto?.....

Perché?.....

3 - Per arrivare all'interno della divisione, ha avuto necessità di essere trasportato dal personale?

- Sì
 No

4 - Come le è apparso il comportamento del personale infermieristico che le presta assistenza in questa divisione?

- Molto disponibile
 Disponibile
 Poco Disponibile
 Altro

Perché?.....

5 - Nel rispondere alle sue richieste di intervento le è sembrato:

- Tempestivo
 Lento
 Così/così
 Altro

6 - Dal momento del ricovero ha assunto farmaci?

- Sì
- No

6a - Le hanno fornito informazioni a riguardo?

- Sì
- No

Perché?.....

7 - Trova che le infermiere rispettino la sua *privacy*?

- Sì
- No

Perché?.....

(Da somministrare solo alle puerpere)

8a - Nel momento del parto ha ricevuto disponibilità e sostegno psicofisico da parte delle ostetriche?

- Sì
- No

Perché?.....

8b - Come ha trovato l'ambiente della sala travaglio?

- Molto confortevole
- Confortevole
- Poco confortevole
- Altro

Perché?.....

8c - Come le è apparso il comportamento delle ostetriche?

- Molto disponibile
- Disponibile
- Poco disponibile
- Altro

Perché?.....

8d - Le sembrano adeguate le ore di permanenza del neonato nella camera di degenza?

- Sì
- No
- Non so

Perché?.....

8e - Le informazioni che ha ricevuto sull'accudimento del bambino sono state:

- Sufficienti
- Insufficienti
- Non le ho ricevute
- Non so

(Da somministrare a tutti)

9 - Come le è apparso il comportamento del personale medico che le presta assistenza in questa divisione?

- DI GIORNO
- Molto disponibile
 - Disponibile
 - Poco disponibile
 - Altro

- DI NOTTE
- Molto disponibile
 - Disponibile
 - Poco disponibile
 - Altro

10 - Le informazioni che le hanno fornito sul suo stato di salute le sono sembrate:

- Sufficienti, chiare
- Poco sufficienti
- Inesaurienti
- Altro

11 - C'è stata riservatezza nel corso dei suoi dialoghi con il personale medico?

- Sì
- No

Perché?.....

12 - Riceve con regolarità le visite dei medici che la seguono?

- Sì
- No

Perché?.....

13 - Il personale incontrato aveva il tesserino di riconoscimento?

- | | | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Medici | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Infermieri | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Ostetriche | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

14 - Quali aspetti positivi ha riscontrato nel rapporto con il personale medico e paramedico?

.....
.....

15 - E quali negativi?

.....
.....

16 - Come le è sembrato l'arredo della sua camera?

- Molto soddisfacente
- Satisfacente
- Non soddisfacente

Perché?.....

17 - E l'arredo della stanza da bagno soddisfa le sue necessità?

- Sì
- No

Perché?

18 - I locali le sembrano riscaldati e/o refrigerati?

- Eccessivamente
- Sufficientemente
- Insufficientemente

19 - Come ha trovato la pulizia della sua camera?

- Molto soddisfacente
- Soddisfacente
- Non soddisfacente

Perché?

20 - E la pulizia dei servizi igienici?

- Molto soddisfacente
- Soddisfacente
- Non soddisfacente

Perché?

21 - È soddisfatto della frequenza del cambio delle lenzuola?

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Non soddisfatto

Perché?

22 - Nel vassoio è contenuto tutto ciò di cui ha bisogno?

- Sì
- No
- Altro

Perché?

23 - Come ha trovato la qualità del cibo?

- Buona
- Accettabile
- Scadente
- Altro

Perché?

24 - Quali di questi elementi ritiene indispensabili per alleviare la permanenza in ospedale? (È possibile dare più risposte)

- TV/Radio
- Biblioteca
- Bar interno
- Vendita giornali
- Sala intrattenimento
- Telefono in camera

25 - Gli orari di visita le sembrano adeguati?

- Sì
 No

Perché?

26 - I suoi familiari hanno incontrato difficoltà?

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Per accedere al reparto | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Per parlare con il medico | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Per telefonare | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Per svolgere pratiche amministrative | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

DATI ANAGRAFICI DELL'INTERVISTATA

27 - Località di residenza

- Benevento
 Provincia
 Altro

PROFESSIONE/ATTIVITÀ

28 - Intervistata

- Imprenditore/Datore di lavoro
 Libero professionista
 Impiegato/Artigiano/Esercente
 Piccolo commerciante/Insegnante
 Agricoltore/Bracciante
 Operaia/o
 Studente
 Pensionata/o
 Disoccupata/o
 Casalinga

29 - Capo famiglia

- Imprenditore/Datore di lavoro
 Libero professionista
 Impiegato/Artigiano/Esercente
 Piccolo commerciante/Insegnante
 Agricoltore/Bracciante
 Operaia/o
 Studente
 Pensionata/o
 Disoccupata/o
 Casalinga

30 - Ultima scuola frequentata

- Elementare
- Media inferiore
- Media superiore
- Università

31 - Et 

- 15-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- > 55

32 - Patologia Data ricovero

Data compilazione questionario

Osservazioni a cura dell' intervistatore:

.....
.....