

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

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 Cassese

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: mecosan@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. 90.000

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.

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 **Il processo di apprendimento «tallone d'Achille» delle politiche sanitarie (e pubbliche in generale)**

Elio Borgonovi

Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**

- 9 **Costo-efficacia di un programma di prevenzione con dieta a basso contenuto proteico nella nefropatia diabetica**

Anna Cantagallo

- 19 **Analisi della sezione «esperienze innovative» di Mecosan negli ultimi due anni (1997-1998)**

Elena Cantù

- 35 **Dal piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti delle A.S.L. negli anni 90**

Marco Meneguzzo

- 45 **Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie**

Angelo Tanese

Sez. 2^a - **Documenti e commenti**

- 65 **Raccomandazioni per la conduzione degli studi di farmaco-economia: la guida GISF**

E. Attanasio, P. Bruzzi, S. Capri, A. Ceci, G. Fattore, L. Mantovani, F. Merlo, S. Reggio, L. Terranova

- 73 **I nuovi ordinamenti professionali e il nuovo contratto nelle aziende sanitarie**

Federica Bandini, Cristina Filannino, Antonello Zangrandi

Sez. 3^a - **Esperienze innovative**

- 81 **Analisi dei modelli micro-organizzativi della Medicina di base**

Cinzia Brunello

- 93 **Valorizzazione dei processi di assistenza ospedaliera classificati in DRGs**

Rossana Caselli, Canio Lomuto, Elvira Pisani

- 101 **Il sistema informativo a supporto del sistema decisionale: il budget nell'esperienza dell'azienda ospedaliera A. Meyer di Firenze**

Cecilia Chiarugi, Elisabetta Fabbrini

- 115 **Il concetto di qualità in terapia intensiva**

Stefania de Simone, Giuseppe Servillo

- 123 **Il sistema qualità ISO: leva organizzativa nei servizi sanitari. La struttura «Pulce» del servizio mentale dell'AUSL di Reggio-Emilia**

Maria Moscara, Corrado Ruozi, Massimo Jesi

Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**

- 133 **La nuova riforma del NHS: è morto il fundholding, viva il fundholding**

Francesco Longo, Emanuele Vendramini

Sez. 6^a - **Biblioteca**

- 147 **Recensioni**

- 152 **Novità bibliografiche**

- 155 **Spoglio riviste**

- 159 **Tesi di laurea**

IL PROCESSO DI APPRENDIMENTO «TALLONE D'ACHILLE» DELLE POLITICHE SANITARIE (E PUBBLICHE IN GENERALE)

Elio Borgonovi

Le difficoltà incontrate, non solo nel nostro Paese, dalle riforme sanitarie degli anni novanta sono sintomo della incapacità di far emergere a livello di sistema sociale, e di conseguenza di sistema istituzionale, politiche sanitarie «condivise» o almeno «accettabili» dai portatori dei diversi interessi individuali e di gruppi sociali. Incapacità che, a sua volta è espressione della più generale crisi delle politiche pubbliche. Tre possono essere considerati i motivi di questa crisi:

1) la naturale evoluzione dei sistemi sociali nei quali è presente, seppure con forme specifiche, la legge fisica dell'«azione (o forza) che genera una reazione (forza) uguale e contraria»;

2) la velocità del cambiamento sociale che non sempre è compatibile con la lentezza dei processi decisionali istituzionali;

3) i ritardi, le contraddizioni, le inefficienze del processo di «apprendimento organizzativo e sociale» rispetto ai processi di apprendimento tecnico-scientifico.

Il primo motivo può essere facilmente chiarito: l'aumento dell'intervento del Welfare State, seppure motivato da obiettivi di sostegno e diffusione di un più ampio «benessere» e di una più ampia tutela della salute (nel caso specifico del consolidamento dei Sistemi sanitari pubblici, in Europa, e

dei Programmi di assistenza pubblica come MEDICAID e MEDICARE, negli USA), ha provocato la reazione della «società» che intende riconquistare spazi di libertà e autonomia decisionale per gli individui e per «forme intermedie autonome e non istituzionalizzate, di organizzazione degli interessi». Se tale rivincita della «società auto-organizzata» rispetto alla «società istituzionalizzata» avrà successo, come sembra, dato il diffondersi del consenso sul modello del «mercato» e delle «scelte decentrate», fra qualche anno ci si dovrà attendere una «reazione» di segno opposto, ossia una valorizzazione di quelle che saranno allora definite «nuove forme di intervento pubblico».

Il secondo motivo spiega le ragioni della «vittoria» dei sistemi di mercato sui sistemi di «economia pianificata» e di «scelte pubbliche», come sono i sistemi sanitari che si richiamano al modello di Servizio sanitario pubblico. Infatti, in una società nella quale cambiano velocemente le opportunità (ad esempio di intervenire positivamente sui problemi di salute), le informazioni (si pensi al ruolo dei media e dei nuovi strumenti di comunicazione), i valori (effetto di contatti più facili e più frequenti e dell'affermarsi, seppure con notevoli contraddizioni, della società multi-etnica e multiculturale), le attese e le speranze delle persone, il tempo necessario per percor-

rere la «catena del consenso» sul piano formale oltre che sostanziale è più lungo del tempo di permanenza dei valori e dei comportamenti. Ciò determina una sfasatura tra comportamenti reali e contenuto delle politiche sanitarie. Sempre più spesso queste ultime arrivano con ritardi rispetto ai problemi. Perciò gli operatori sono costretti prima ad affrontare e a risolvere i problemi in assenza regole specifiche e poi, quando queste arrivano, ad operare con regole «obsolete ancor prima di essere applicate» che diventano ostacolo rispetto agli obiettivi di efficacia, efficienza, economicità. Il ritardo con cui le politiche sanitarie seguono i problemi reali genera due tipici atteggiamenti:

— da un lato il prevalere di una logica pragmatica (risolvere i problemi di tutela della salute senza chiari e specifici punti di riferimento, ma guidati solo da principi di ordine molto generale);

— dall'altro una cresciuta insofferenza per le politiche pubbliche.

Sono atteggiamenti che concorrono a delegittimare l'azione «di governo» in senso lato (a livello nazionale e/o regionale), a rendere poco credibili le riforme e, in definitiva, ad ostacolare la corretta applicazione.

Queste considerazioni introducono al terzo motivo di difficoltà sul quale si ritiene necessario attirare l'attenzione, quello del processo di appren-

dimento che può essere sinteticamente considerato quel processo tramite cui le conoscenze «sono validate tramite la verifica dell'esperienza, sono diffuse e si consolidano».

Il processo di apprendimento individuale è il fondamento della «maturità» della «saggezza» e della «autorevolezza» delle persone. Il processo di apprendimento collettivo e sociale «sta alla base dello sviluppo (economico e tecnologico) e del progresso civile della società». Per quanto riguarda la società, si può osservare che in tempi recenti si è rotta la sincronia o, se si vuole, il parallelismo tra processi di apprendimento individuale e processi di apprendimento sociale e, all'interno di questi ultimi, delle sue varie componenti. Mentre in passato si aveva una situazione in cui le persone che maturavano conoscenze via via più solide circa il funzionamento dei sistemi sanitari avevano una crescente influenza nell'elaborare le politiche sanitarie, oggi sempre più frequentemente accade che le politiche siano decise da due tipologie di persone:

— i neofiti che, spinti dalla volontà di rinnovamento non guidata però da conoscenze dei problemi specifici, di fatto interpretano la filosofia del «try and adjust» (prova e poi aggiusta le regole sulla base delle reazioni);

— coloro che, guidati da proprie certezze di fondo (di tipo scientifico, ideale, ideologico o legate alla difesa dei propri interessi) si propongono di «usare» le regole (le riforme) per imporre il proprio modello e sono poco disposti alla ricerca di regole che interpretano al meglio le mutate condizioni della scienza, dell'economia, della società.

Il profondo travaglio e la frammentazione della politica, che hanno colpito specialmente il nostro Paese negli ultimi 7-8 anni, hanno in un certo senso interrotto il naturale processo di trasformazione dell'apprendimento

individuale in apprendimento sociale e/o di sistema, il che ha dato origine a una schizofrenia delle riforme nelle quali sembrano contrapporsi:

— culture di «innovazione senza filtro della storia» di un sistema sanitario molto diverso per genesi, valori e comportamenti da quelli di cui si cerca di copiare le regole;

— culture di riaffermazione di principi e valori che in astratto sono maggiormente coerenti con la storia e le tradizioni della sanità italiana, ma che in concreto non tengono conto delle nuove determinanti dei comportamenti.

Hanno, invece e purtroppo, scarsa influenza sulle riforme coloro che cercano strumenti e soluzioni «innovativi» per interpretare e difendere i valori «tradizionali» della solidarietà che, ad esempio, sono profondamente diversi dai valori «della competizione individualistica» dominanti negli USA, o dai valori della «competizione per la sopravvivenza» dominanti in alcuni Paesi emergenti: essi, infatti, sono considerati «troppo lenti e frenanti» da parte dei sostenitori del modello del mercato e «pericolosi con riguardo a principi e a valori fondamentali» da parte dei difensori del modello solidaristico.

Se poi si analizzano i diversi contenuti si può rilevare che gli anni più recenti sono stati caratterizzati da:

— una ulteriore accelerazione dei processi di apprendimento tecnico-scientifico (enormi progressi della scienza medica o più in generale della scienza della salute);

— una lenta evoluzione dei processi di apprendimento sugli aspetti economici e gestionali;

— un arresto, e in alcuni casi addirittura una involuzione, nei processi di apprendimento sugli aspetti politici e istituzionali.

L'apprendimento di tipo scientifico ha potuto trarre enormi vantaggi dal-

la standardizzazione dei linguaggi, dal supporto della tecnologia, dall'affermarsi della cultura dell'informazione, tutti fattori che hanno prodotto un «effetto di moltiplicazione» delle conoscenze.

Il processo di apprendimento relativamente al modo di affrontare gli aspetti economici ed organizzativi si è sviluppato debolmente in quanto esso ha in un certo senso scontato il cambiamento dei «codici» di riferimento. Infatti, il passaggio dal modello burocratico e dal modello tecnico al modello manageriale ha interrotto il processo di accumulazione del sapere del passato che era centrato sulla capacità di controllo delle risorse e dei procedimenti (tecnici e burocratici).

Il modello manageriale richiede di elaborare e diffondere nuovi saperi lungo la catena logica che, partendo dalla rilevazione della soddisfazione dei pazienti si estende alla misurazione e alla valutazione dei risultati, al miglioramento dei processi di produzione ed erogazione dei servizi finalizzati a ottimizzare la qualità dei servizi stessi e il rapporto risultati-risorse.

Si tratta di conoscenze che solo in parte possono trovare il supporto della tecnologia (esempio sistemi di contabilità generale e analitica computerizzati, modelli di simulazione a supporto della pianificazione, costruzione di sistemi esperti per le decisioni), che usano termini e concetti non sempre univocamente intesi e, anzi, tali da generare non di rado equivoci e confusione (ad esempio azienda, competizione, efficacia, efficienza, economicità, pareggio di bilancio, convenienza, rendimento, produttività economica e sociale). L'assenza di un linguaggio standardizzato non ha consentito l'automatico trasferimento dei contenuti sottostanti i nuovi termini e i nuovi concetti, come avviene tra chi deve compiere atti tecnici e come avveniva tra i burocrati. Infatti, l'applicazione

«tecnica» di un protocollo diagnostico-terapeutico o l'applicazione di una procedura di acquisto codificata dalle norme sono processi assai più semplici rispetto al «seguire protocolli di indirizzo diagnostico-terapeutico per eliminare atti inutili e impropri, ma al tempo stesso per personalizzare il servizio sulla base delle condizioni di ogni paziente», o al «realizzare processi di acquisto scegliendo la migliore condizione prezzo-qualità». Allo stesso modo è relativamente facile garantire al paziente la metodica «più progredita e più affinata» dal punto di vista scientifico, mentre è assai più difficile garantire al paziente non la migliore prestazione in assoluto (che in genere ha costo elevato) ma la prestazione di qualità e complessità adeguata alla complessità e gravità del problema di salute (per cercare di ottimizzare il rapporto risultato-costi o beneficio-costi). Interpretare il principio dell'offerta «economicamente conveniente» in termini di «prezzo minore» (criterio burocratico) è operazione più semplice, ma meno rispondente all'obiettivo sostanziale rispetto ad analisi che mettono a confronto prezzo, qualità dei beni forniti, tempi di consegna, assistenza tecnica eventualmente garantita dal fornitore, altre garanzie. Interpretare il sistema di pagamento dei DRGs tramite sistemi di selezione dei pazienti (reali anche se non dichiarati) in modo da escludere, o da limitare il numero di quelli per i quali il costo diretto del trattamento è superiore o molto vicino alla tariffa DRG è operazione molto più semplice, ma contraria al fine di tutela della salute, rispetto ad interventi finalizzati a ridurre i costi dei trattamenti per renderli compatibili con le tariffe o rispetto alla attuazione di politiche di mix di pazienti idonee a garantire l'equilibrio di bilancio dell'azienda ospedaliera compatibile con il «migliore trattamento» (dal punto di vista

dei risultati di salute) di casi con tariffe inferiori ai costi, bilanciati da casi con tariffe superiori ai costi.

Perseguire l'equilibrio di bilancio tramite politiche per sottrarre ad altre aziende ospedaliere pazienti considerati «più convenienti» sul piano economico in rapporto alle metodiche del trattamento largamente consolidate è operazione più semplice, ma meno produttiva per l'intero sistema, rispetto alla ricerca dell'equilibrio tramite l'introduzione di metodiche innovative idonee a trattare in modo efficace situazioni di salute in precedenza non trattate o trattate con costi superiori alle tariffe DRG.

La diffusione dei «codici conoscitivi» relativi al nuovo modello di gestione «aziendale» e di governo del sistema tramite il decentramento dei poteri decisionali avrebbe dovuto essere sostenuta con una intensa e puntuale azione di formazione, in mancanza della quale il processo di apprendimento è stato assai più lento del necessario. La divaricazione tra investimenti in tecnologia e investimenti nella cultura delle persone ha causato una divaricazione strutturale tra sviluppo dell'apprendimento tecnico-scientifico e apprendimento-diffusione della capacità di sfruttarne completamente il potenziale.

Il sistema sanitario è stato caratterizzato negli anni più recenti dalla creazione di un enorme «potenziale» di tutela della salute, ma al tempo stesso da un grande «effetto di dispersione» di questo potenziale.

Ma il punto più delicato sembra essere quello della involuzione che si rileva nel processo di apprendimento causato dalla crisi della politica e dell'immagine delle istituzioni. Crisi e delegittimazione che determinano risposte inadeguate alla crescente complessità del sistema sanitario. In effetti, la crescente complessità richiede risposte nel senso della semplificazione

delle regole e della flessibilità nella loro applicazione, mentre la risposta che spesso viene data va nel senso:

- del semplicismo spesso frutto di superficialità delle analisi;
- della rigidità dei «modelli».

Chi ritiene che la politica rappresenti una «distorsione rispetto alla razionalità tecnica o economica» e non rappresenti invece un processo tramite cui nelle società democratiche e pluralistiche si riesce a creare un consenso sufficientemente vasto attorno a soluzioni «razionali» dal punto di vista tecnico ed economico, si rifugia nelle facili sicurezze date dai «modelli che si ritiene di poter imporre tramite l'approvazione di leggi». Quindi di fronte a situazioni giudicate insoddisfacenti si ritiene di poter modificare i comportamenti tramite l'approvazione di nuove leggi o tramite l'imposizione di «modelli di comportamento» non sottoposti alla verifica di fattibilità. Il sistema sanitario subisce, forse più di altri, data la delicatezza dei suoi elementi di regolazione legati al contenuto di emotività e di pathos suscitati dallo stretto legame con la vita e la morte e con la sofferenza delle persone, gli effetti negativi di «politiche» (policies) che sono frutto di una azione politica (politics) che:

- ha perso il senso di realismo connesso alla necessità di contemperare interessi e obiettivi diversi;

— si va sempre più caratterizzando come realpolitik di opportunisti che cercano di esercitare il potere attraverso il compromesso di principi e di soluzioni prive di coerenza.

Ad esempio:

— non sono realistiche soluzioni che prevedono una ampia libertà di scelta dei pazienti e contemporaneamente il permanere di vincoli di spesa totale o la riduzione della spesa stessa: la conseguenza inevitabile, facilmente prevedibile, sarà o il mancato

rispetto dei limiti della spesa o una limitazione di fatto della libertà di scelta;

— non è realistico introdurre un principio di autonomia, responsabilizzazione e professionalità dei Direttori generali delle aziende sanitarie e contemporaneamente invocare l'applicazione di sistemi di selezione e loro valutazione altamente proceduralizzati e fortemente formalizzati: la conseguenza sarà una selezione di Direttori generali dotati di requisiti formali non contestabili, ma non per questo dotati delle necessarie competenze manageriali, oppure processi di selezione che devono preoccuparsi di ricostruire motivazioni formalmente ineccepibili per decisioni sostanzialmente discrezionali e fiduciarie;

— non sono realistici sistemi che dichiarano il decentramento e la responsabilizzazione delle Regioni e contemporaneamente interventi che limitano la loro autonomia per ridurre il rischio della differenziazione: la conseguenza sarà il riacutizzarsi del conflitto Stato-Regioni con gli inevitabili contrasti sulla «responsabilità per i disavanzi»;

— non sono realistiche politiche che favoriscono la competizione e contemporaneamente l'adozione di strumenti di controllo rigido sullo sviluppo della tecnologia che, secondo schemi del passato, può indurre domanda impropria: la conseguenza sarà l'emanazione di norme che resteranno inascoltate, oppure la perdita di competitività a causa di vincoli ecces-

sivi che bloccano l'adeguamento tecnologico.

In conclusione si può dire che il paradigma della «società della conoscenza» impone di superare gli storici dibattiti sul rapporto di potere reale tra scienza (e scienziati), economia (e manager), politica (e politici) e impone invece di concentrare l'attenzione sulla riattivazione di «processi di apprendimento sul governo delle istituzioni» e di investimento sui «processi di apprendimento sulla gestione delle aziende».

Ciò che occorre, infatti, è una capacità di avere politiche sanitarie forti e management della sanità forte in un contesto in cui va accrescendosi la forza della tecnologia e della scienza.



SDA BOCCONI
SCUOLA DI DIREZIONE AZIENDALE
DELL'UNIVERSITÀ LUIGI BOCCONI

La Scuola di Direzione Aziendale (SDA) dell'Università Bocconi e l'Università «La Sapienza» di Roma hanno organizzato il

MASTER OF INTERNATIONAL HEALTH CARE MANAGEMENT, ECONOMICS AND POLICY

destinato a tutti coloro, italiani e stranieri, che intendono perseguire uno sviluppo professionale nel sistema sanitario o nei settori industriali ad esso collegati.

Il Master è stato sviluppato nell'ambito di un progetto «Socrates» dell'Unione Europea e ha coinvolto alcune tra le migliori scuole di management, economia e medicina presenti in Europa, quali: la London School of Economics, la Stockholm School of Economics e il Karolinska Institute.

Il corso è residenziale e dura 10 mesi, da ottobre 1999 a luglio 2000.

Per informazioni:

Rosanna Tarricone (Coordinatore)
V.le Isonzo, 23 - 20135 Milano
E-mail: rosanna.tarricone@uni-bocconi.it
Tel.: 025836.2582 - Fax 025836.2598

Cristiana Testa (Segretaria del Master)
Via Bocconi, 8 - 20136 Milano
E-mail: cristiana.testa@sda.uni-bocconi.it
Tel.: 025836.6855 - Fax 025836.6832

SDA Bocconi - Divisione Amministrazioni Pubbliche - Via Bocconi, 8 - 20136 Milano

Desidero ricevere, senza alcun impegno, il materiale illustrativo relativo a:

MASTER OF INTERNATIONAL HEALTH CARE MANAGEMENT, ECONOMICS AND POLICY

Cognome e Nome: _____

Ente: _____

Via: _____

Cap: _____ Città: _____ Provincia: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Spedire via fax al numero 0258366832 oppure via e-mail a: cristiana.testa@sda.uni-bocconi.it

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

COSTO-EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE CON DIETA A BASSO CONTENUTO PROTEICO NELLA NEFROPATIA DIABETICA

Anna Cantagallo

Servizio di Diabetologia Ospedale S. Spirito ASL RME - Roma

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Storia naturale della nefropatia diabetica - 3. Proteine alimentari e prevenzione della nefropatia - 4. La nefropatia diabetica nel Lazio - 5. Costo della dialisi - 6. Obiettivo dell'indagine - 7. Programma di *screening* - 8. Analisi economica - 9. Analisi di sensitività - 10. Conclusioni.

The Low Protein(LP) diet (0.6 g/kg weight) has been recognised effective in delaying renal death on the nephropatic diabetic patients. In Lazio region the 14% of new entry on dialysis is due to diabetes with an average annual cost of 14,750 Million Liras (ML). Purpose of the study is the economic analysis of a prevention program (2 years) with LP diet on pts with incipient nephropathy, aiming at delaying the probability of renal death. The outcome is the number of dialysis delayed. The point of view of the analyst is Lazio Region, the evaluation methodology is Cost-Effectiveness. Patients enrolled for the screening are: IDDM<10ys of diabetes and NIDDM at diagnosis. Positive Albustix pts are excluded. According to the follow-up, various hypothesis have been adopted. The cost of the program (fixed and variable costs and the differential cost of LP diet subsisted by Region lazio) is 3,686 ML versus 7,941 ML (cost of delayed dialysis). Cost-Effectiveness is 176,400 Liras/delayed dialysis treatment. For the patients the benefits are»additional years of life«. The expected effects might be increased if the diet is followed for longer time, i.e. over 5 years.

1. Introduzione

Le normative contenute nelle leggi 502/1992 e 517/1993 ridefiniscono la gestione del bene salute come un processo di ottimizzazione di risorse in cui la valutazione economica preventiva costituisce un momento essenziale per la fase decisionale, rendendo esplicito il processo di valutazione dei costi e dei benefici ed identificando i parametri obiettivo per la successiva verifica della riuscita del programma. Sono disponibili varie tecniche per la valutazione economica sia in relazione alle supposte disponibilità di risorse che agli obiettivi prefissati (Whyne, 1995). Tra queste, molto utilizzata negli studi clinici e di prevenzione è l'analisi costo-efficacia (ACE) che permette di determinare quale programma o intervento alternativi (anche il non intervento, *do nothing*, è una alternativa) raggiunge l'obiettivo

(*outcome*) al minimo costo. Nel rapporto costo-efficacia, il numeratore è dato dal costo netto del programma espresso in termini monetari, mentre al denominatore è espressa la misura dell'effetto sanitario più rilevante in termini non monetari, ma in unità fisiche come gli anni di vita guadagnati, casi più accuratamente diagnosticati, morti renali evitate, etc. (Maynard, 1987).

Nell'ACE l'effetto complessivo del programma può essere esaminato in base a:

- 1) le risorse consumate nel programma;
- 2) le risorse consumate per trattare gli effetti collaterali;
- 3) le risorse che verranno consumate negli anni addizionali, se la morte viene evitata;
- 4) le risorse risparmiate per il mancato trattamento della malattia, se

la malattia viene evitata (Drumond, 1986).

2. Storia naturale della nefropatia diabetica

Durante il suo decorso clinico il diabetico può andare incontro a numerose complicanze più o meno invalidanti ma, tra queste, particolarmente onerosa, per la comunità e per la qualità della vita dell'utente, è la nefropatia diabetica.

La nefropatia diabetica è un processo patologico a carico del rene caratterizzato da persistente albuminuria (> 0,3 g/die) che può condurre ad uno stadio di insufficienza renale terminale ESRD (*End Stage Renal Disease*) con necessità di terapia sostitutiva (dialisi o trapianto renale). Tale processo si instaura lentamente ed inesorabilmente durante il decorso della malattia diabetica rendendosi visibile

al cosiddetto stadio III con la comparsa di microalbuminuria (1). La microalbuminuria è presente dopo 7-15 anni di malattia nei pazienti insulinodipendenti (tipo 1, IDDM) e alla diagnosi nei diabetici non insulinodipendenti (tipo 2, NIDDM), manifestando quindi il danno funzionale renale — glomerulosclerosi — che nel tempo può condurre all'insufficienza renale. Pertanto la microalbuminuria può essere considerata un *marker* altamente predittivo nei pazienti insulinodipendenti di sviluppo di ESRD nei successivi 10-15 anni (40%), mentre è considerata essenzialmente un *marker* di rischio cardio vascolare nei diabetici non insulinodipendenti e la prognosi è meno infausta (8%) (Viberti, 1982) (Mogensen, 1984).

Numerosi fattori di rischio possono concorrere alla progressione della nefropatia verso la ESRD tra cui l'ipertensione arteriosa, il controllo glicemico e le proteine nelle diete.

In particolare, Brenner ha chiarito il ruolo di un alto tenore proteico (80 g) nella dieta nel determinare ed accelerare il processo di glomerulosclerosi che una volta divenuto irreversibile, determina la perdita di proteine di grandi dimensioni (macroalbuminuria), ipertensione arteriosa e progressiva riduzione della velocità di filtrazione glomerulare (VGF), con conseguente incapacità da parte del rene nell'eliminare soluti con aumento della azotemia e creatinina (Brenner, 1992).

In Italia è aumentato il numero dei nuovi ingressi in dialisi dal 6% nel 1987 al 7,1% del 1990 e, diversamente dagli altri paesi anglosassoni, per fattori non ancora ben definiti, la popolazione diabetica in terapia sostitutiva è costituita prevalentemente (70%) dalla popolazione non insulinodipendente (tipo 2, NIDDM), ad eccezione della Sardegna dove la maggio-

ranza dei diabetici in dialisi è insulinodipendente (Vaccaro, 1996).

3. Proteine alimentari e prevenzione della nefropatia

Secondo le RDA (*Recommended Dietary Allowance*) per gli individui adulti diabetici di entrambi i sessi è suggerito un apporto proteico di 0,8 g/Kg *pro die*, pari a circa il 10% delle calorie ingerite. Nella nefropatia diabetica tale apporto deve scendere a 0,6 g/Kg *pro die* con un contenuto di fosforo non superiore a 800 mg, definendo così una dieta a basso contenuto proteico, *low protein* (LP) (Nutrition Recommendations, 1994). Inoltre, per evitare la malnutrizione, è necessario un buon apporto calorico di 30-35 kca/Kg/peso o anche più se il paziente è sottopeso o già malnutrito. Con tale programma, i numerosi studi che sono stati condotti sull'argomento, seppure nella difformità della durata dei *follow up*, delle modalità di arruolamento dei pazienti (numero, durata e tipo di diabete, stadio della nefropatia) e delle metodiche di valutazione della funzione renale, in media hanno rilevato sia una riduzione della proteinuria (Viberti, 1986) che un rallentamento del decremento del VGF (Walker, 1989).

Ma il maggiore accredito di efficacia di una dieta a basso contenuto proteico, LP, proviene dallo studio in metanalisi di Fouque. Questo autore ha elaborato i risultati provenienti da vari studi, ciascuno di piccola numerosità, ed utilizzando un criterio comune per tutti gli studi ha ottenuto una popolazione totale ideale di 890 pazienti con gravi malattie renali di cui la metà riceveva una dieta a basso contenuto proteico rispetto al controllo. L'obiettivo (*outcome*) era valutato come numero di morti renali evitate durante lo studio, cioè come morte del paziente o come necessità di iniziare la dialisi. Nel periodo di anni analizzato (dal

1982 al 1991) si è osservato un minor numero di morti renali, con aspettativa dell'evento ridotta del 50% rispetto ai controlli (*odds ratio* 0.54%, CI 95%) validando così l'efficacia della dieta LP nel dilazionare gli stadi finali della malattia renale (Fouque, 1992). Anche dallo studio in metanalisi di Pedrini, che, selezionando lavori negli ultimi 30 anni (1964-1994), ha ottenuto una popolazione ideale di nefropatici di cui 1.413 non diabetici e 108 diabetici, risulta una riduzione del rischio relativo di progressione della nefropatia nel diabetico sottoposto a LP con aspettativa dell'evento ridotta del 30% (rischio relativo 0.67, CI 95%), concludendo per una effettiva capacità della dieta LP nel rallentare il decorso della malattia renale in tutti i nefropatici (diabetici e non) (Pedrini, 1996). In sintesi la dieta a basso contenuto proteico di per sé è in grado di influire sul decorso della nefropatia, ma è necessario che il paziente mantenga una buona *compliance* alla dieta (prerequisito fondamentale) e che non si incorra nella malnutrizione (Locatelli, 1991).

4. La nefropatia diabetica nel Lazio

Attualmente nel nostro Paese mancano sia censimenti periodici dei diabetici che registri nazionali e regionali specifici delle varie complicanze del diabete: le uniche fonti di informazione utilizzabili sono le stime fornite sulla popolazione diabetica da parte della Regione Lazio e quelle provenienti dal Registro dialisi.

Si stima che afferiscano ai centri antidiabetici circa 150.000 diabetici, ma tale stima rappresenta una approssimazione per difetto della totale popolazione perché non è comprensiva di quelli curati dal medico personale e di quelli non ancora consapevoli della malattia. Il Registro dei pazienti dializzati viene prodotto periodicamente

nel Lazio a cura dell'Osservatorio epidemiologico della Regione (Regione Lazio, 1996).

Dall'ultimo rapporto degli anni 1994-95 sono state ricavate le seguenti informazioni generali: al 30 giugno 1995 i pazienti totali in dialisi erano 3369 di cui i nuovi ingressi sono stati 531; i diabetici in dialisi risultavano essere 249 pari al 9%, mentre i nuovi ingressi erano 74 pari al 14% della nuova popolazione. Questi dati sembrano allinearsi con le percentuali italiane come riportato nel libro «Il diabete in Italia» (Vaccaro, 1996).

Nel Registro dialisi Lazio non sono forniti dati specifici, come l'anzianità dialitica o la mortalità, riferibili esclusivamente alla popolazione diabetica in dialisi e pertanto questi dati non sono quantizzabili, tuttavia nella popolazione generale esaminata è risultato che la fascia di età più rappresentativa è compresa tra i 55 e 74 anni di età con l'anzianità dialitica prevalente (57%) minore di 5 anni, mentre la mortalità osservata è stata del 10,1%, probabilmente sottostimata, con la prima causa di morte per malattie cardiovascolari.

5. Costo della dialisi

La dialisi è una tecnica che permette il passaggio dei soluti attraverso una membrana semipermeabile da un settore dove sono più concentrati ad un altro dove lo sono meno o affatto. Questo sistema può avvenire tramite un rene artificiale (emodialisi), o utilizzando come membrana il peritoneo (dialisi peritoneale). Una composizione dei costi della dialisi è stata valutata analiticamente in un lavoro (Notiziario ALE, 1992) comprendente i costi diretti (personale, materiali, farmaci, esami, strumenti e presidi) (2) e costi indiretti (manutenzione ed ammortamento dei centri dialisi, modifiche

abitative del paziente, spese generali ed utenze varie).

Nel Lazio sono attualmente presenti 61 centri per il trattamento dialitico cronico di cui 30 in strutture pubbliche, 17 in strutture private convenzionate, 9 in strutture private, 5 nei cosiddetti CAL (Centri di assistenza limitata) (3). Vi vengono praticate le seguenti tipologie di dialisi con diversa percentuale di frequenza:

- a) Extracorporea non specificata (0,2%);
- b) HD acetato (2,2%);
- c) HD bicarbonato (82,7 %);
- d) Emofiltrazione (0,4%);
- e) Altre extracorporee (1,1%);
- f) Peritoneale (2,8%);
- g) Sconosciuta (0,4%).

In un recente lavoro di Barosi (Barosi, 1996) è stato stimato il costo medio annuo del paziente diabetico dializzato (calcolato come costo medio annuo della dialisi peritoneale ed extracorporea ponderato per il numero di pazienti che utilizzano le due tecniche) in 59.263.000 lire. Moltiplicando il costo per il numero dei pazienti diabetici dializzati nella Regione Lazio, n. 249, si può ricavare la stima di un costo annuo per tale popolazione di 14.750 milioni di lire.

6. Obiettivo dell'indagine

Ai fini del presente studio è assunto che la Regione Lazio intenda analizzare dal punto di vista economico l'effetto di un programma della durata di due anni con dieta a basso contenuto proteico, *Low Protein*, sulla nefropatia diabetica incipiente (stadio III, con microalbuminuria iniziale), rispetto a un «non-programma» (dieta libera). L'*outcome* clinico è la stabilizzazione, dopo dieta a basso contenuto proteico, LP, dello stadio III con rallentamento della progressione della nefropatia diabetica e conseguente riduzione della probabilità

dell'evento morte renale (intesa come necessità di entrare in dialisi), che, dall'esame della letteratura, sembra essere compreso tra il 30% e il 50% rispetto alla dieta proteica libera (Fouque, 1992) (Pedrini, 1996). Poiché gli studi eseguiti riguardano principalmente interventi dietetici su stadi più avanzati della nefropatia, si ritiene ragionevole utilizzare in questo studio l'aspettativa più favorevole, cioè la riduzione dell'ingresso in dialisi del 50%. La valutazione economica è stata effettuata secondo la tecnica costo-efficacia (ACE). L'ottica dell'analista è quella del Sistema sanitario nazionale, nella fattispecie la Regione Lazio; non sono stati pertanto monetizzati i costi intangibili ed indiretti a carico dell'utente. Non è prevista in questa indagine la valutazione dei costi di un eventuale intervento farmacologico antiipertensivo, che, se necessario, verrebbe ugualmente effettuato con un impegno economico separato.

7. Programma di screening

La popolazione arruolabile è costituita da pazienti IDDM con durata della malattia < 10 anni e da pazienti NIDDM neodiagnosticati nell'anno. Vengono esclusi i pazienti con macroalbuminuria ALBUSTIX positivi. Lo *screening* viene attuato con la ricerca di microalbuminuria su un campione di urine fresche del mattino e, se positivo, viene eseguito il dosaggio della microalbuminuria su una raccolta di urina temporizzata *overnight* (almeno due nell'arco di sei mesi) con il metodo della immunoturbidometria (apparecchio Turbi Timer). Ai pazienti arruolati viene proposta una dieta personalizzata *Low Protein* 0,6 g/kg di peso con contenuto di fosforo (P) < 800 mg/die (4). È previsto inoltre un corso di aggiornamento per i

medici diabetologi erogatori della dieta sulle tecniche di rafforzamento della *compliance* del paziente che potrebbe avere difficoltà a modificare le proprie abitudini alimentari per lunghi periodi in assenza di manifestazioni visibili della malattia (Locatelli, 1991).

I pazienti arruolati vengono sottoposti a controlli dello stato nutrizionale ogni tre mesi valutato come:

a) *compliance* calorica:

— variazione percentuale del peso:

$$\frac{\text{peso abituale} - \text{peso attuale}}{\text{peso abituale}}$$

— variazione del peso > 10% negli ultimi tre mesi.

Allo scopo si utilizzano misure antropometriche semplici e riproducibili, mentre viene esclusa la plicometria perché suscettibile di notevole variabilità *inter* ed *intra* operatore;

b) *compliance* proteica:

indici bioumorali:

— dosaggio dell'albumina plasmatica;

— dosaggio della prealbumina plasmatica in caso di eventi stressanti (in media 4/anno);

indici di funzione renale:

— dosaggio della microalbuminuria *overnight*;

— dosaggio della creatininemia.

Non sono state ritenute utilizzabili la creatinina *clearance* per i possibili errori nella raccolta e perché scarsamente correlabile con la filtrazione renale, né la valutazione del VGF con iotalamato, tecnica disponibile solo in centri attrezzati. I controlli della funzione metabolica, la visita medica, il rilievo della pressione arteriosa vengono già eseguiti nella normale *routine* diabetologica e pertanto non sono qui ulteriormente valorizzati.

8. Analisi economica

8.1. Frequenza degli eventi (Albero delle decisioni)

La misura dei risultati attesi dal programma dipende da una serie di fattori, quali:

a) la dimensione della popolazione diabetica coinvolta e la relativa ripartizione tra le due principali tipologie di diabete;

b) la percentuale di popolazione a rischio selezionata dal programma di *screening*, che è diversa per i due tipi di diabete;

c) il livello di *compliance* della popolazione selezionata nel seguire con costanza ed adeguatezza il programma dietetico proposto;

d) l'efficacia clinica del programma dietetico.

Al fine di tener conto di questi fattori sono state adottate varie ipotesi di frequenza degli eventi nei diversi momenti in cui si articola la campagna di *screening* e terapia.

In assenza di informazioni ufficiali, non esistendo il censimento dei pazienti diabetici con la relativa distribuzione percentuale secondo la durata della malattia, e non potendo utilizzare dati ricavabili da altri studi epidemiologici perché eseguiti sulla popolazione diabetica con complicanze già diagnosticate, si sono formulate delle ipotesi percentuali ricavate da opinioni personali, e quindi discutibili, di esperti nel campo diabetologico. A tali incertezze si è rimediato con l'analisi di sensitività.

La distribuzione percentuale dei due tipi di diabete e la frequenza delle probabilità degli eventi (nefropatia incipiente e ERSD) sono stati ricavati dai dati della letteratura internazionale attenendosi alle percentuali medie dell'incidenza cumulativa (Christensen, 1983) (Mogensen, 1984) (Viberti, 1986).

Sono state quindi adottate le seguenti ipotesi:

— popolazione diabetica selezionata per lo *screening*: IDDM 15%, NIDDM 3% della popolazione diabetica totale;

— popolazione selezionata con *test* Albustix negativo: IDDM 91,2%, NIDDM 84%;

— popolazione selezionata con microalbuminuria positiva: 20%;

— popolazione sensibilizzata alla dieta: IDDM e NIDDM positiva per microalbuminuria;

— popolazione con *compliance* positiva alla dieta: 60% del totale;

— popolazione con *compliance* negativa: 40% del totale con uscita dallo studio in media dopo 5 mesi;

— popolazione che in assenza di dieta e nel peggiore decorso della malattia sarebbe destinata ad entrare in dialisi tra il 5° e il 20° anno dall'inizio dello *screening*: IDDM 40%, NIDDM 8%;

— popolazione con dialisi rinviata per 2 anni per effetto della dieta: 50%.

Lo sviluppo della frequenza degli eventi applicata alla popolazione arruolabile della Regione Lazio è mostrata nella tabella 1.

8.2. Costi diretti

Per l'analisi economica del programma è parso opportuno considerare soltanto i costi diretti, cioè quelli sostenuti dai servizi sanitari, dalla comunità e dalla famiglia per curare la malattia (Rice, 1994). Non si è, invece, tenuto conto dei costi indiretti (perdite produttive) e di quelli intangibili (costo del dolore e perdita di tempo libero), sia per la difficoltà di una quantificazione precisa di tali voci, sia in quanto questi costi non gravano direttamente sulla spesa sanitaria (ottica dell'analista). In sostanza, essendo l'obiettivo del programma quello di allungare l'aspettativa di vita dei pa-

Tabella 1 - Frequenza degli eventi

Popolazione diabetica totale = 150.000 di cui:						
< di 10 anni =	IDDM 15.000 di cui: 2.250	10% 15%		90% 3%	NIDDM 135.000 di cui: 4.050	neo-diagnosticati nell'anno
Test Albustix						
	Positivo Negativo	198 2.052	8,8% 91,2%		16,0% 84,0%	648 3.694
	Positivo Negativo					Positivo Negativo
Test Microalbuminuria						
	Negativo Positivo	1.642 410		80% 20%		2.955 739
<i>Paz.ti sensibilizzati alla dieta</i>		410				739
	Negativo Positivo					Negativo Positivo
Test di compliance						
	Negativo Positivo	164 246		40% 60%		295 443
<i>Effetti senza dieta:</i>						
Pazienti da dializzare		98	40%		8%	35
<i>Riduzione per effetto dieta</i>				-50%		
Pazienti con dialisi rinviata		49				18
						Pazienti da dializzare
						Paz.ti con dialisi rinviata

zienti e di migliorarne il livello di qualità della vita, buona parte di questi costi andrebbe portata in deduzione, proporzionalmente alla riuscita del programma stesso. Sotto questo aspetto si può dire che l'analisi è stata effettuata in un'ottica cautelativa.

Per la determinazione dei costi diretti del programma è stata adottata la seguente metodologia:

a) si è assunto di avvalersi di:
— centri esistenti già attrezzati o attrezzabili;

— personale medico specializzato e personale sanitario specializzato;

— strutture convenzionate per alcune analisi di laboratorio;

b) il costo fisso del programma dietetico (preparazione ed elaborazione della dieta LP, corso di aggiornamento) è stato calcolato analiticamente ed imputato all'intero progetto sen-

za ripartirlo tra le due popolazioni diabetiche. Si è stimato che tale voce di costo ammonti complessivamente a lire 50 milioni, così articolata:

— consulenze per la preparazione del programma dietetico, lire 7 milioni;

— editing e stampa del materiale illustrativo da distribuire a pazienti, lire 13 milioni;

— corso di introduzione ed aggiornamento per i medici dei centri, lire 30 milioni;

c) i costi delle prestazioni e degli esami effettuati presso i centri antidiabetici (visite mediche previste dal programma, test Albustix, microalbuminuria, etc.) sono stati calcolati per via analitica e rapportati all'unità di prestazione.

In particolare, per il test Albustix è stato considerato il costo diretto delle strisce reattive: lire 300/unità.

Il costo del dosaggio della microalbuminuria è stato calcolato tenendo conto delle seguenti voci:

— costo di acquisto dell'apparecchio Turbitimer, ammortizzato in 5 anni;

— costo annuale degli interventi riparativi;

— consumo energetico orario;
— costo del materiale ausiliario consumabile;

— costo del reagente;
— tempo/uomo per test (circa 1 min.);

— utilizzo dell'apparecchio per microalbuminuria (1/3 del tempo totale annuale, tenendo conto che l'apparecchiatura viene comunemente utilizzata anche per altre analisi chimico-cliniche).

Complessivamente il costo di un dosaggio della microalbuminuria risulta uguale a 5.740 lire;

d) per le analisi di compliance (albuminemia, prealbumina, creatinina), che i pazienti devono effettuare in occasione dei controlli, sono state adottate (cautelativamente) le tariffe previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali del 24 aprile 1996, in quanto si assume che tali analisi siano prescritte a ciascun paziente dal proprio medico curante ed eseguite presso le strutture convenzionate della zona di residenza. Ai fini del calcolo del costo complessivo della visita di controllo, ai costi tariffati delle analisi sono stati aggiunti i costi diretti delle prestazioni di personale sanitario (medico e non) dei centri, secondo il dettaglio illustrato dalla tabella 2.

Il costo unitario del personale medico e paramedico è stato calcolato secondo il dettaglio riportato nella tabella 3;

e) il costo incrementale della dieta ipoproteica (stilata per un uomo ideale di 70 kg) rispetto a quella libera è stato calcolato sulla base degli attuali prezzi

Tabella 2

	(Lire/unità)
Prelievo venoso.....	1.400
Albuminemia.....	5.200
Prealbumina.....	7.600
Creatinina.....	1.600
Personale sanitario per controllo del peso e della <i>compliance</i>	14.200
Totale.....	30.000

Tabella 3

	Personale medico	Personale paramedico
Stipendi lordi.....	80,0 milioni	35,0 milioni
Oneri sociali (45% stipendio).....	36,0 milioni	15,8 milioni
Costo totale per l'amministrazione.....	116,0 milioni	50,8 milioni
Giornate lavorative annue.....	270	270
Giornate produttive annue (al netto di aggiornamento e malattie).....	240	260
Ore per giornata produttiva.....	6:20'	6:0'
Costo unitario (lire/minuto).....	1.270	540
Tempo medio dedicato.....	9'	5'

di mercato di prodotti comuni ed apoteici, e risulta pari a 5.310 lire/die (nella tabella 4 sono riportati i dettagli del calcolo). Tale costo incrementale dovrebbe essere coperto da sovvenzione pubblica della Regione Lazio.

8.3. Analisi dei risultati

L'analisi economica del programma proposto comprende il calcolo dei costi fissi (organizzazione e preparazione della dieta ipoproteica e del relativo materiale di divulgazione) e di quelli variabili (costo dei *test* e delle analisi a cui sono sottoposti i pazienti selezionati nello sviluppo del programma e la sovvenzione concessa ai pazienti che sono sensibilizzati alla dieta). L'arco di tempo considerato è di due anni. A fronte dei costi, viene calcolato il numero di interventi di dialisi che, per effetto del programma, si stima vengano rinviati. Tale risultato è equivalente ad un rinvio dell'ingresso in dialisi e, quindi, di una mag-

giore sopravvivenza del paziente diabetico, esprimibile in «anni di vita guadagnati».

Partendo da una popolazione di circa 150.000 diabetici e adottando le ipotesi di frequenza degli eventi descritte nei capitoli precedenti, risulter-

rebbero sensibilizzati al programma dietetico circa 1.150 pazienti, di cui si stima che circa 690 adottino un comportamento alimentare costante nei confronti della dieta (*compliance* positiva). Per effetto del programma, quindi, circa settanta diabetici potrebbero veder dilazionato il loro ingresso in dialisi (rispetto all'attesa originaria in assenza di intervento). La tabella 5 riporta in dettaglio i risultati dei calcoli effettuati.

I costi diretti complessivi si stimano in 3.686 milioni di lire. A titolo indicativo, il costo delle dialisi rinviate nello stesso arco di tempo ammonterebbe a 7.941 milioni di lire.

8.4. Outcome

L'effetto atteso è il numero delle dialisi rinviate, calcolate sulla stima dei pazienti che, per effetto del programma con dieta LP rispetto a un «non-programma» dieta libera, evitano l'entrata in dialisi per il periodo medio di 2 anni, nell'ipotesi che i pazienti in dialisi debbano sottoporsi a 3 trattamenti settimanali. Dai calcoli eseguiti, si stima che circa 67 pazienti trovino beneficio dal pro-

Tabella 4

	Dieta libera		Dieta Ipoproteica		
	Kcal.: 2.200	Proteine: 80 g	Kcal.: 2.200	Proteine: 40 g	
	Grammi	Lire	Grammi	Lire	
Pasta.....	100	200	Pasta.....	100	200
Carne.....	130	2.860	Carne.....	50	1.100
Pane.....	100	450	Pane Aproten.....	200	6.085
Latte.....	200	400	Fiordilatte.....	50	600
Uova.....	1	250	Pastina Aproten.....	50	1.050
Formaggio.....	60	960	Fette Aproten.....	60	2.215
Fette biscottate.....	15	130	Ortaggi.....	300	600
Ortaggi.....	500	1.000	Frutta.....	400	600
Frutta.....	400	600	Olio.....	40	400
Olio.....	40	400			
Parmigiano.....	10	290			
Totale.....		7.540	Totale.....		12.850

Tabella 5 - Analisi economica

Costi	Pazienti IDDM	Pazienti NIDDM	Pazienti totali	Costo unitario (lire)	N. volte	Costo totale (milioni di lire)
<i>Costi fissi:</i>						
Organizzazione e preparazione dieta ipoproteica.....						50
<i>Costi variabili:</i>						
Test Albustix.....	2.250	4.050	6.300	300	1	2
Test microalbuminuria.....	2.052	3.694	5.746	5.740	10	330
Test compliance.....	410	739	1.149	30.000	8	276
Sovvenzione dieta.....						
Punti compliance positiva.....	246	443	689	5.310	730	2.673
Punti compliance negativa.....	164	295	460	5.310	146	356
Totale.....						3.636
Totale costi fissi + variabili...						3.686
Costo delle dialisi rinviate.....	49	18	67	380.000	312	7.941

gramma (49 pti IDDM e 18 pti NIDDM).

Sulla base della frequenza di trattamento indicata (3 x 52 settimane x 2 anni = 312 trattamenti/p.te), l'*outcome* sarebbe di 20.900 trattamenti rinviate. Il rapporto costo/efficacia è di lire 176.400 per trattamento, ottenuto dividendo i costi complessivi del programma (3.686 milioni di lire) per la stima dei trattamenti di dialisi rinviate (20.900).

Tale risultato rappresenta il 46% del costo medio di un trattamento di dialisi (380.000 lire).

L'effetto del programma in esame sull'utilizzo della tecnica dialitica sarebbe, nel breve periodo, quello ridurre il numero di nuovi accessi: nell'ipotesi che l'effetto della dieta si distribuisca equamente sui due anni del programma, il numero di nuovi accessi sarebbe ridotto di 33 unità/anno ($67/2 = 33,5$), che rappresentano il 45% dei nuovi ingressi attualmente registrati. Si libererebbe, pertanto, una capacità di dialisi (per minore utilizzo delle strutture attualmente esistenti rispetto alle previsioni) disponibile anche per pazienti nefropatici non-dia-

betici, con conseguente miglioramento del costo marginale del trattamento dialitico.

Considerando come *outcome* gli anni di vita guadagnati, che deriverebbero dal rinvio dell'entrata in dialisi (rinvio dell'evento «morte renale»), il rapporto costo/efficacia risulta di 27,5 milioni di lire/anno (considerando che l'anzianità dialitica media nel Lazio è inferiore a 5 anni).

Va sottolineato, inoltre, che il numero di anni di vita guadagnati andrebbe ponderato per il miglioramento della qualità della vita (rinvio della dipendenza dal trattamento dialitico), difficilmente valorizzabile in mancanza di specifiche indagini sulla determinazione del QALY (*Quality Adjusted Life Year*) per i pazienti diabetici nefropatici nel Lazio. La disponibilità di tale parametro permetterebbe di effettuare un'analisi costo/utilità (ACU) del programma proposto e, successivamente, di costruire una *QALY League Table* che i responsabili della Regione potrebbero adoperare per allocare le risorse finanziarie a diversi programmi sanitari (Mooney, 1996).

9. Analisi di sensitività

Con questa analisi si può analizzare l'effetto sui risultati economici, derivante da variazione dei parametri e delle ipotesi utilizzate.

In particolare i parametri con maggior grado di incertezza sono:

— le percentuali di pazienti IDDM (15%) e NIDDM (3%) selezionati per lo *screening*;

— il rischio di morte renale (ingresso in dialisi), ridotto del 50% per effetto della dieta LP.

Riguardo al primo parametro, la mancanza di un censimento dei diabetici nella Regione Lazio non permette di calcolare con attendibile precisione la stima dei soggetti a potenziale rischio. Inoltre, la distribuzione delle due popolazioni diabetiche e la frequenza delle probabilità degli eventi sono valori medi tratti dalla letteratura internazionale, prevalentemente anglosassone; mancano analoghi riferimenti per la situazione italiana. È stata, quindi, effettuata un'analisi di sensitività su questo parametro, variando di $\pm 10\%$ le ipotesi adottate (vedi tabella 6). La scelta dell'intervallo di sensitività non risponde a una stima oggettiva di incertezza del parametro, ma è stata fatta al solo scopo di verificare l'impatto del parametro in esame sui risultati dell'indagine. Si osserva che la variazione di tale parametro non influenza sensibilmente il risultato finale (rapporto costo/efficacia), mentre mantiene una proporzionalità diretta sul costo complessivo del programma.

Il secondo parametro è stato analizzato considerando un sostanziale ridimensionamento dell'effetto della dieta sulla probabilità dell'evento «morte renale»: dal 50% al 40% (vedi tabella 7). In questo caso emerge che l'incertezza sul parametro analizzato ha effetti molto evidenti sul risultato delle analisi e, pertanto, è necessario effettuare con una maggiore accuratezza la

Tabella 6 - Analisi di sensitività sulla percentuale di pazienti a rischio

	Caso - 10%	Caso base	Caso + 10%
<i>Parametro:</i>			
% pazienti IDDM a rischio.....	13,5%	15%	16,5%
% pazienti NIDDM a rischio.....	2,7%	3%	3,3%
<i>Risultati:</i>			
N. totale di pazienti a rischio.....	5.670	6.300	6.930
Costo del programma (milioni di lire).....	3.323	3.686	4.050
N. pazienti che ritardano la dialisi.....	60	67	74
Rapporto costo/efficacia (migliaia di lire/dialisi ritardata).....	176,7	176,4	176,2

Tabella 7 - Analisi di sensitività sulla riduzione di «morte renale» per pazienti sottoposti a dieta LP

	Caso base	Caso - 20%
<i>Parametro:</i>		
% riduzione «morte renale»	50%	40%
<i>Risultati:</i>		
N. totale di pazienti a <i>compliance</i> positiva.....	689	689
N. pazienti con morte renale rinviata.....	67	54
Costo del programma (milioni di lire).....	3.686	3.686
Rapporto costo/efficacia (migliaia di lire/dialisi ritardata).....	176,4	220,5

determinazione di tale valore, con opportune indagini statistiche.

10. Conclusioni

In conclusione, dalle valutazioni effettuate risulta che la campagna di *screening* e di intervento dietetico con dieta a basso contenuto proteico (rispetto alla dieta libera) nella nefropatia diabetica, rappresenta un valido approccio per ritardare l'ingresso in dialisi di pazienti potenzialmente a rischio. In particolare, il rapporto costo/efficacia riferito alle dialisi rinviate, risulta essere pari al 46% del costo medio del trattamento dialitico.

L'effetto del programma è, inoltre, quello di ridurre nel medio periodo (2-3 anni) i nuovi ingressi in dialisi, rendendo disponibile una parte della capacità di trattamento esistente. Nell'attuale situazione, l'offerta di dialisi da parte delle strutture della Regione

Lazio è largamente insufficiente a far fronte alla domanda (dei 61 centri dialitici solo circa il 50% è in strutture pubbliche). Il ricorso a strutture private (convenzionate, accreditate e non) rappresenta un aggravio di spesa per il sistema sanitario (o per i pazienti nel caso del privato puro). Si può ragionevolmente presumere che una incrementata capacità di dialisi porterebbe ad una redistribuzione dei pazienti tra le diverse tipologie di strutture dialitiche, con un complessivo risparmio (*Cost saving*) del sistema sanitario nazionale per minor ricorso alle strutture convenzionate.

D'altro canto, lo squilibrio tra domanda e offerta porta ad un allungamento della lista di attesa, con conseguente rischio per una certa fascia di pazienti di non riuscire ad accedere tempestivamente al trattamento. In conclusione il programma avrebbe positivi effetti sulle strutture dialitiche

esistenti (pubbliche e private) sia in termini di riequilibrio del rapporto domanda/offerta, sia di miglioramento del costo marginale del trattamento dialitico.

Il rinvio dell'ingresso in dialisi rappresenta di fatto un reale allungamento della vita dei pazienti diabetici, ottenibile con un costo unitario relativamente contenuto (27,5 milioni di lire/anno di vita guadagnato). Va sottolineato che nell'analisi effettuata non sono stati quantificati i costi indiretti e quelli intangibili derivanti dall'inevitabilità del trattamento dialitico ciclico che gravano sui pazienti e sulla società e che sarebbero ridotti per effetto del programma.

Gli effetti attesi potrebbero essere maggiori nel caso del protrarsi nel tempo della dieta, per periodi superiori ai 5 anni.

Va, infine, sottolineato che, indipendentemente dai risultati dell'analisi costo/efficacia, il programma in esame produrrebbe anche un effetto finanziario positivo per la comunità, quantificabile nella differenza tra il costo dei pazienti dializzati ed il costo marginale del programma, proiettata su un arco di tempo che va dall'avvio del programma stesso al periodo ultimo di ingresso in dialisi ipotizzabile. Sulla base dei risultati stimati sull'efficacia del programma e delle previsioni degli ingressi in dialisi attesi tra il 5° ed il 20° anno successivo all'avvio (ipotesi di «non-programma»), tale effetto finanziario sarebbe quantificabile in un rendimento netto del 7% (Drummond, 1986).

Dalle indagini eseguite e dai risultati ottenuti, si possono, infine, esprimere le seguenti considerazioni di carattere generale:

— la mancanza di dati ufficiali riguardo al censimento periodico della popolazione diabetica ed il mancato registro delle complicanze impediscono la formulazione di corrette ipotesi

sulla sequenza degli eventi, con conseguenti distorsioni analitiche che si riflettono sui risultati;

— la vistosa discrepanza tra il numero di diabetici attualmente in dialisi nella Regione Lazio (solo l'1.5% della popolazione a rischio, rispetto alle stime di frequenza riportate dalla letteratura) rende auspicabile la creazione di Protocolli di lavoro, con modalità omogenee di ricerca, che permetterebbero di utilizzare i dati ricavabili da diversi lavori con la tecnica della meta-analisi;

— una ricerca sulla determinazione del QALY (*Quality Adjusted Life Year*) per i pazienti diabetici nel Lazio permetterebbe di costruire una *QALY League Table* utile per decidere sulle priorità da dare a diversi interventi sanitari.

(1) Microalbuminuria: perdita di proteine nelle urine non valutabile con metodi classici per la ricerca proteica nelle urine (Albustix negativo) che può essere ricercata con metodi semiquantitativi (dosaggio RIA e l'immunoturbidometria). [Quando vi sono almeno due positività su tre raccolte di urine temporizzate nell'arco di 6 mesi, con valori di microalbuminuria compresi tra 20-200 µg/min o 30-300 mg/24h, si pone la diagnosi di nefropatia incipiente (stadio III)].

(2) Il tempo del personale è valutato come tempo teorico attivo di 8 ore per seguire 25 pa-

zienti in dialisi emoperitoneale e solo 6 in emodialisi.

(3) Con sola presenza di infermiere nel ruolo di supervisore e collaboratore del paziente.

(4) Tramite una campagna di informazione ed educazione alimentare programmata da un esperto diabetologo, da un nutrizionista, da un nefrologo ed un esperto di comunicazione ed attuata con opuscolo informativo illustrato dal medico diabetologo.

BIBLIOGRAFIA

- BAROSI M. ET AL. (1996), *Valutazione economica del trattamento della nefropatia diabetica nel paziente insulino-dipendente*, Giorn. Ita. Diabetol., vol. 16: 79-89.
- BRENNER B.M., MEYER T.W., HOSTETTER T.H. (1992), *Dietary protein intake and progressive nature of kidney disease*, N Engl J Med, vol. 307: 632-658.
- CHRISTENSEN J.S., ANDERSEN A.R., ANDERSEN J.K. (1983), *The natural history of diabetic nephropathy*, Diabetic Nephropathy, 2: 104-106.
- DRUMMOND M.F., STODDARD G.L. (1986), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*, Oxford, England: Oxford University Press.
- FOUQUE D. ET AL. (1992), *Controlled low protein diets in chronic renal insufficiency: meta-analysis*, BMJ, 304: 216-20.
- LOCATELLI F. ET AL. (1991), *Prospective, randomized, multicentre trial of effect of protein restriction on progression of chronic renal insufficiency*, Lancet, 337: 1299-1304.
- MAYNARD A. (1987), *Logic in medicine: an economic perspective*, BMJ, 295: 1451.
- MOGENSEN C.E. (1984), *Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes*, N Engl J Med, 310: 356-60.
- MOONEY G. (1996), *Problemi chiave della economia sanitaria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- NOTIZIARIO ALE (1992), *Costi della dialisi in Lombardia*, Ed. Associazione Lombarda provveditori economi, n. 4.
- Nutrition Recommendations and principles for people with diabetes mellitus*, May 1994, Diabetes Care, vol. 17: 519-522.
- PEDRINI M.T. ET AL. (1996), *The effect of dietary protein restriction on the progression of diabetic and non diabetic renal diseases: a meta analysis*, Ann Int Med, April, 12 (7): 627-32.
- REGIONE LAZIO (1996), *Registro della dialisi Lazio: «Rapporto anni 1994-1995»*, Assessorato salvaguardia e cura della salute, Osservatorio epidemiologico: pagg. 1-57.
- RICE D.P. (1994), *Cost of illness studies: fact or fiction?*, Lancet, 344: 1579.
- VACCARO O., BONORA E. (1996), «*Nefropatia*». *Il diabete in Italia*, Kurtis Editore, 59-65.
- VIBERTI G.C., HILL R.D., JARRET R.J. (1982), *Microalbuminuria as a predictor of clinical nephropathy in insulin dependent diabetes mellitus*, Lancet, 1: 1430-32.
- VIBERTI G.C. ET AL. (1986), *Effect of protein-restricted diet on renal response to a meat meal in humans*, Am J Physiol, 251: F132.
- WALKER J.D., BENDING J.J., DODDS R.A., VIBERTI G.C. (1989), *Restriction of dietary protein end progression of renal failure in diabetic nephropathy*, Lancet, Dec 16: 1411-15.
- WHYNES D.K., WALKER A.R. (1995), *On approximations in treatment costing*, Health Econ, 4: 31-39.

ANALISI DELLA SEZIONE «ESPERIENZE INNOVATIVE» DI MECOSAN NEGLI ULTIMI DUE ANNI (1997-1998)

Elena Cantù

OASI - Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane - CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Le esperienze innovative degli ultimi due anni - 3. Le esperienze innovative come esempi di processi di cambiamento organizzativo - 4. Le esperienze innovative come esempi di «azioni» che incidono sull'evoluzione del sistema - 5. Lo schema di riferimento istituzionale - 6. Assetti istituzionali delle aziende - 7. La struttura organizzativa - 8. I meccanismi operativi - 9. Nuovi modelli di gestione - 10. Conclusioni.

In the last two years 25 articles have been published in Mecosan's «Innovative Experiences» section. This paper analyses these experiences considering their objectives, methods, outcomes and problems. In this way other organisations can learn from these examples, avoiding to do the same mistakes while trying to find a solution for similar problems or situations. The article is divided into three parts. The first one includes an overview of these 25 experiences. In the second part all experiences are analysed as examples of «processes of change». The purpose of this part is to discover the best practices for managing innovative projects and for supporting change. In the last part these experiences are used to explore the evolution trends of the Italian NHS.

1. Introduzione

La portata dei cambiamenti che stanno interessando il sistema sanitario e le forti spinte, a livello nazionale, per una razionalizzazione della spesa sociale, cambiano il contesto di riferimento dei soggetti che vi operano e richiedono agli stessi diverse logiche gestionali e di comportamento. In particolare, il rinnovamento in senso aziendale, che coinvolge direttamente ogni singola realtà, pone il problema di combinare i concetti di efficacia, efficienza ed economicità, considerando i vincoli imposti dall'ambiente e le risorse a disposizione. Perseguire l'equilibrio economico ed allo stesso tempo ricercare un elevato livello di innovazione e di sviluppo qualitativo dei servizi offerti, rappresenta il nuovo criterio-guida cui dovrebbe ispirarsi il funzionamento di una qualsiasi azienda sanitaria. La ricerca di un giusto equilibrio tra questi elementi è sicuramente una responsabilità specifi-

ca di ciascuna azienda, tuttavia l'esercizio di tale responsabilità può essere supportato dal confronto con esperienze e soluzioni adottate nei diversi contesti.

Nella sezione «esperienze innovative» di Mecosan sono stati pubblicati, negli ultimi due anni, 25 articoli di natura molto diversa. Obiettivo del presente contributo è un'analisi di tale raccolta di esperienze basata sull'idea che il rafforzamento delle chiavi interpretative permetta di arricchire le singole esperienze attraverso una rilettura delle stesse e un approfondimento di alcuni aspetti significativi.

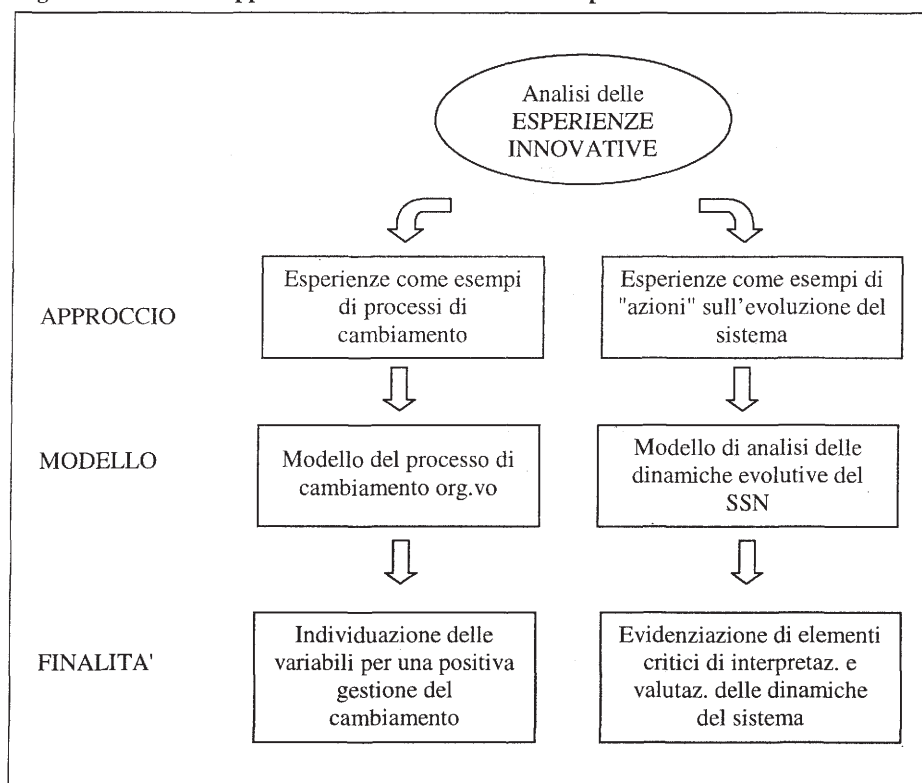
L'articolo si sviluppa in tre parti. Nella prima, le esperienze vengono analizzate secondo una griglia di lettura comune che permette una prima ricognizione del materiale disponibile. Nella seconda e terza parte vengono applicati due approcci differenti all'analisi delle esperienze al fine di conseguire due obiettivi diversi.

In un caso le singole esperienze vengono analizzate in quanto esempi di innovazioni la cui introduzione ha richiesto l'attivazione e lo sviluppo di processi di cambiamento all'interno di un'unità organizzativa, di un'azienda o di un'intera regione. Obiettivo di tale tipo di analisi è quello di avanzare alcune considerazioni relative alle modalità con cui si possono generare e gestire le innovazioni. Il secondo approccio considera le esperienze come esempi di «azioni» poste in essere nel sistema sanitario che determinano le dinamiche evolutive dello stesso. Obiettivo dell'analisi risulta, in questo caso, quello di fornire un'idea qualitativa di alcune linee di evoluzione del sistema sanitario.

Nella figura 1 vengono sintetizzati i due approcci, evidenziando sia gli obiettivi dell'analisi che i modelli utilizzati.

Il primo metodo di analisi individua le variabili, presentate negli articoli, che hanno permesso l'introduzione e

Figura 1 - Differenti approcci all'analisi della sezione «Esperienze innovative» di Mecosan



lo sviluppo delle innovazioni e le relazioni che intercorrono tra le stesse. Specificamente viene utilizzato il modello di analisi del processo di cambiamento organizzativo proposto da Rebora (Rebora, 1988), rispetto al quale viene svolta una lettura trasversale degli articoli. Tale analisi consente di utilizzare le esperienze al fine di evidenziare le linee direttrici generali, gli strumenti, gli spazi e i margini di azione disponibili (e applicabili anche in altre realtà) per una positiva gestione del processo di cambiamento. Questo approccio vorrebbe, infatti, stimolare l'utilizzo delle singole esperienze come strumenti di apprendimento anche per altre realtà aziendali al fine di favorire la ricerca di soluzioni a problemi gestionali e organizzativi comuni a molte aziende.

Il secondo metodo di analisi delle esperienze ha come obiettivo l'evidenziazione di alcuni elementi critici

di interpretazione e valutazione della direzione e della portata dei cambiamenti che determinano l'evoluzione del sistema sanitario italiano. Benché le esperienze presentate su Mecosan non costituiscono un campione significativo della realtà nazionale, esse possono essere, indicatori dello stato di sviluppo di alcune innovazioni introdotte a livello normativo (ad esempio, la graduazione delle posizioni della dirigenza o l'utilizzo dello strumento del *budget*) e del grado di sperimentazione o consolidamento di strumenti gestionali e organizzativi all'interno delle aziende sanitarie. Questo secondo approccio richiede l'utilizzo di un modello che rappresenti le variabili che determinano le dinamiche evolutive del sistema. Il modello di riferimento per questa tipologia di approccio è quello utilizzato dall'Osservatorio per la funzionalità delle Aziende sanitarie italiane (OASI).

2. Le esperienze innovative degli ultimi due anni

Come specificato nell'introduzione, l'analisi della raccolta di esperienze innovative degli ultimi due anni pubblicata su Mecosan ha richiesto una prima ricognizione del materiale disponibile. Questa fase ha permesso di descrivere, secondo una griglia di lettura comune, i casi aziendali presentati che, benché non siano rappresentativi dell'intera realtà sanitaria italiana, permettono di avanzare alcune ipotesi relative alla diffusione dell'innovazione nel contesto nazionale.

Le esperienze innovative presentate riguardano aziende o regioni la cui distribuzione geografica è presentata nella tabella 1.

Se si escludono i due articoli che fanno riferimento alla realtà nazionale, la tabella evidenzia una netta predominanza delle esperienze innovative sperimentate e adottate nelle regioni del Nord Italia. Nonostante la già evidenziata limitata rappresentatività del campione, si può comunque ipotizzare che esista una forte disomogeneità nella diffusione di esperienze innovative sul territorio nazionale.

Questo dato viene confermato dalle informazioni raccolte attraverso il questionario dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali relativo allo stato di sviluppo dei sistemi di programmazione budgetaria (ASSR, 1998). Da questa indagine risulta che solo il 28% delle aziende del Sud e delle Isole che hanno risposto al questionario (11% delle aziende sanitarie ubicate in tale area geografica) hanno dichiarato di aver avviato il sistema di *budget* nel 1997, a differenza del 63% delle aziende del Nord (35% del totale) ed il 62% di quelle del Centro (38% del totale).

Dal momento che si può assumere che i tempi di implementazione di un nuovo strumento di gestione come il *budget* siano indicatori di una più ge-

Tabella 1 - La distribuzione geografica delle aziende in cui sono state svolte le esperienze innovative

Regione	Esperienze	%
Veneto.....	2	8%
Emilia-Romagna.....	5	20%
Friuli-Venezia Giulia.....	1	4%
Liguria.....	2	8%
Lombardia.....	6	24%
Piemonte.....	2	8%
Trentino-Alto Adige.....	1	4%
Nord.....	19	76%
Toscana.....	3	12%
Centro.....	3	12%
Campania.....	1	4%
Sud e isole.....	1	4%
Livello nazionale.....	2	8%
Totale.....	25	100%

nerale capacità delle aziende di assorbire le innovazioni, le aziende del Sud risultano generalmente meno dinamiche e ricettive rispetto ai cambiamenti richiesti dal contesto normativo o dall'ambiente di riferimento.

Interessante è risultato analizzare anche la tipologia di aziende all'interno delle quali sono state sviluppate le esperienze innovative. Come mostrato nella tabella 2, nella maggior parte dei casi si tratta di aziende USL. Tale prevalenza risulta confermata anche riportando tali dati al numero totale di aziende sanitarie presenti sul territorio: il campione delle esperienze innovative comprende il 9% delle aziende USL e 4% di quelle ospedaliere. Si tratta di un dato che meriterebbe un'apposita indagine al fine di verificare se esista una correlazione tra la tipologia di azienda ed il dinamismo o innovatività della stessa.

Per ciò che riguarda i livelli assistenziali oggetto delle esperienze (tabella 3), nonostante sia stata rilevata una prevalenza di innovazioni riguardanti il livello «ospedaliero» non mancano esempi legati ai servizi terri-

toriali. In futuro è possibile prevedere uno sviluppo delle innovazioni in quest'ultimo ambito di assistenza sanitaria, in considerazione della necessità di trovare risposte efficaci di tipo «non ospedaliero» alla domanda generata, ad esempio, dall'aumento delle patologie cronico-degenerative o dall'introduzione di modelli assistenziali ospedalieri, come il *day surgery*,

che richiedono maggiori interventi delle strutture territoriali nelle fasi che precedono e seguono l'intervento chirurgico.

È interessante evidenziare inoltre la presenza di progetti che prevedono un'integrazione tra ospedale e territorio. Il diversificarsi dei bisogni richiede, infatti, la capacità da parte delle strutture sanitarie di fornire risposte unitarie, basate sulla presa in carico complessiva del paziente. Questo obiettivo non può essere conseguito solo attraverso un'integrazione tra i professionisti, ma deve essere favorita da condizioni istituzionali e gestionali adeguate (definizione di percorsi diagnostico-terapeutici comuni, accordi di programma...). Diversi autori ritengono che le forme di integrazione delle cure secondarie con quelle primarie e territoriali potranno rappresentare in futuro il nuovo fronte dell'innovazione nella sanità.

Al fine di svolgere una ricognizione completa delle esperienze è stata predisposta una griglia di lettura che individua gli obiettivi del progetto innovativo o dei nuovi modelli organizzativi o degli strumenti gestionali introdotti, l'illustrazione della metodologia di implementazione e la disamina dei ri-

Tabella 2 - La tipologia delle aziende in cui sono state svolte le esperienze innovative

Tipologia azienda	Esperienze	%
Azienda USL.....	17	74%
Azienda ospedaliera.....	4	17%
Regione.....	2	9%
Totale.....	23	100%

Tabella 3 - Livelli assistenziali oggetto delle esperienze innovative

Livello assistenziale	Esperienze	%
Ospedale.....	9	36%
Territorio.....	6	24%
Integrazione ospedale e territorio.....	4	16%
Amministrazione.....	6	24%
Totale.....	25	100%

sultati conseguiti e delle criticità riscontrate (vedi allegato). Sulla base di tali informazioni si è quindi proceduto ad analizzare le diverse esperienze utilizzando gli approcci che vengono specificati nei paragrafi successivi.

3. Le esperienze innovative come esempi di processi di cambiamento organizzativo

Il primo approccio qui di seguito proposto va ad analizzare tutte le fasi di introduzione dell'innovazione, dalla progettazione all'implementazione e al consolidamento. Risulta infatti interessante rileggere le singole esperienze al fine di individuare le variabili critiche che hanno favorito o ostacolato il processo di cambiamento generato dalle stesse. Troppo spesso infatti si ritiene che la razionalità formale e la completezza dei progetti innovativi siano garanzia di riuscita degli stessi. In realtà l'efficacia di un progetto è influenzata da vincoli strutturali e fattori comportamentali non governabili secondo logiche rigidamente definite, ma che richiedono delle modalità di gestione e di conduzione dei processi di cambiamento che variano durante le diverse fasi del progetto.

Considerando questa premessa è risultato interessante analizzare i casi presentati su Mecosan secondo il modello di analisi proposto da Reborà che individua le variabili che determinano i processi di cambiamento e le relazioni tra le stesse.

Come evidenziato nella figura 2, i processi di cambiamento sono originati da spinte riconducibili a tutti i fattori e agli stimoli cui sono sottoposte le aziende per effetto dei mutamenti nell'ambiente interno ed esterno in cui esse operano e che potenzialmente potrebbero generare dei processi di evoluzione e nuove impostazioni.

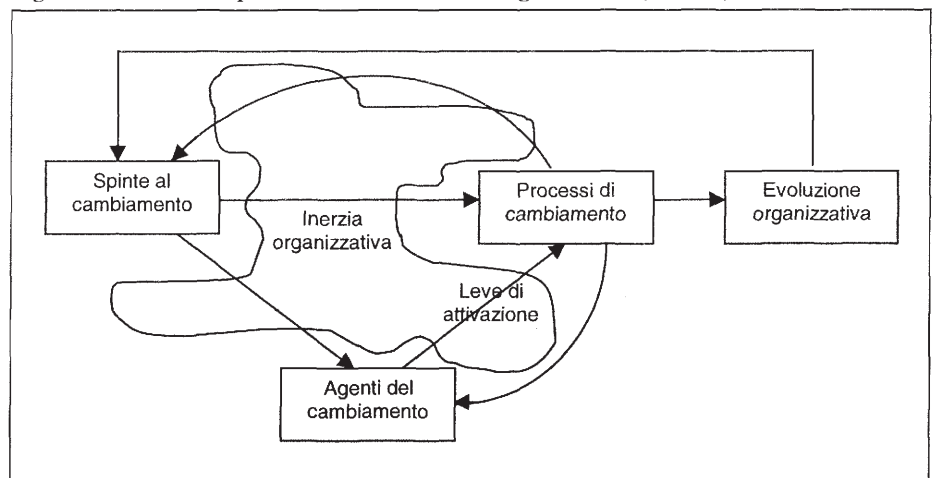
Tali fattori di spinta non determinano di per sé un immediato adeguamen-

to delle organizzazioni al cambiamento prospettato poiché le pressioni vengono generalmente ostacolate da forme di resistenza al cambiamento e di preferenza per la stabilità e la continuità. Queste tendenze alla ripetitività e rigidità di comportamenti e procedure se da un lato garantiscono il funzionamento dell'organizzazione dall'altro divengono spesso strumenti di filtro o di blocco al cambiamento. Rientrano tra questi fattori sia variabili di tipo comportamentale, legate alla difficoltà di modificare le proprie metodologie di lavoro, alle relazioni tra soggetti e ai ruoli ricoperti, sia variabili di tipo sistemico e quindi non legate a comportamenti individuali. Ne rappresentano un esempio l'eventuale divario tra le risorse e le capacità richieste per uno specifico progetto innovativo e quelle effettivamente disponibili, oppure la difficoltà da parte dei soggetti coinvolti di dedicare tempo ed energie a nuovi progetti date le esigenze più immediate determinate dall'attività operativa. A questi fattori «fisiologici» si aggiungono spesso alcuni comportamenti opportunistici e di perseguimento di interessi di singoli soggetti o gruppi che non sono necessariamente funzionali a quelli istituzionali e che spesso si oppongono alle spinte al cambiamento.

La presenza di queste forme di inerzia evidenzia la necessità di canalizzare, all'interno dell'organizzazione, gli stimoli e le motivazioni ai mutamenti sia nella fase progettuale di «raccolta» dello stimolo ambientale, che in quella implementativa. Tale funzione deve essere svolta da quelli che vengono definiti come gli agenti del cambiamento, cioè quegli attori che possono incidere sulle relazioni intersoggettive critiche per l'evoluzione del sistema aziendale, in virtù di loro particolari qualità o della loro collocazione organizzativa. Tali agenti non includono solo i «promotori» dei progetti innovativi, ma anche i soggetti che partecipano attivamente agli stessi.

Gli agenti del cambiamento devono far leva su opportuni strumenti e modalità d'azione che vadano ad incidere sui sotto-processi che determinano i mutamenti introdotti dall'innovazione: processi di apprendimento, di sviluppo delle risorse e processi politici. L'innovazione deve infatti determinare il mutamento di numerose variabili: le conoscenze, gli stili di relazioni ed i valori all'interno dell'azienda, la disponibilità di risorse e il sistema di potere. Tali mutamenti sono condizioni necessarie perché il processo di cambiamento si sviluppi in tutte le sue potenzialità e richiedono l'utilizzo da

Figura 2 - Modello del processo di cambiamento organizzativo (Reborà, 1988)



parte degli agenti del cambiamento di tutte le leve di attivazione che possono essere impiegate per rompere le condizioni inerziali, i dissensi e gli interessi contrastanti e consentire l'implementazione dell'innovazione.

L'intero processo di progettazione ed implementazione di un'esperienza innovativa può essere quindi ricondotto ad un processo di cambiamento che include una fase di alimentazione della tensione verso nuove impostazioni ed orientamenti, una di consolidamento dei processi e infine una fase di integrazione degli stessi e dei soggetti che li presiedono. Le leve e gli strumenti utilizzati per favorire il superamento delle condizioni inerziali devono variare con l'avanzamento delle fasi del processo di cambiamento e devono essere attivate tenendo ben presente l'esigenza di una gestione complessiva ed unitaria del progetto.

Nella tabella 4 viene presentato un quadro sinottico delle variabili critiche che emergono dall'analisi delle esperienze. Nella maggior parte dei contributi vengono indicati come fattori motivanti delle esperienze innovative alcune modifiche nel contesto normativo di riferimento oppure i vincoli posti a livello nazionale e regionale per il contenimento della spesa sanitaria pubblica. Questo aspetto risulta molto critico in quanto potrebbe essere indicatore della convinzione che il processo di cambiamento sia prevalentemente frutto di adempimenti legislativi o conseguenza di direttive di organi istituzionali superiori. I rischi connessi ad una logica di questo tipo possono essere due. Innanzi tutto è possibile che si ipotizzi una relazione causale tra modifica della norma e modifica dei comportamenti all'interno delle aziende. Questa logica presuppone che sia sufficiente codificare i comportamenti in legge al fine di renderli obbligatori e quindi generare i cambiamenti. Nella realtà, le normative

Tabella 4 - Le variabili del processo di cambiamento evidenziate negli articoli

FATTORI DI SPINTA:	
Tendenze macroambientali	invecchiamento della popolazione, consistenti flussi di immigrazione da Paesi in via di sviluppo
Domanda	incremento della domanda di assistenza per le patologie cronico-degenerative, segmentazione e differenziazione della domanda (utenza a pagamento, differenziazione circuiti di accesso)
Cultura e valori sociali	richiesta di attenzione alla personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni sanitarie, alla qualità delle prestazioni non solo in termini clinici, ma anche di modalità organizzative (richiesta di tempi di attesa accettabili)
Concorrenza	il nuovo sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere e specialistiche introduce elementi di competitività tra le strutture che devono aumentare la loro capacità di attrazione dei pazienti
Scarsità di risorse	forti spinte al contenimento della spesa sanitaria globale
Tecnologia	disponibilità di sistemi <i>hardware</i> e <i>software</i> per la creazione di sistemi informativi integrati, progressi in campo medico scientifico che permettono di svolgere attività di <i>day surgery</i>
Nuove norme	superamento degli ostacoli di natura pubblicistica per la gestione del personale e l'acquisto di beni e servizi, stimoli allo sviluppo di nuove forme di aggregazione interaziendale, introduzione delle sperimentazioni gestionali, leggi di riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali
INERZIA COMPORTAMENTALE:	
<ul style="list-style-type: none"> ● difficoltà di collaborazione interdisciplinare e trasversale tra le diverse unità operative per la presenza di consolidati approcci fortemente settoriali ● forme di percezione distorta delle finalità di strumenti come l'accreditamento ed il <i>budget</i> ● resistenze e conflitti rispetto a progetti e strumenti che favoriscono la riorganizzazione aziendale soprattutto nei casi di definizione dei modelli dipartimentali ● tutela di esigenze informative settoriali che favoriscono il mantenimento di sistemi frammentati e paralleli 	
«LEVE DI ATTIVAZIONE»:	
<ul style="list-style-type: none"> ● sperimentazioni, progetti pilota, gruppi di lavoro che favoriscono il contatto tra il personale a diversi livelli ● avvio di progetti di formazione ● creazione di centri di promozione della qualità, di comitati ospedalieri, di distretto e amministrativi ● utilizzo di questionari rivolti all'utenza ● attivazione di nuovi flussi informativi 	

che introducono delle innovazioni che si discostano in maniera consistente dalla situazione esistente o dai comportamenti consolidati all'interno dei contesti in cui dovrebbero essere implementate, rimangono spesso inapplicate. Allo stesso modo, il peso eccessivo riconosciuto agli aspetti legislativi può determinare un'incapacità delle aziende di sfruttare gli spazi di autonomia garantiti dalla normativa per la sperimentazione di soluzioni gestionali innovative; molte aziende auspicano processi di cambiamento, rimanendo però in attesa di «norme applicative» che, se vengono emanate, sono spesso generiche e di difficile applicabilità alle singole realtà aziendali.

Per ciò che riguarda la variabile dell'inerzia organizzativa al cambiamento, dall'esame dei casi esposti è stata rilevata un'attenzione esplicita ai problemi legati all'inerzia comportamentale, mentre sono stati più limitati i riferimenti a fattori sistemici di inerzia. Questi ultimi si manifestano come limitata capacità del sistema aziendale di adeguarsi alle nuove logiche di funzionamento richieste. L'unico fattore evidenziato negli articoli riguarda i limiti dei sistemi informativi nella raccolta e gestione dei dati a supporto degli strumenti manageriali introdotti, soprattutto in considerazione del divario tra le necessità di adeguamento dei sistemi informatici e le risorse disponibili.

Le leve attivate al fine di favorire una gestione positiva del processo di cambiamento determinato dall'esperienza innovativa comprendono soprattutto strumenti che stimolano il sistema di apprendimento innovativo (alcuni esempi sono riportati nella tabella 4). Risulta invece limitata la considerazione di strumenti che favoriscono la disponibilità e lo sviluppo di risorse adeguate, per quantità e qualità, a sostenere i cambiamenti nell'intero periodo di sviluppo e consolida-

mento dell'innovazione. Allo stesso modo sembra abbastanza scarsa l'attenzione ad una verifica sistematica dei risultati conseguiti al fine di alimentare processi di retroazione per il riorientamento delle azioni poste in essere e degli strumenti adottati. La diffusione e la comunicazione dei risultati conseguiti ai soggetti coinvolti potrebbe ad esempio favorire l'attivazione di nuovi cicli di cambiamento rilanciando e potenziando i fattori di spinta.

Nel complesso gli articoli presentano contengono numerose informazioni riguardanti gli stimoli al cambiamento ed i problemi di inerzia organizzativa, mentre dagli stessi non è sempre rilevabile l'identificazione degli agenti del cambiamento. Il coinvolgimento di tali soggetti risulta critico sia nella fase di raccolta delle sollecitazioni all'innovazione, sia nelle fasi di implementazione e consolidamento, durante le quali possono favorire il superamento dell'inerzia organizzativa. Tale ruolo può derivare dalla posizione organizzativa ricoperta, che li rende i detentori di risorse ed informazioni fondamentali per la riuscita del progetto, o dalla capacità di influenzare, con il loro coinvolgimento e la loro motivazione, i comportamenti di altri operatori. Gli attori da coinvolgere possono svolgere funzioni diverse: politico-istituzionali, direzionali oppure operative. Gli organi politico istituzionali, ad esempio, possono garantire e sostenere il consenso legato ad una determinata iniziativa, attenuando i conflitti dei diversi portatori di interessi. Gli organi direzionali devono garantire il superamento delle soluzioni settoriali che ricercano spesso ottimi parziali non necessariamente coerenti con gli obiettivi generali dell'azienda. Coloro che svolgono funzioni operative, oltre a sostenere il cambiamento trovando risposte ai problemi puntuali

determinati dalla gestione di nuovi processi o metodologie, possono svolgere anche un ruolo di «generatori di tensioni positive» in quanto si trovano a diretto contatto con i bisogni ed i problemi gestionali ed organizzativi.

4. Le esperienze innovative come esempi di «azioni» che incidono sull'evoluzione del sistema

Come specificato nell'introduzione, l'analisi delle esperienze innovative presentate permette di avanzare alcune considerazioni relative al processo di cambiamento in atto nella sanità italiana. L'approccio metodologico di riferimento è quello adottato da OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane) che identifica alcune variabili di tipo istituzionale, gestionale ed organizzativo che determinano le dinamiche evolutive del sistema sanitario.

Come esplicitato nella figura 3 la funzionalità delle aziende, intesa come rapporto efficiente ed efficace tra risorse utilizzate e risultati prodotti in termini di soddisfacimento dei bisogni di tutela e cura della salute, dipende da numerose variabili, alcune interne all'azienda altre esterne alla stessa. In base a questa prospettiva ogni innovazione introdotta a qualsiasi livello può determinare un impatto sulla funzionalità dell'azienda e quindi sul sistema in cui essa è inserita. Risulta quindi interessante collocare le singole esperienze innovative all'interno dello schema che identifica le variabili principali e le loro tendenze evolutive, specificando i risultati conseguiti e le criticità riscontrate nei casi presentati.

Come evidenziato nella tabella 5, evidenzia che gli articoli riguardano solo alcune delle variabili incluse nel modello. Le singole esperienze incidono inoltre sulla variabile in modo

Figura 3 - Le variabili che determinano la funzionalità del sistema

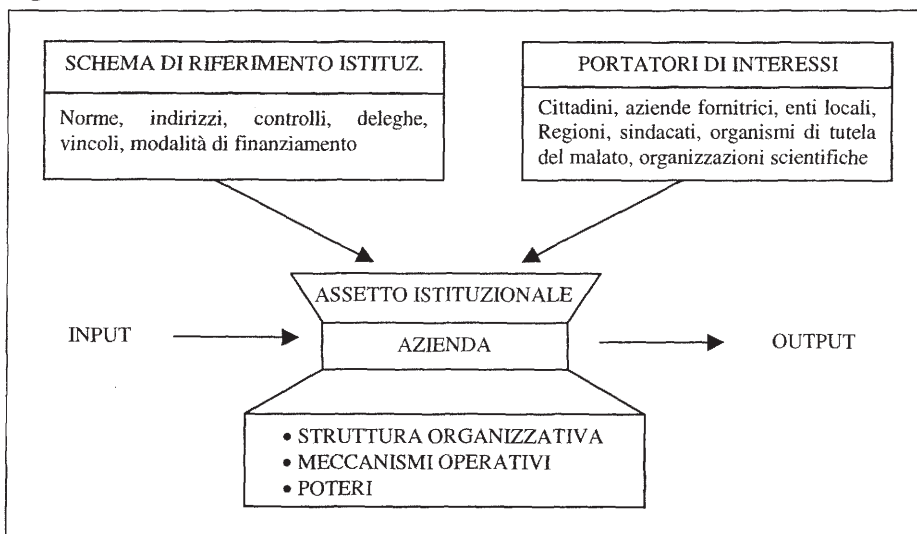


Tabella 5 - Le variabili su cui incidono le esperienze innovative

Variabili	Esperienze	%
Assetti sanitari e strumenti di governo regionali	0	0%
Assetti istituzionali ed organizzativi aziendali	5	20%
● Progetti di riorganizzazione		
— a livello aziendale.....	2	
— a livello di singolo reparto.....	0	
● Collaborazione interaziendale		
— settore socio-sanitario	1	
— settore riabilitativo	2	
Sistemi di programmazione e controllo.....	6	24%
— <i>budget</i> per il Dipartimento di prevenzione	1	
— <i>budget</i> per i MMG	2	
— ABM e ABC.....	1	
— sistema di <i>budget</i>	1	
— sistema di <i>report</i>	1	
Sistemi di contabilità generale.....	0	0%
Sistemi informativi ed informatici.....	3	12%
● Sistemi informativi	1	
● CUP e prenotazioni per la specialistica ambulatoriale.....	2	
Politiche di gestione del personale	1	4%
● Contratti per la dirigenza.....	1	
Sistemi di comunicazione e <i>marketing</i>	0	0%
Nuove formule gestionali	5	20%
— protocollo servizi sanitari per immigrati nella rete pubblico-privato	1	
— protocollo per integrazione MMG e DSM.....	1	
— <i>process reengineering</i> del percorso per ricovero ordinario .	2	
— <i>day surgery</i>	1	
Sistema qualità	5	20%
— a livello aziendale	2	
— a livello di servizio/reparto	3	
Totale.....	25	100%

più o meno ampio: la definizione di una metodologia per la certificazione della qualità riguarda in due casi la struttura sanitaria nel suo complesso, mentre negli altri si riferisce a specifici reparti o servizi, così come le esperienze legate all'introduzione del sistema di *budget* riguardano sia esempi riferiti all'intera azienda che a singoli dipartimenti. Ogni esperienza è centrata, infine, su strumenti o progetti innovativi che hanno un diverso grado di diffusione nel sistema sanitario italiano, che si cercherà di evidenziare nel proseguo.

5. Lo schema di riferimento istituzionale

La prima variabile istituzionale di rilievo, che sta attualmente vivendo profondi cambiamenti, è rappresentata dagli assetti sanitari regionali. La forte spinta alla regionalizzazione del sistema prevista nella riforma sanitaria ha determinato un'interessante evoluzione del ruolo dei soggetti del sistema politico-istituzionale regionale e tale modifica sta determinando un impatto significativo sulla gestione delle aziende. Ad esempio, la responsabilità di copertura di eventuali disavanzi, che la riforma ha attribuito alle regioni, ha determinato l'esigenza di un maggior controllo, da parte di queste ultime, sulle aziende sanitarie pubbliche al fine di influenzarne e guidarne il comportamento. Tale controllo può essere esercitato in modo diverso nelle differenti realtà territoriali e può quindi avere un impatto sull'ampliamento degli spazi di autonomia delle aziende generati dal superamento dei vincoli e controlli burocratici e dal cambiamento delle regole relative al finanziamento. Le nuove responsabilità che la riforma ha assegnato alle Regioni hanno richiesto un ridisegno dell'apparato regionale. La creazione delle agenzie sanitarie regionali e il ridisegno delle

funzioni attribuite agli assessorati rappresentano degli indicatori importanti del cambiamento in atto. Fino ad oggi sono state istituite sei Agenzie sanitarie regionali (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Toscana e Campania) ma alcune non hanno ancora una propria struttura operativa.

Un'altra variabile rilevante riguarda gli strumenti di governo adottati dalla Regione per la gestione del sistema sanitario regionale. Essi includono: il sistema di pianificazione, il ciclo di approvazione dei bilanci, i sistemi di finanziamento, le regole di accreditamento e le relative attività di *auditing*, le linee guida emanate dalle regioni relative agli assetti organizzativi delle aziende, ai sistemi contabili e informativi. Le scelte relative a tali strumenti modificano le convenienze dei differenti attori del sistema, influenzano le scelte delle aziende e i comportamenti dei professionisti. Si pensi, ad esempio, alle problematiche relative all'accreditamento. All'interno di un contesto comune di indirizzi generali, la definizione delle specifiche modalità di attuazione dell'istituto dell'accreditamento, delle procedure e dei criteri utilizzati rientrano, infatti, negli ambiti di competenza regionale. Le interpretazioni difformi e la variabilità delle risposte regionali alla creazione dell'istituto dell'accreditamento possono portare alla definizione di contesti disomogenei per ciò che riguarda le procedure di accesso all'accreditamento, i criteri di valutazione e di verifica, che si sommano a preesistenti diversità di condizioni nelle realtà regionali.

Nessuna esperienza innovativa fa riferimento a progetti di riorganizzazione delle strutture regionali né alle problematiche relative all'introduzione e all'utilizzo dei nuovi strumenti di governo della Regione.

6. Assetti istituzionali delle aziende

Un'altra variabile su cui incidono i cambiamenti in atto nel SSN è quella relativa agli assetti istituzionali delle aziende. In particolare, l'evoluzione del contesto normativo e sociale sta modificando i rapporti della direzione aziendale con i soggetti istituzionali: il sistema politico regionale e locale, l'istituzione regionale, la popolazione. La legge delega al Governo per la riforma del SSN, ad esempio, che prevede un maggiore coinvolgimento dei comuni nella programmazione sanitaria e nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende USL e ospedaliere, potrà determinare importanti cambiamenti nei rapporti istituzionali.

Nel settore sanitario sono state inoltre avviate forme di *partnership* tra aziende sanitarie pubbliche e private, favorite soprattutto dalle sperimentazioni gestionali introdotte dai D.L. vi 502 e 517 che favoriscono progetti di cooperazione pubblico-privato attraverso la creazione di aggregati interaziendali come le società miste. Si stanno inoltre diffondendo forme di collaborazione attraverso la creazione di reti pubblico-privato, di associazioni consortili e in partecipazione. La logica alla base della costituzione di tali schemi di aggregazione interaziendale è rappresentata dal superamento degli ostacoli di natura pubblicistica che incontrano le Aziende sanitarie con particolare riguardo alla gestione del personale, dei beni e servizi e dei servizi aggiuntivi a pagamento. Le esperienze inerenti tali forme di collaborazione riportate da Mecosan sono tre, di cui due riguardanti il settore della riabilitazione. I vantaggi che sono stati evidenziati come risultati di queste forme di collaborazione includono: la possibilità di coinvolgimento di imprese private nel finanziamento dello sviluppo delle aziende sanitarie, lo snellimento nella gestione dei processi di

offerta di servizi sanitari, l'acquisizione di *know how*. Allo stesso tempo sono state individuate come criticità comuni le problematiche legate alla ricerca di un'integrazione tra gli obiettivi dei privati (sia *profit* che *non profit*) e delle aziende sanitarie pubbliche e alla difficoltà di stima dei costi delle attività al fine di definire accordi contrattuali economicamente vantaggiosi per le parti.

7. La struttura organizzativa

Le modifiche nell'ambiente di riferimento e le variazioni degli obiettivi strategici delle aziende sanitarie stanno determinando la necessità di interventi di riprogettazione organizzativa. La ridefinizione degli assetti organizzativi è motivata da un lato da una crescente specializzazione dei processi produttivi e, dall'altro, dalla necessità di integrazione degli interventi rispetto all'utente a cui vengono erogate le prestazioni. La ricerca di un equilibrio tra queste esigenze determina una ricerca di soluzioni alternative in termini di struttura aziendale, ruolo e funzioni della direzione aziendale, degli organi di *staff* e del Nucleo di valutazione e di criteri di responsabilizzazione gestionale. La creazione dei dipartimenti e la riorganizzazione delle reti ospedaliere rispondono sia ad una esigenza di contenimento della spesa, sia alla necessità di adeguare le strutture alla severità delle patologie trattate e di creare gruppi di lavoro trasversali rispetto alle unità tradizionali per problemi clinici selezionati. Le esperienze di riorganizzazione dei presidi ospedaliere riportate da Mecosan hanno evidenziato la contraddizione tra il nuovo meccanismo di finanziamento a tariffa della prestazioni ospedaliere rispetto alla logica di riduzione della «spesa sanitaria globale». La remunerazione delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere sulla base di DRG e

tariffe determina infatti un incentivo all'aumento dei volumi di attività se non adeguatamente supportato da un'attività di programmazione e contrattazione a priori dei volumi da parte della Regione o delle aziende USL. Le aziende che hanno saputo quindi adattarsi al mutamento del contesto attraverso una riorganizzazione delle loro strutture ospedaliere stanno affrontando il rischio di vedere «premiata» la loro maggiore efficienza con un minore riconoscimento di risorse.

8. I meccanismi operativi

Molte esperienze innovative riportate in Mecosan riguardano le variabili gestionali: sistemi di pianificazione, di programmazione e controllo, sistemi contabili, informativi, di gestione del personale, di comunicazione e *marketing*. L'introduzione di tali sistemi manageriali nella gestione delle aziende sanitarie è complessa sia a causa della necessità di adattarli al contesto sanitario pubblico, sia per la natura dei processi gestiti, caratterizzati da elevati gradi di eterogeneità e di scarsa standardizzabilità, sia per la necessità di avviare un profondo processo di cambiamento culturale negli operatori.

Le considerevoli pressioni per il contenimento della spesa hanno determinato l'introduzione di strumenti in grado di evidenziare le relazioni tra la formulazione di specifici obiettivi, le modalità di impiego delle risorse economiche (personale, tecnologia, spazi, materiali, ecc.) ed i risultati di salute raggiunti. Ne rappresentano un esempio le esperienze di introduzione del sistema di *budget* e di *report* o degli strumenti di *Activity Based Costing*. Lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo è fondamentale per la crescita e la diffusione di una responsabilizzazione sui risultati economici che non sia limitata ai soggetti

preposti al governo del sistema sanitario (Stato e Regioni) o ai vertici della singola azienda, ma che sia estesa a tutti gli operatori che svolgono la propria attività. Come riportato nell'articolo di Mecosan relativo allo sviluppo dei sistemi di programmazione budgetaria, sia il sistema di *budget* che quello di *report* risultano essere strumenti consolidati in un numero limitato di casi aziendali. Benché sia rilevabile un notevole sforzo per l'introduzione e l'implementazione di tale meccanismo operativi, la diffusione di tali sistemi a livello aziendale risulta essere ancora in una fase sperimentale. Dall'analisi delle esperienze di *budget* presentate su Mecosan e relative all'introduzione dei sistemi di *budget* e *report* nei reparti ospedalieri, nella medicina di base e nella prevenzione sono emerse alcune difficoltà comuni rappresentate dalla percezione di questi strumenti manageriali come non rispettosi dell'autonomia professionale dei sanitari e dalla problematicità di definire comportamenti uniformi e condivisi tra professionisti, attraverso un confronto paritetico sugli approcci tecnici ai problemi clinici. Il *budget* viene infatti spesso considerato come uno strumento di contenimento della spesa e non come supporto per la definizione di obiettivi sanitari di attività e correlati volumi di spesa indotta, al fine di determinare comportamenti sanitari più efficaci. Il *budget* dovrebbe infatti includere sia obiettivi quantitativi che qualitativi. L'esperienza di introduzione ed utilizzo del *budget* per il dipartimento di prevenzione nella ULSS di Rovigo ha permesso la creazione di una base di discussione oggettiva e trasparente sulle risorse impiegate e sulle attività svolte. Allo stesso modo il progetto dell'Azienda USL di Massa Carrara per la riduzione della spesa farmaceutica territoriale entro i livelli medi regionali si è concluso con la proposta di estendere l'e-

sperienza al controllo sulle altre prestazioni «ordinate» dai MMG, introducendo obiettivi di tipo qualitativo come la riduzione dei ricoveri impropri e delle richieste di esami inappropriate.

Il forte fabbisogno di logiche e strumenti di misurazione, di programmazione e controllo ha evidenziato l'ineadeguatezza dei processi di raccolta dei dati e di gestione dei flussi informativi (interni ed esterni all'azienda). Sono stati quindi avviati progetti relativi all'introduzione di nuovi sistemi informativi che hanno determinato alcune riprogettazioni degli assetti organizzativi. Le esperienze innovative spingono verso una nuova concezione del ruolo dell'*information technology*. Si sta infatti delineando il superamento dell'idea di un sistema informativo costituito da un insieme rigido di procedure specifiche altamente strutturate e ripetitive per il passaggio a sistemi in grado di supportare i nuovi strumenti gestionali, i processi decisionali del *management* aziendale, l'integrazione aziendale e il coordinamento delle diverse unità funzionali.

Le sperimentazioni nel settore dell'*information technology* riguardano anche le relazioni interaziendali e hanno come finalità la costruzione di sistemi informativi che permettano lo scambio di informazioni tra la singola azienda sanitaria e la rete di strutture del SSN alla quale l'azienda stessa appartiene, oppure la creazione di CUP a livello cittadino per le prenotazioni di ambulatori, laboratori e reparti o ancora la creazione di reti per le emergenze, fino alle soluzioni che permettono di consultare archivi e cartelle cliniche di pazienti assistiti presso altre strutture. Gli esempi di esperienze innovative presentate su Mecosan riguardano in un caso il ridisegno del sistema informativo complessivo aziendale per supportare sia le funzioni gestionali ordinarie che quelle decisionali e dire-

zionali, negli altri casi la definizione di nuovi meccanismi per la gestione del CUP. Obiettivi e risultati di tali progetti non riguardano solo generiche riduzioni delle liste di attesa, ma soprattutto la definizione di percorsi differenziati di accesso alle prestazioni ospedaliere e specialistiche. Le principali criticità sono state riscontrate nella difficoltà di modificare comportamenti ed abitudini consolidate e di uniformare i linguaggi prescrittivi, evitando errori e doppi circuiti di prenotazione.

Il settore sanitario è stato l'ultimo comparto pubblico in cui sono stati recepiti i principi di autonomia e responsabilizzazione voluti dal D.L. vo 29/93 per tutta la dirigenza pubblica. I motivi del ritardo possono essere ricondotti alla complessità e criticità della trasformazione del rapporto di lavoro dei medici, il cui contenuto di responsabilità è prevalentemente di tipo professionale ed è determinato dall'autonomia clinica nei confronti del paziente, invece che dalla direzione di unità organizzative. Le innovazioni introdotte con la nuova legge quadro sul pubblico impiego hanno permesso il superamento dei limiti posti dalla normativa riguardante i concorsi pubblici e hanno favorito l'introduzione di strumenti di incentivazione legati alla formazione, alla retribuzione variabile, ai percorsi di carriera e alla mobilità. Ad esempio l'articolo di Mecosan che presenta alcuni modelli operativi per la graduazione delle posizioni evidenzia come questo istituto contrattuale permetta di esplicitare e rafforzare l'assetto organizzativo, distinguendo ruoli direzionali ed operativi, percorsi di carriera di tipo manageriale da quelli professionali. L'introduzione di una logica di valutazione dei contenuti di responsabilità, a parità di posizione formale, è risultata di difficile accettazione all'interno delle strutture sanitarie pubbliche dove le uniche forme di

differenziazione della retribuzione erano legate all'anzianità di servizio. A ciò si deve aggiungere la difficoltà dei responsabili di struttura a gestire direttamente il personale loro assegnato.

La centralità del paziente e la misura del livello di soddisfazione dei bisogni di tutela della salute hanno determinato un forte accento sulla diffusione dei sistemi di qualità. Da questo punto di vista le esperienze innovative presentate su Mecosan sono focalizzate sul superamento della logica del VRQ (Verifica e revisione della qualità) indicata dai D.L. vi 502 e 517 e PSN 1994-1996, che considera soprattutto gli aspetti professionali, per un passaggio verso processi di miglioramento continuo della qualità. Tale approccio implica la ricerca di elevati livelli qualitativi delle prestazioni sanitarie considerate nel loro complesso. Ai giudizi finalizzati alla verifica della conformità delle prestazioni ai livelli del progresso scientifico e tecnologico, si affiancano quindi valutazioni relative all'appropriatezza e sicurezza delle procedure, agli aspetti etici della relazione medico-paziente e alla qualità organizzativa in termini di integrazione degli operatori e di coordinamento delle attività. In generale in Italia le esperienze legate al sistema della qualità hanno riguardato settori specifici (laboratori o singole divisioni o reparti) mentre sono limitati i progetti sulla qualità relativi ad intere strutture ospedaliere, come avviene invece all'estero (1). I risultati prodotti da tali progetti sono riconducibili al disegno di modelli di riferimento a cui le aziende devono tendere in termini di caratteristiche strutturali, organizzative, procedurali e gestionali. Non si tratta di modelli astratti, ma definiti considerando i punti di forza e di debolezza delle strutture sanitarie esistenti che permettono di valutare e verificare in maniera uniforme le

performance delle diverse aziende. L'aspetto critico che risulta più evidente dalla lettura delle esperienze sull'argomento riguarda le difficoltà di implementazione di programmi di miglioramento della qualità che siano trasversali tra le unità operative ed interdisciplinari. La crescente specializzazione dei processi produttivi nella sanità italiana non è stata infatti affiancata da adeguati strumenti di integrazione; la ricerca di efficaci processi clinico-assistenziali con elevati livelli di qualità organizzativa deve riuscire a superare logiche settoriali e specialistiche che bloccano l'evoluzione verso una logica di qualità «totale».

Gli articoli evidenziano inoltre la necessità di definire e formare in maniera adeguata il *team* dei valutatori, la difficoltà di far comprendere come la certificazione della qualità abbia come obiettivo principale la definizione di criteri professionali ed organizzativi che permettano di verificare la conformità della struttura ad un modello e non l'espressione di un giudizio sulla struttura e sull'operato dei singoli.

9. Nuovi modelli di gestione

Oltre alle variabili fino ad ora elencate risulta interessante evidenziare quelle esperienze che rappresentano nuovi modelli di gestione dell'assistenza sanitaria. Ne sono un esempio tutti i progetti di ristrutturazione dell'offerta secondi il modello della rete di servizi che prevede uno stretto collegamento tra attività gestite direttamente, terziarizzazione e ricorso al mercato oppure l'utilizzo di formule di *outsourcing* o di affidamento al terzo settore e alle cooperative sociali di determinate attività socio-assistenziali (con riferimento in particolare alle attività di assistenza psichiatrica e alle patologie cronico-degenerative). Tali

accordi istituzionali, gestionali e professionali permettono il superamento della segmentazione degli interventi e garantiscono la continuità terapeutica nelle diverse fasi del lavoro ospedaliero, territoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare attraverso la programmazione zonale ed anche la valorizzazione del volontariato. Innovativi sono anche tutti i progetti focalizzati sul ridisegno dei percorsi dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali che permettono di disegnare nuove procedure di accesso e di migliorare la programmazione degli interventi, incrementando l'appropriatezza dei ricoveri, delle prestazioni specialistiche, di diagnostica e laboratorio e aumentando il tasso di utilizzo dei posti letto.

Le nuove formule gestionali possono prevedere l'introduzione di modelli alternativi di organizzazione dell'offerta nel campo della medicina di base, dell'assistenza extra ospedaliera, del *day hospital* e *day surgery*. In particolare le innovazioni in campo ospedaliero dovrebbero presentare dei vantaggi economici per il sistema sanitario permettendo una rapida dimissione del malato ed un miglioramento della qualità di vita dei pazienti trattati, grazie all'immediato rientro a casa. Non esistono dati sul numero di pazienti trattati in Italia in regime di *day surgery* ed è difficile raccogliere dati omogenei. Nelle strutture private, dai dati emersi dalle compagnie assicurative, è risultato che i ricoveri in *day hospital* presso le case di cura e i poliambulatori è inferiore al 2% dei casi trattati (Filannino, 1997). Si tratta

quindi di innovazioni che hanno una diffusione ancora limitata soprattutto a causa dell'assenza di protocolli definiti per l'accesso e la gestione del paziente.

10. Conclusioni

In conclusione, l'analisi di casi aziendali di innovazione dovrebbe stimolare un processo di apprendimento dalle esperienze che sembra abbastanza limitato all'interno del sistema sanitario. La diffusione ed il confronto delle soluzioni organizzative e gestionali adottate dalle aziende, così come la condivisione dei problemi affrontati dovrebbero trovare adeguati spazi di discussione all'interno del sistema italiano. Inoltre l'analisi di diverse esperienze innovative, attraverso l'utilizzo di differenti approcci e chiavi interpretative, permette un arricchimento delle singole esperienze. In questo modo, infatti, è possibile favorire un equilibrio tra la componente induttiva e quella deduttiva dell'apprendimento. Il «puro» trasferimento ad altre aziende delle esperienze positive risulta riduttivo se, partendo da tali esperienze, non si favorisce la ricerca di «uniformità relative» che aiutino a comprendere e migliorare altre situazioni e fenomeni concreti (Borgonovi, 1996).

È inoltre necessario considerare che un sistema complesso come quello sanitario non può essere considerato come un «sistema unitario» il cui cambiamento può essere generato e gestito secondo schemi uniformi ed omogenei. L'evoluzione del sistema sanitario

è possibile solo partendo da mutamenti e innovazioni che avvengono all'interno delle singole aziende. «In un sistema economico sociale a decisioni decentrate sono infatti le unità di base a detenere quelle risorse e quell'energia potenziale da cui vengono generati sviluppo ed evoluzione anche di più ampia portata» (2). Allo stesso modo i concetti di efficacia, efficienza ed economicità non possono essere imposti dall'esterno attraverso le modifiche delle regole istituzionali del sistema. È invece necessario che ciascuna azienda attivi e sperimenti specifici percorsi di cambiamento al fine di trovare un equilibrio operativo, organizzativo ed economico all'interno del proprio ambiente di riferimento.

(1) Si veda in proposito l'elenco delle strutture certificate in Italia, Mecosan, n. 25, pag. 120, 1998.

(2) REBORA G., MENEGUZZO M., 1990, pag. 273.

BIBLIOGRAFIA

- ASSR (1998), *Indagine sul processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale*, RSS volume II, secondo trimestre 1998, n. 2.
- BORGONIVI E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- FILANNINO C., SERRA M.G. (1997), *La valutazione dei costi del day surgery*, Mecosan, n. 24.
- REBORA G. (1988), *Il cambiamento organizzativo nella pubblica amministrazione*, Azienda Pubblica, 1.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, UTET, Torino.

ALLEGATO

N.	Obiettivo	Metodologia	Risultati	Criticità
21	Analisi degli atteggiamenti assunti dal personale medico in seguito all'attivazione di un sistema di reportistica	Implementazione graduale della reportistica e presentazione al personale medico durante diversi incontri	Non sono rilevabili immediate modifiche sul piano dei comportamenti dei medici	La reportistica stimola il passaggio ad una logica dipartimentale con le relative resistenze e conflitti
21	Differenziazione dei circuiti di accesso dei pazienti con disturbi emotivi al servizio specialistico territoriale migliorando la capacità dei MMG di identificazione dei casi che richiedono un trattamento specialistico	Analisi del percorso dei pazienti dalla MG al SSM, sviluppo di iniziative comuni di formazione e progettazione dell'attività di consulenza fornita dal SSM ai MMG	Forme di interazione strutturate tra MMG e SSM	Tempo a disposizione per la consulenza territoriale limitato; difficoltà di comunicazione; mancanza di un collegamento in rete con altri servizi del distretto
21	Analisi e schematizzazione dei meccanismi di prenotazione e di accesso alle prestazioni specialistico-ambulatoriali	Analisi delle procedure di prenotazione presso il CUP e presso i reparti; descrizione dei flussi informativi interni generati e dei supporti <i>hardware</i> e <i>software</i> utilizzati	Rilevazione dell'incoerenza del sistema aziendale e formulazione di proposte (non implementate)	
21	Metodologia per l'aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico, secondo una logica di risparmio della «spesa sanitaria globale» e di miglioramento dei livelli qualitativi delle prestazioni	Riorganizzazione dell'azienda ospedaliera attraverso adeguamento delle strutture, formalizzazione di gruppi di lavoro che operano trasversalmente rispetto alle unità tradizionali e introduzione di un controllo di gestione per «profili di cura»	Riduzione ricoveri ordinari ed incremento DH	La logica del risparmio globale di spesa è incompatibile con l'attuale sistema di tariffe perché spinge le aziende ospedaliere ad incrementare i ricoveri nel caso delle patologie croniche
21	Passaggio dal progetto VRQ ad un programma di miglioramento continuo della qualità	Istituzione del sistema qualità di azienda attraverso la creazione del Centro di promozione della qualità, dei comitati ospedalieri, di distretto e amministrativi	Promozione di corsi di formazione per il personale, costituzione di gruppi di miglioramento dei problemi critici, elaborazione del questionario di gradimento delle cure distribuito ai pazienti	
23	Utilizzo di algoritmi per la scelta delle priorità di accesso per avere tempi di attesa adeguati	Condivisione di informazioni tra MMG, specialisti e operatori del servizio centralizzato delle prenotazioni	Percorsi differenziati di accesso	Difficoltà di coinvolgimento dei MMG e degli specialisti nella definizione di linguaggio prescrittivo uniforme
23	Progetto pilota per la successiva introduzione di un sistema di ABM e ABC che permetta di rappresentare il percorso del paziente ricoverato e calcolare i costi per caso trattato	Analisi del modello organizzativo dell'UO, valorizzazione delle attività svolte, delle risorse assorbite e calcolo dei margini di contribuzione	Classificazione attività svolte dall'UO, verifica adeguatezza tariffe e tempo dedicato alle diverse attività da parte degli operatori, analisi dei flussi informativi e dei dati disponibili	Rischio di utilizzo improprio delle informazioni raccolte

ALLEGATO

N.	Obiettivo	Metodologia	Risultati	Criticità
23	Costruzione di un sistema informativo direzionale che supporti sia le funzioni gestionali ordinarie sia le funzioni decisionali e direzionali	Costituzione di un <i>team</i> di progetto, costruzione di un prototipo, valutazione e realizzazione di una soluzione definitiva	<i>Data-warehouse</i> fortemente integrato tra i diversi livelli	Sistemi informativi frammentati e composti da sistemi di controllo di gestione paralleli che rispondono ad esigenze informative settoriali e non aziendali
24	Analisi dei problemi organizzativi e gestionali affrontati nella fase di riorganizzazione dell'azienda e delle soluzioni adottate	Analisi di due regolamenti organizzativi adottati		Problemi di definizione dei ruoli e delle responsabilità, problemi di tipo tecnico, organizzativo ed informativo per l'implementazione dei sistemi di P&C
24	Definizione di un protocollo assistenziale per l'assistenza ambulatoriale agli indigenti stranieri	Stesura di un protocollo coinvolgente tutte le istituzioni pubbliche, private e le associazioni di volontariato	Possibilità di migliorare lo stato di salute della popolazione	Aumento dei costi amministrativi e di gestione per la registrazione delle prestazioni e la contabilizzazione tra enti
24	Modelli operativi per la graduazione delle posizioni sviluppati e sperimentati nelle aziende	Definizione di modelli, strumenti operativi e conseguenze attuative delle diverse soluzioni	La graduazione delle posizioni permette di esplicitare e rafforzare l'assetto organizzativo e responsabilizzare i CdR	Valutazione dei contenuti di responsabilità a parità di posizione formale; separazione delle carriere tra linea produttiva e organizzativa; passaggio della gestione del personale ai responsabili di struttura
24	Modello teorico di analisi delle problematiche del <i>day surgery</i> ed applicazione ad un caso per valutare l'opportunità di svolgere il <i>day surgery</i> nel normale programma operatorio o costituendo un'unità autonoma	Definizione criteri di ammissione, selezione e dimissione guidata dei pazienti; valutazione dei costi differenziali di due modelli organizzativi	Scelta di costituire il <i>day surgery</i> centralizzato	Mancanza di un protocollo consolidato relativo al <i>day surgery</i>
24	Introduzione di un nuovo modello organizzativo di accesso alle cure volto a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ed il conseguente utilizzo delle risorse		Riduzione dei ricoveri e incremento dell'utilizzo dei posti letto ordinari; miglioramento del valore della degenza media	Beneficio economico netto per la comunità ma riduzione dei ricavi per l'ospedale: la maggiore efficienza viene premiata con un minor riconoscimento di risorse
25	Applicazione del <i>budget</i> all'area territoriale attraverso un'integrazione del DP e del distretto	Utilizzo di risorse condivise tra dipartimento e distretto sulla base di programmi di attività concordati ed integrati; utilizzo di indicatori di ottimizzazione dei tempi e dei modi di fornitura per le prestazioni obbligatorie e di obiettivi specifici di risultato per le attività su iniziativa	Creazione di una base di discussione oggettiva e trasparente sulle risorse impiegate e le attività svolte, progressivo cambiamento culturale nell'ambiente sanitario	Difficoltà nella rilevazione e gestione dei flussi informativi dell'area territoriale — problematiche relative alla definizione delle responsabilità attribuite per lo svolgimento di attività integrate tra dipartimento e distretto — Mancanza di tariffe per la valorizzazione delle prestazioni
25	Utilizzo del <i>budget</i> come strumento di programmazione e controllo, che definisce obiettivi sanitari di attività e correlati volumi di spesa indotta	Definizione di obiettivi volti al consolidamento di comportamenti uniformi e condivisi dai professionisti, che favoriscano una maggiore integrazione territorio/ospedale	Utilizzo dello strumento del <i>budget</i> per i MMG	Percezione del <i>budget</i> come strumento non rispettoso dell'autonomia professionale dei sanitari e difficoltà di confronto tra medici sull'approccio tecnico ai problemi clinici

ALLEGATO

N.	Obiettivo	Metodologia	Risultati	Criticità
25	Utilizzo di un approccio di BPR al percorso di ricovero ordinario al fine di aumentare la capacità di programmazione dell'attività	Analisi del percorso del paziente nella fase di accesso all'ospedale e nelle fasi all'interno dell'ospedale attraverso un modello di simulazione	Blocco dei posti letto destinati a pazienti programmati	Percezione del ricovero ordinario reengineerizzato come meccanismo rigido che richiede un cambiamento organizzativo
25	Progetto per la realizzazione di un sistema di qualità sulla base delle norme ISO 9000 per la certificazione	Analisi bibliografica; analisi struttura organizzativa e dei processi clinici e di supporto; definizione responsabilità sul progetto; predisposizione del manuale della qualità	Certificazione come occasione di formalizzazione dei criteri di lavoro, dei compiti e delle responsabilità	Interdisciplinarietà, programma trasversale, necessità di una forte motivazione del personale
26	Progetto di miglioramento della qualità (parallelamente ad una ristrutturazione del reparto) al fine di migliorare la personalizzazione dell'assistenza ed una sua umanizzazione	Indagine sulle aspettative dei clienti potenziali invece che sulla soddisfazione dei clienti attuali attraverso un questionario	Individuazione dei fattori condizionanti la scelta relativa alla struttura da porre alla base del miglioramento dell'offerta del reparto	Alto tasso di fidelizzazione alla struttura dei pazienti e di conseguenza cambiamenti lenti
26	Valutazione della qualità dei servizi di pronto soccorso e formulazione di un manuale di accreditamento	Identificazione di criteri organizzativi, procedurali e gestionali per l'individuazione di elementi costitutivi di un sistema di accreditamento e la sperimentazione di una metodologia conseguente	Pubblicazione manuale sull'accreditamento	Difficoltà ad incentivare la richiesta di visite di accreditamento del proprio servizio di pronto soccorso
26	Conoscenza dello stato di sviluppo degli strumenti della programmazione e controllo di gestione e diffusione di schemi e modelli di riferimento rilevati nelle realtà più avanzate	Questionario a tutte le aziende sanitarie italiane ed analisi documentale	Rilevazione di una limitata diffusione dei sistemi di programmazione e di un utilizzo ancora sperimentale degli strumenti	Forte instabilità degli assetti istituzionali e delle figure apicali; assenza di condizioni operative elementari per l'introduzione dei nuovi sistemi gestionali
27	Realizzazione di un ospedale ad indirizzo medico riabilitativo per migliorare il livello di assistenza riabilitativa in situazione di contenimento dei costi	Struttura ospedaliera divisa tra aree gestite dall'ASL e aree gestite dal Centro di riabilitazione polifunzionale	<i>Partnership</i> con un soggetto privato con cui la USL ha stipulato un contratto di associazione in partecipazione	Contrattazione tra i <i>partner</i> per la difficoltà della USL di quantificare i costi e ricavi
27	Potenziamento del sistema di offerta di servizi socioassistenziali territoriali attraverso la costituzione di una Società per azioni a capitale misto pubblico-privato con maggioranza al privato (associazione di cooperative)	Appalto concorso per la scelta del socio privato coinvolto sia a livello manageriale che operativo	Modello di accordo tra le parti che definisce la struttura aziendale, lo statuto della SPA e la convenzione tra SPA e ASL	Problemi di negoziazione legati a differenze di motivazioni e obiettivi tra gli attori coinvolti
27	Realizzazione di un polo di riabilitazione multispecialistico in collaborazione con l'INAIL	Stima della domanda di prestazioni riabilitative; costituzione di una SPA a capitale misto e di un'associazione consortile tra SPA e INAIL	Studio di modalità assistenziali alternative al ricovero ospedaliero e struttura polivalente che comprende le funzioni di foresteria e di albergo sanitario	

ALLEGATO

N.	Obiettivo	Metodologia	Risultati	Criticità
27	Piano di monitoraggio e controllo per la razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale, attraverso il coinvolgimento di MMG e PLS	Invio <i>report</i> informativi ai MMG e PLS, definizione di una nuova procedura di rilevazione e elaborazione dei dati e definizione di un <i>budget</i> per medico	Rientro della spesa farmaceutica entro i valori medi regionali	Estensione del monitoraggio ad altre forme di spesa (ricoveri impropri e richiesta d'esami inappropriata)
27	Predisposizione di strumenti e metodologie regionali per l'autovalutazione e la verifica esterna delle strutture sanitarie	Individuazione di un modello di riferimento, formazione di persone da utilizzare come valutatori esterni, sperimentazione di visite di verifica	Visite di verifica per individuazione punti di forza e debolezza delle strutture	Composizione del <i>team</i> di verifica ed organizzazione della visita. Difficoltà di definizione della comunicazione conclusiva più appropriata rispetto alle finalità del sistema di accreditamento

DAL PIANO STRAORDINARIO POLIENNALE ALLA FINANZA DI PROGETTO. MODALITÀ INNOVATIVE DI FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI DELLE A.S.L. NEGLI ANNI 90

Marco Meneguzzo

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. 10 anni dopo *gap* tecnologico - 3. Spesa per *medical facilities*. Un confronto internazionale - 4. Spazi di manovra per la finanza di progetto nelle aziende sanitarie - 5. Modalità alternative di finanziamento - 6. Il *rating* nelle aziende sanitarie.

Real estate and technological investment financing has always been a critical aspect for the Italian NHS management. During the '80s, the investment expenditure decreased. This reduction led to a technological gap between the Italian NHS and the other European countries health care systems (i.e. per capita expenditure for medical facilities in 1994 was 16 ECUs in Italy, 41 ECUs in the UK, 68 ECUs in Germany, 57 ECUs in France). During the '90s a New multi-year plan (Piano Straordinario Pluriennale) was set up. This new plan gave more financial resources to the local health units and to the hospital trusts. This paper aims at describing the early results of the new financing policy and at verifying the feasibility of new ways of financing (bond issue and project finance) compared to the public transfers.

1. Introduzione

Che cosa è cambiato effettivamente nelle politiche di investimento e nella disponibilità di risorse finanziarie per le 300 ca. Aziende USL ed ospedaliere italiane rispetto agli anni 80, caratterizzati dalla cronica carenza di fondi?

E ancora il processo di aziendalizzazione avviato all'inizio degli anni 90, ha ampliato o meno gli spazi di manovra delle aziende sanitarie pubbliche, sul modello di quanto è avvenuto nei sistemi sanitari di altri paesi sviluppati?

Illuminante è il caso del *National Health Service* britannico; la creazione dei *Trust*, prima ospedaliere e poi di comunità (Meneguzzo, 1992) ha coinciso con il riconoscimento di rilevante autonomia nella programmazione e gestione delle risorse finanziarie, concretizzandosi nella possibilità di smobilizzo e di valorizzazione economica del patrimonio — immobiliare e mo-

biliare — e nella attivazione di modalità di cofinanziamento privato degli investimenti secondo la formula della *private finance initiative* (H.M. Treasury, 1995).

Dinamiche del tutto simili si sono riscontrate in altri paesi europei; dai sistemi ospedalieri pubblici dei Cantoni elvetici, che ricorrono in misura significativa ad emissioni obbligazionarie, ai gruppi multispedalieri pubblici francesi e agli stessi ospedali pubblici delle Comunità autonome spagnole, che sperimentano formule quali *leasing* immobiliare, indebitamento sui mercati internazionali, emissioni obbligazionarie.

E le nostre aziende sanitarie pubbliche? Una prima analisi delle tendenze in atto porta ad escludere che nel contesto italiano si stiano verificando le dinamiche prima ricordate e quelle che stanno caratterizzando altri settori della Pubblica amministrazione italiana, come ad esempio gli enti locali,

che mostrano maggiore vivacità nella funzione finanziaria.

Basti pensare allo strumento dei Buoni obbligazionari comunali (1); una recente ricognizione ha evidenziato 30 esperienze in corso (Comuni, Province, Comunità montane) con caratteristiche molto differenziate quanto a condizioni contrattuali, presenza o meno di *rating* e ricorso al mercato internazionale.

La relativa arretratezza del settore sanitario pubblico (e privato) del nostro paese si conferma guardando altre modalità innovative di finanziamento; finora non sono stati introdotti finora in Italia i *project bonds* o meglio emissioni obbligazionarie il cui rimborso è garantito dagli introiti tariffari legati alla realizzazione delle infrastrutture finanziate grazie alle stesse (formula P.A.Y.G. *pay as you go*) (2) (Princ-Ramanan, 1994; Lamb-Rappaport, 1997).

Non sono state poi messe in cantiere operazioni di *project finance* (d'ora

in avanti PF), che prevedono il coinvolgimento di intermediari finanziari, attraverso la costituzione di società veicolo per il finanziamento di progetti infrastrutturali.

Per contro *public utilities* nazionali come Ferrovie dello Stato e ENEL spa, imprese di servizi pubblici locali stanno valutando la fattibilità istituzionale-amministrativa ed economico finanziaria di operazioni di *project finance*, sfruttando gli spazi aperti dal quadro normativo (che con la recente «Merloni *ter*» ha aperto la strada alla finanza di progetto) e l'interesse del mercato finanziario.

2. 10 anni dopo gap tecnologico

Dieci anni fa una approfondita ricognizione sulla domanda pubblica di tecnologia sanitaria (CERGAS 1988) aveva evidenziato fenomeni di estremo interesse che è opportuno richiamare.

1. Il cambiamento istituzionale legato all'avvio del S.S.N. aveva coinciso con una caduta significativa nella spesa pubblica per tecnologie ed immobili a seguito di drastiche riduzioni nei trasferimenti del FSN in conto capitale (la spesa per beni capitali sul totale della spesa sanitaria era scesa dal 3,8-4,3% — periodo 1975-80 — al 2,4% nel 1983).

Si dimezzò così il volume delle risorse destinato alla spesa sanitaria in conto capitale, accentuando il *gap* tecnologico tra sistema sanitario italiano e altri sistemi sanitari pubblici internazionali, che, all'epoca si attestavano su percentuali tra il 5-6%.

Inoltre nel passaggio tra il vecchio sistema mutualistico-regionale e il «nuovo» sistema previsto dalla 833 del 1978 diminuirono i margini di azione nelle modalità di finanziamento degli investimenti.

Gli enti ospedalieri pubblici potevano in precedenza ricorrere all'inde-

bitamento presso la Cassa depositi e prestiti e presso il sistema bancario, delegando fino al 4% delle entrate (rette per i ricoveri); la 833 vietò alle USL l'indebitamento presso banche, lasciando spazi ridotti di manovra sulla dismissione del patrimonio e attribuendo ruolo centrale ai trasferimenti FSN in conto capitale.

2. Le USL reagirono al ridimensionamento dei fondi attraverso una vera e propria imprenditorialità tecnologica, ossia attivando tutte le possibili leve di manovra per salvaguardare le esigenze fisiologiche di mantenimento e rinnovo del proprio patrimonio tecnologico.

Ai canali consolidati di finanziamento, quali i trasferimenti FSN in conto capitale e le quote provenienti dal 50% dei *ticket* si aggiunsero i fondi F.S.N. per progetti obiettivi, i finanziamenti per la ricerca provenienti dal Ministero della pubblica istruzione e dal C.N.R. (Consiglio nazionale delle ricerche), donazioni provenienti da imprese private e da Istituti di credito tesorieri, smobilizzo di patrimonio (3), eventuali avanzi di amministrazione e soprattutto si fece un largo ricorso allo strumento del *leasing*.

Le diverse tipologie di *leasing* (operativo, finanziario, finanziario collegato alla obsolescenza tecnologica) consentirono di utilizzare fondi a disposizione della gestione corrente (a carico quindi del FSN parte corrente) per finanziare investimenti tecnologici (Meneguzzo, 1987).

Grazie alla imprenditorialità tecnologica fu in parte colmato il *gap* tecnologico senza riuscire a conseguire livelli di spesa capitale (comprensivi di tecnologia ed investimenti in edilizia) in linea con quelli di sistemi sanitari di altri paesi.

L'inversione di tendenza, registrata a partire dal 1985 e caratterizzata dalla messa a disposizione di maggiori risorse venne accompagnata da un qua-

dro organico di interventi, articolato intorno a tre direttrici principali.

Queste ultime (4) erano rappresentate dalla messa a disposizione di maggiori risorse finanziarie, dallo sviluppo di capacità gestionale ed amministrativa e dalla costruzione di un quadro conoscitivo sulla spesa per investimento.

Interventi significativi furono condotti sulla direttrice delle maggiori risorse finanziarie; nel 1988 fu avviato il piano poliennale straordinario di investimenti del SSN, che come più avanti spiegato, cominciò ad avere impatto solo nei primi anni 90.

Pochi passi in avanti sono fatti sui terreni dello sviluppo dell'autofinanziamento locale, permettendo il ricorso a modalità innovative di finanziamento e del rafforzamento della capacità gestionale del SSN.

I servizi tecnici delle USL e delle attuali ASL si sono progressivamente indeboliti a livello professionale; sempre più sono state esternalizzate le funzioni di manutenzione immobiliare e tecnologica e di progettazione, *engineering* e direzione lavori.

La diffusione di modalità di *contracting out* e di *outsourcing*, avvenuta negli ultimi anni, va valutata con molta attenzione proprio per le rilevanti difficoltà incontrate dal sistema sanitario pubblico italiano nello sviluppare funzioni di analisi di mercato, selezione dei potenziali fornitori, monitoraggio, controllo e verifica delle scelte di affidamento all'esterno.

Lo stesso quadro normativo, che già dieci anni si presentava abbastanza farraginoso, è stato ulteriormente complicato dalla entrata in vigore delle direttive europee sull'acquisto di beni e servizi e delle nuove normative sulle procedure d'acquisto pubbliche.

Ma soprattutto sembra essersi attenuata l'intensità della imprenditorialità tecnologica delle aziende sanitarie, attraverso la continua ricerca di

fonti innovative ed alternative di finanziamento.

Questa affermazione può essere meglio compresa guardando l'assenza di emissioni obbligazionarie e del mancato ricorso ad una molteplicità di fonti di finanziamento (box 1 e figura 1).

3. Spesa per *medical facilities*. Un confronto internazionale

Sono riusciti i programmi pluriennali straordinari di investimento, i fondi FIO che ancora rimanevano, le risorse aggiuntive per acquisto di tecnologie a recuperare il *gap* tecnologico ed infrastrutturale del sistema sanitario italiano formatosi negli anni 80?

Con le necessarie cautele che presentano tutte le analisi comparate è utile riprendere i dati provenienti dal *data base* dell'OECD e riferiti a 29 sistemi sanitari a livello internazionale (OECD *health data*, 1997) (5).

Le tabelle 1 e 2 che riprendono i dati riferiti al 1994 (ultimo anno utile per un confronto internazionale in cui è compreso il caso italiano) evidenziano:

— una spesa sanitaria pubblica totale in *medical facilities* (che comprendono infrastrutture immobiliari, tecnologie e reti di servizi) di 1101 milioni US \$ (o alternativamente di 927 milioni di ECU) che va comparata con i 2886 milioni di US \$ del Regno Unito, i 3947 milioni di US \$ della Francia ed i 6583 milioni di US \$ della Germania federale;

— il procapite italiano (spesa sanitaria pubblica per *medical facilities*) era nel 1994 di 16 ECU contro 48 della Svezia, 19 del Portogallo, 41 del Regno Unito, 68 della Germania e 57 della Francia;

— la percentuale della spesa sanitaria pubblica in «*medical facilities*» sul totale della spesa sanitaria, importante indicatore per capire la competitività

tecnologica ed infrastrutturale dei diversi sistemi paese era dell'1,3% rispetto ad un valore medio a livello europeo compreso nell'intervallo 3-4% (dal 3,1% di Francia e Germania al 4,1% del Regno Unito, al 3,3% del Portogallo).

Risultati del tutto simili emergono dalle analisi comparative, sulla spesa sanitaria totale (pubblica e privata) in *medical facilities*.

Si è così mantenuta la tendenza alla sottocapitalizzazione tecnologica ed infrastrutturale del nostro sistema sa-

Box 1

Nel 1983 FINLOMBARDA, la società finanziaria regionale della Lombardia, di intesa con l'Assessorato alla sanità, aveva predisposto un progetto di pre-fattibilità relativo ad una emissione obbligazionaria per un ammontare di 130 miliardi, che insieme ad altre fonti, dovevano finanziare un importo di 210 miliardi, destinato al completamento di ospedali iniziati e solo parzialmente finanziati. L'operazione, che anticipava di circa 10 anni le recenti emissioni di BOC non fu però portata a termine.

Come illustra la figura 1, nel 1988 erano state indicate per il finanziamento del piano di sviluppo del Policlinico di Modena (Meneguzzo, 1988) possibili alternative di finanziamento che dovevano integrare le modalità più tradizionali (trasferimenti nazionali e regionali in conto capitale, smobilizzo patrimoniale, avanzi di gestione corrente). Si tenga conto che all'epoca si prevedeva una ragionevolmente rapida attivazione in tempi ragionevolmente rapidi del programma pluriennale di investimenti straordinari ed era in chiusura il ciclo del Fondo investimenti ed occupazione.

Le alternative prese in esame erano costituite dall'indebitamento a medio lungo termine o presso la Cassa depositi prestiti o presso le aziende di credito ordinarie, e dall'indebitamento indiretto (anticipazioni bancarie alle imprese costruttrici e fornitrici garantite dall'operatore pubblico).

Altre possibilità erano rappresentate dalla assunzione di mutui in ECU, sul modello degli Enti locali (Comune di Milano) o la richiesta di finanziamenti (mutui) alla Banca europea degli investimenti che, per statuto, poteva finanziare parti del progetto rappresentate dalle infrastrutture per la ricerca e sviluppo e per la attività di insegnamento e formazione post-laurea.

Figura 1

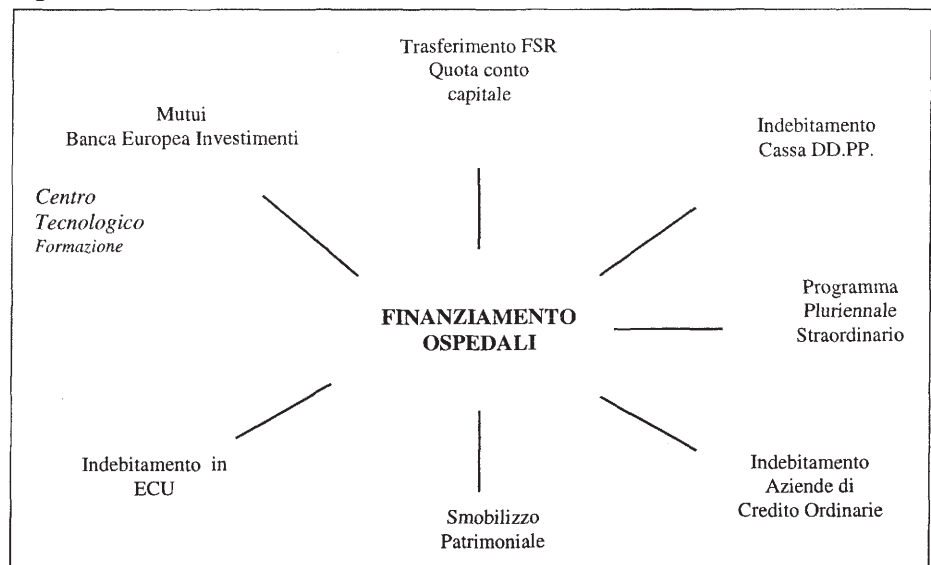


Tabella 1 - Confronto internazionale sulla spesa sanitaria pubblica per «Medical Facilities» (infrastrutture e tecnologie)

	Tot. health expenditure Pub. inv. med. facilities Millions ecus X-rate	Tot. health expenditure Pub. inv. med. facilities Millions \$ X-rate	Tot. health expenditure Pub. inv. med. facilities \$ X-rate per capita	Tot. health expenditure Pub. inv. med. facilities ecus/capita X-rate	Tot. health expenditure Pub. inv. med. facilities % total exp on health	Tot. health expenditure Pub. inv. med. facilities % of GDP
Australia.....	594	703	39	33	2,5	0,2
Austria.....	618	732	91	77	4,7	0,4
Belgium.....						
Canada.....	895	1058	36	31	2,0	0,2
Czech Republic.....						
Denmark.....	322	382	73	62	4,0	0,3
Finland.....	173	205	40	34	2,6	0,2
France.....	3329	3947	68	57	3,1	0,3
Germany.....	5555	6583	81	68	3,1	0,3
Greece.....	123	146	14	12	2,7	0,1
Hungary.....						
Iceland.....	9	10	39	33	2,1	0,2
Ireland.....	71	83	23	20	2,0	0,2
Italy.....	927	1101	19	16	1,3	0,1
Japan.....	11592	13759	110	93	4,3	0,3
Korea.....		248	6		1,4	0,1
Luxembourg.....						
Mexico.....		45	1		0,2	0,0
Netherlands.....						
New Zealand.....						
Norway.....	378	449	103	87	4,6	0,4
Poland.....						
Portugal.....	185	219	22	19	3,3	0,3
Spain.....						
Sweden.....	424	504	57	48	3,3	0,3
Switzerland.....						
Turkey.....		74	1		1,1	0,1
United Kingdom.....	2405	2886	49	41	4,1	0,3
United States.....	3445	4100	15	13	0,4	0,1

Fonte: OECD, 1997.

nitario pubblico che non ha permesso di recuperare il *gap* di capitale accumulato negli anni 80 ampliandone addirittura la gravità. Evidenti sono le ricadute negative; dalla perdita di competitività del sistema sanitario italiano, alla difficoltà di vedere nel nostro sistema sanitario un potenziale generatore di *new business creation*, alla mancata messa a disposizioni di infrastrutture, tecnologie e servizi in nuovi ambiti.

Ad esempio organizzazioni sanitarie che investono poco non incentivano lo sviluppo di imprese in settori come la manutenzione tecnologica ed infrastrutturale (nella prospettiva di

global service ed outsourcing), della gestione calore ed energia, della progettazione e dell'*engineering*.

Sempre il confronto internazionale offre spunti altrettanto interessanti, considerando la dotazione di tecnologie sanitarie in termini fisici; il *data base* dell'OECD, non completo per tutti i paesi fornisce informazioni su

tecnologie come Risonanza magnetica, Litotrittori e Tomografia assiale computerizzata (figura 2).

Le mappe riferite a queste tre tecnologie confermano la debolezza del sistema sanitario italiano sotto il profilo *technology intensive*, debolezza che è stata peraltro recentemente richiamata (6) dalle Associazioni delle imprese

Tabella 2 - Parco tecnologico del SSN. ANIE 1998

Parco macchine	N. attrezzature	% 5 a 10 anni	Più 10 anni	Spesa rinnovo
Diagnostica per immagini.....	18095	27,8	36,5	3472 miliardi
Elettromedicina.....	65000	36,5	17,8	1530 miliardi

Il nuovo sistema interessa solo parzialmente le aziende USL mentre è destinato ad impattare in modo significativo sulle aziende ospedaliere; interrogativi permangono invece per gli Istituti scientifici per i quali non è ancora ben definito il modello di finanziamento.

Oltre alle due tipologie di entrata prima ricordate, destinate non solo alla gestione corrente ma finalizzate a generare un surplus finanziario per le spese di sviluppo, sono previste innovazioni nelle modalità di finanziamento degli investimenti.

Il nuovo sistema ribadisce il ruolo dei trasferimenti regionali in conto capitale ma consente l'indebitamento a medio lungo termine, stimolando altresì aziende sanitarie pubbliche ad una maggiore attenzione nella valorizzazione del patrimonio.

Vincolo importante per l'indebitamento a medio lungo termine è rappresentato dalle modalità di rimborso del debito, strettamente collegate agli introiti provenienti dalla offerta di servizi a pagamento.

Non è stato invece esplicitamente prevista l'emissione di obbligazioni in linea con le indicazioni formulate per il settore degli enti locali (legge finanziaria del '95).

4.2. I piani straordinari di investimento

La legge finanziaria del 1988 ha introdotto il Piano straordinario poliennale di investimento per il SSN che prevedeva, nell'arco di 10 anni, uno stanziamento di 30.000 miliardi.

I fondi erano riservati ad investimenti immobiliari (nuove costruzioni e manutenzione straordinaria) e investimenti tecnologici; le risorse erano quindi destinate al settore sanitario (ospedali in primo luogo) e quello socio-sanitario (residenze sanitarie assistenziali, lungodegenza per anziani).

Le RSA costituiscono un ambito potenziale di applicazione del PF che vede coinvolte le Aziende USL, i Comuni e soprattutto le IPAB (istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), che dispongono di maggiori margini di manovra rispetto alle organizzazioni pubbliche.

Il piano straordinario di investimenti ha rafforzato il ruolo dei trasferimenti centrali, introducendo come nuovo canale di finanziamento, quello dei trasferimenti speciali.

Il meccanismo introdotto dalla legge finanziaria del 1988, definitivamente messo a regime nella legge 321 del 1989, prevedeva la presentazione di progetti di investimento da sottoporre ad una analisi in cui erano valutati il profilo finanziario (flussi positivi e negativi) e il profilo economico (costi e benefici), connesso alla realizzazione della singola infrastruttura sanitaria.

Il piano straordinario rappresentava un esempio di PF pubblico, con il livello centrale (Ministero della sanità e Ministero del tesoro) come investitori e finanziatori, le USL, che formulavano i progetti, come promotori e con la presenza di imprese private (singole o consorzi) a cui era affidata la progettazione tecnico esecutiva e la realizzazione delle infrastrutture previste.

Il piano straordinario ha incontrato notevoli difficoltà attuative; in primo luogo si è scontrato con la crisi della finanza pubblica che non permetteva significativi incrementi di spesa, in un settore, quale quello sanitario, per cui si richiedevano invece tagli e risparmi. I 30.000 miliardi sono quindi rimasti uno stanziamento indicativo; sono state rese disponibili le risorse (con il correlato processo di impegno e pagamento) solo per le due *tranches* del piano straordinario.

Una seconda importante difficoltà è riconducibile alla procedura prevista a livello regionale; in molti casi si sono

riscontrati forti ritardi che hanno attenuata la portata innovativa dell'intera operazione. Infine il piano straordinario è stato lanciato in un periodo di forte cambiamento istituzionale, dinamica questa che indebolisce nel settore pubblico l'incisività di operazioni di ampia portata.

L'esperienza dei finanziamenti speciali ha però consentito al sistema sanitario pubblico di accumulare competenze ed esperienze professionali, attraverso la mobilitazione e l'acquisizione di apporti tecnici e specialistici esterni su cui si potrà appoggiare lo sviluppo futuro della finanza di progetto in sanità. Questo sviluppo può vedere la presenza di progetti infrastrutturali integrati che implicano contemporaneamente la gestione di servizi tariffabili (con conseguenti introiti) e non tariffabili (Ternau, 1996; CESPEP, 1994).

4.3. Autonomia nella gestione del patrimonio

Il processo di aziendalizzazione di USL ed ospedali ha avuto una importante conseguenza a livello di gestione del patrimonio. Nel precedente assetto istituzionale il patrimonio era stato affidato agli Enti locali poco attenti, ad eccezione di casi specifici, alla valorizzazione economica.

L'estrema cautela dei Comuni combinata con una ridotta attenzione a soluzioni gestionali innovative sono state confermate dalla recente esperienza delle aziende sanitarie a partire dall'inizio degli anni 90.

Autonomia e sviluppo di capacità tecniche nella gestione patrimoniale possono contribuire allo sviluppo del PF; la dotazione patrimoniale e i proventi ad essa collegati rappresentano una valida garanzia per i *pool* di finanziatori ed investitori istituzionali, interessati ai progetti in campo sanitario.

Recenti riflessioni (CESPEP, 1994) sulle concessioni per progettazione integrata che combinano infrastrutture con limitati rientri e altre infrastrutture con rientri consistenti possono collegare una operazione di PF per infrastruttura sanitaria ad un progetto di manutenzione straordinaria della dotazione patrimoniale che ne accresca la capacità reddituale.

Questa soluzione potrà essere in primo luogo sperimentata dalle IPAB, che dispongono di una maggiore autonomia decisionale ed operativa, ed essere successivamente estesa alle aziende sanitarie pubbliche per la realizzazione e gestione di Residenze sanitarie assistenziali (7).

Lo sfruttamento delle potenzialità esistenti nella gestione del patrimonio richiederà specifici interventi rappresentati dalla introduzione, nel contesto italiano, di esperienze già avviate in altri paesi.

Interessante riferimento sono a tal fine di particolare interesse è rappresentato dai *Trusts* ospedalieri inglesi, a cui è riconosciuta una notevole discrezionalità a livello di strategie aziendali, programmazione e gestione finanziaria, politiche di *marketing* ed offerta di servizi, gestione del personale. I *Trusts* godono di forte autonomia patrimoniale, utilizzando la propria dotazione come leva per l'acquisizione di risorse finanziarie per investimenti (NAHA, 1995).

In secondo luogo occorrerà procedere alla costituzione di società di gestione patrimoniale, indipendenti dalle aziende sanitarie pubbliche, sul modello delle società create dalle HLM francesi (le agenzie che operano nel settore della edilizia residenziale pubblica). Queste società di gestione patrimoniale potrebbero svolgere in prospettiva il ruolo di promotore in interventi di PF (8).

Preliminare requisito per il successo dei diversi interventi sarà una ap-

profondita ricognizione del patrimonio a cui sarà necessario affiancare la gestione informatizzata dello stesso (riprendendo le indicazioni del programma CNR ACMAGEST sviluppato negli anni 80) e lo sviluppo di competenze e professionalità dedicate.

4.4. Offerta di servizi sul mercato

Ulteriore fattore di stimolo alla trasformazione in senso imprenditoriale delle aziende sanitarie è rappresentato dalla possibilità di offrire servizi a pagamento (attività libero professionale e di istituzione di camere a pagamento).

Le aziende sanitarie pubbliche possono così decidere di offrire sul mercato servizi legati a competenze distintive da loro possedute a livello diagnostico terapeutico (Longo, 1997).

L'offerta di servizi sul mercato può mettere a disposizione fondi nei progetti di manutenzione straordinaria, di ampliamento infrastrutturale e di potenziamento tecnologico di ospedali o strutture sanitarie possono garantire rientri finanziari tali da giustificare la sostenibilità finanziaria dell'intera operazione.

Una seconda possibilità, poco realistica in questa fase, è data dal basare le operazioni di PF sui trasferimenti regionali derivanti dalle prestazioni tariffate; in questa seconda ipotesi i finanziatori del progetto verranno rimborsati direttamente dall'operatore pubblico regionale.

4.5. Costituzione di società a capitale misto

Le società a capitale misto pubblico privato che possono giocare il ruolo di società veicolo (*special purpose vehicle*) nelle operazioni di PF cominciano a svilupparsi trova un riscontro significativo anche nel settore sanitario.

La possibilità di costituzione di società per azioni combinata con l'offerta di servizi a pagamento diventano così un significativo acceleratore del PF (Campari, 1998; Micossi, 1998).

Vi sono già progetti, predisposti dalle aziende ospedaliere, che prevedono la realizzazione di società miste per la costruzione e la gestione dell'attività di ricovero a pagamento. In queste società miste il socio pubblico mette a disposizione le competenze medico specialistiche e professionali e il socio privato assume la gestione dei servizi logistico alberghieri e dei servizi generati.

A differenza degli enti locali (9) alle aziende sanitarie pubbliche ed agli Istituti scientifici non viene esplicitamente riconosciuta la possibilità di creazione di società per azioni, facoltà invece di cui si sono già avvalse le IPAB per effettuare scelte di diversificazione della attività.

Il riconoscimento a livello normativo di una completa autonomia aziendale sotto diversi profili (patrimoniale, economico, finanziario) e un progressivo avvicinamento della formula della azienda sanitaria a quella della azienda speciale dei Comuni (che hanno promosso in passato società di capitali e che detengono di conseguenza pacchetti azionari) apre nel prossimo futuro prospettive favorevoli all'adozione di questa formula nel comparto sanitario.

5. Modalità alternative di finanziamento

Al termine delle considerazioni sui fattori di spinta del PF nel settore sanitario vanno prese in esame da un lato le relazioni esistenti tra PF ed altre modalità di finanziamento degli investimenti e dall'altro lato il *rating* o meglio la valutazione di affidabilità delle aziende sanitarie pubbliche.

Possibili interlocutori per lo sviluppo del PF diventano così:

— le IPAB, che possono costituire società per azioni, relativamente alla costruzione e gestione di strutture residenziali e assistenziali per anziani, attraverso la gestione integrata di progetti;

— le aziende ospedaliere ed in misura minore le aziende USL per il tramite di società miste con operatori privati, interessate alla realizzazione e gestione di strutture sanitarie dedicate alla offerta di servizi di pagamento;

— le aziende ospedaliere che potranno costituire società di gestione e valorizzazione patrimoniale, combinando PF ed acquisizione di finanziamenti speciali per investimenti immobiliari e tecnologici.

In questo contesto è importante capire quali saranno i potenziali concorrenti, intesi come modalità di finanziamento attivabili in alternativa al PF dalle aziende sanitarie.

La figura 3 fornisce un quadro organico di tutte le potenziali fonti di finanziamento «concorrenti» perseguibili in alternativa o meglio ad integrazione dei canali di finanziamento degli investimenti più tradizionali.

L'indebitamento a medio lungo termine costituisce la prima modalità di finanziamento; sono previsti specifici vincoli rappresentati dalla necessità di rimborsare obbligatoriamente le quote capitale ed interessi con gli introiti provenienti dalla offerta di servizi sul mercato.

La difficoltà che le aziende sanitarie pubbliche riscontreranno nell'attivare servizi a pagamento e soprattutto i tempi necessari per la effettiva attuazione di tali interventi sono sicuramente destinati a ridurre i margini di manovra dell'indebitamento.

Possono essere percorse diverse opzioni dai finanziatori istituzionali a livello europeo (Banca europea investimenti) e nazionale (Cassa depositi e

prestiti) fino alle aziende di credito ordinarie.

La Banca europea per gli investimenti, che per «missione aziendale» finanzia solo progetti economicamente validi è quindi debolmente interessata a mettere a disposizione risorse per interventi in settori quali sanità, istruzione e previdenza sociale ad incerto se non nullo ritorno economico. Ma alcune esperienze recenti (da ultima è la concessione di un prestito per il Secondo Policlinico della Università di Roma) mostrano che investimenti infrastrutturali e tecnologici di aziende ospedaliere e soprattutto di I.R.C.C.S. a cui è collegata attività di ricerca scientifica e ricerca applicata (generatori di introiti) possono trovare finanziamenti da parte della BEI, senza richiedere il montaggio di una operazione di PF.

Una seconda modalità di finanziamento è rappresentata dalle emissioni obbligazionarie, che possono presentare diverse configurazioni. Molteplici sono le alternative percorribili da obbligazioni in valuta o in lire, ad obbligazioni che, sul modello dei *municipal bonds* statunitensi possono essere lanciate dagli Enti locali per conto di aziende USL o ospedaliere, ad obbligazioni gestite dalle Regioni per conto di un pool di aziende ospedaliere (Boccia, 1995). Ulteriore tipologia sono le obbligazioni emesse secondo la logica *Pay as you go* che prevedono modalità di rimborso legate agli in-

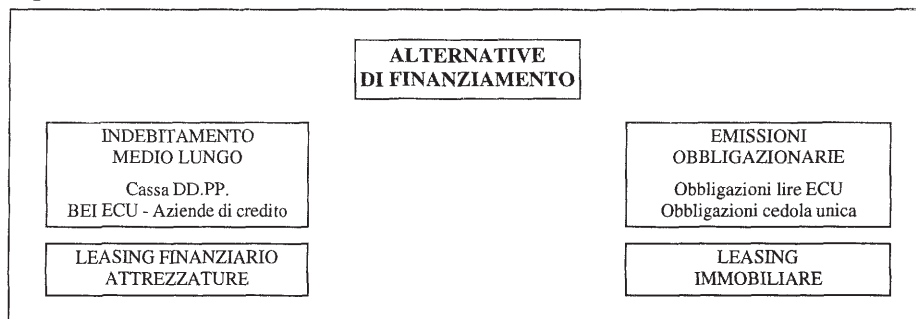
troiti provenienti dai servizi associati alla realizzazione degli investimenti.

Le obbligazioni costituiscono alternativa di azione decisamente competitiva rispetto al PF per due motivi; il trasferimento della responsabilità sulla emissione e rimborsi a Regioni e Enti locali consente alle aziende sanitarie di eludere i vincoli del tetto, liberando margini di manovra per ulteriori operazioni.

La formula PAYG combina poi rimborsi legati a fondi propri della azienda sanitaria e rimborsi derivanti dalla offerta di servizi sanitari, siano questi prestazioni tariffate o direttamente venduti sul mercato, costituendo soluzione più praticabile rispetto ad una operazione tradizionale di PF, che deve trovare copertura esclusiva nei servizi offerti sul mercato.

Terza modalità alternativa è rappresentata dal ricorso al *leasing*, nelle diverse configurazioni, dal *leasing* immobiliare per la realizzazione di infrastrutture ospedaliere al *leasing* finanziario, *leasing* operativo o misto (10). La varietà delle alternative perseguibili non sembra però rafforzare l'appetibilità del *leasing* presso le aziende sanitarie. Diversi sono gli ostacoli allo sviluppo di tale strumento; il rientrare all'interno dei vincoli sull'indebitamento, la complessità delle procedure di acquisto pubbliche (necessità o meno di effettuare più gare a fronte dei diversi soggetti coinvolti nella operazione) e ultimo ma non meno impor-

Figura 3



tante, il costo della operazione, superiore all'indebitamento.

Spazi futuri per il rilancio del *leasing* sono dipendenti dalla messa in atto di gestione diretta, così come prospettato in passato, da parte delle Regioni di operazioni di *leasing* agevolato (imputazione di parte del costo al Fondo sanitario regionale), il che faciliterebbe la soluzione dei problemi procedurali, riducendo il costo della operazione.

6. Il *rating* nelle aziende sanitarie

Un sempre maggiore ricorso da parte di aziende ospedaliere e di Istituti scientifici al PF richiede un vero e proprio sviluppo di conoscenze e modifica di comportamenti agli intermediari finanziari; questi ultimi non hanno esperienze specifiche di intervento nel settore sanitario e soprattutto dovranno studiare formule di offerta del PF, coerenti con le specificità del settore, dotandosi in parallelo di sistemi di valutazione della affidabilità del cliente «azienda sanitaria pubblica» (Amatucci, 1997).

L'introduzione di un *rating*, sul modello di quanto sta avvenendo per Regioni, (indebitamento sui mercati internazionali) ed enti locali (emissioni obbligazionarie) costituirà alternativa obbligata nel prossimo futuro.

Due sono gli elementi che possono, se non favorire, almeno agevolare l'introduzione di modalità di *rating*:

— l'introduzione di procedure di accreditamento delle aziende sanitarie pubbliche;

— la possibilità di sfruttare esperienze presenti a livello internazionale.

Le riforme avviate nel 1992 e nel 1993, hanno introdotto anche nel contesto italiano la separazione tra *purchaser* e *provider*, ossia tra centri di acquisto di servizi sanitari rappresentati dalle aziende USL e centri di

offerta che possono essere pubblici (altre aziende USL, Aziende ospedaliere, Istituti scientifici) e privati. Tale distinzione richiede evidentemente una preliminare valutazione dei potenziali fornitori, sul modello di altri sistemi sanitari, in cui i fondi assicurativi pubblici e privati effettuano regolari verifiche sulle risorse professionali e logistiche possedute, sul rispetto di *standard* e soprattutto effettuano un costante monitoraggio sulla qualità dei servizi resi dai diversi centri di offerta. Nel contesto italiano a tale valutazione corrisponde (in modo un po' forzato) la procedura di accreditamento delle strutture sanitarie private (e in futuro delle aziende sanitarie pubbliche) che potrebbe essere quindi utilizzata, opportunamente integrata da altri parametri di giudizio, dagli stessi intermediari finanziari interessati ad operazioni di PF.

Senza volere approfondire in questa sede la tematica dell'accreditamento occorre ricordare che non sono stati ancora risolti alcuni nodi critici legati alle differenti capacità di risposta alle indicazioni normative, riscontrate a livello regionale e soprattutto alla possibilità concreta in futuro di trovarsi di fronte a differenti criteri di accreditamento e quindi di *rating* a livello regionale.

Una soluzione che potrebbe attenuare i differenziali presenti nel contesto italiano è costituita dal ricorso alle soluzioni adottate a livello internazionale nel *rating* di organizzazioni sanitarie, utilizzato a supporto delle emissioni obbligazionarie.

Nelle tabelle 3 e 4 si presentano, con riferimento al contesto statunitense le organizzazioni sanitarie, per cui sono previste modalità di *rating*, nonché i criteri e le metodologie utilizzate.

Tabella 3 - Fornitori di servizi sanitari (USA) sottoposti a *rating* S&P's

- ⇒ Singoli ospedali
- ⇒ Sistemi multiospedalieri
- ⇒ Ospedali universitari/ricerca
- ⇒ Sistemi di *managed care* (*Health Maintenance organizations*)
- ⇒ Centri residenziali per anziani e strutture di lungodegenza

Tabella 4 - Documentazione richiesta per procedura di *rating* di un ospedale o di un sistema multiospedaliero

- ⇒ Bilanci (CE, SP) certificati per i cinque anni precedenti
- ⇒ Bilancio provvisorio relativo all'anno in corso
- ⇒ Indicatori di utilizzazione dell'ospedale (cinque anni precedenti ed anno in corso)
- ⇒ Proiezioni sul mlx delle entrate (fondi assicurativi pubblici e privati, pagamenti diretti) sull'utilizzazione e sui bilanci fino all'anno di completamento del progetto di investimento
- ⇒ *Report* ufficiale contenente informazioni sul contesto socioeconomico di riferimento a livello locale, sull'assetto istituzionale, sul contesto competitivo, su quota di mercato relativa, sulla dotazione organica, sul *management* e sistemi amministrativi e gestionali, sugli introiti connessi a rimborsi assicurativi
- ⇒ Documentazione relativa ad operazioni di *leasing*, a eventuali precedenti emissioni obbligazionarie, ad operazioni di indebitamento a medio lungo termine
- ⇒ Prospetto fonti ed impieghi
- ⇒ Profilo sul servizio del debito
- ⇒ Bilanci consolidati e certificati di gruppo nel caso di sistemi multiospedalieri

La semplice elencazione della documentazione richiesta, lista in cui giocano un ruolo centrale i documenti di bilancio, consente di prevedere fin da subito che numerosi (e soprattutto complicati) saranno gli interventi che dovranno essere previsti per mettere in grado le aziende sanitarie pubbliche, potenziali destinatari dell'offerta di prodotti finanziari, pubblici, di soddisfare le esigenze informative e conoscitive degli investitori istituzionali. Agli sforzi dei clienti pubblici, impegnati in questa fase nella definitiva messa a regime dei sistemi di contabilità economica (da cui discenderanno bilanci certificati, bilanci consolidati, prospetti fonti impieghi, proiezioni di *cash flow* e così via) si accompagneranno gli interventi degli intermediari finanziari, anche attraverso il ricorso ad agenzie e società di consulenza esterne, finalizzati a sviluppare una capacità di lettura ed interpretazione delle informazioni raccolte.

(1) Per una bibliografia ragionata sulla esperienza dei BOC si veda Boccia (1995).

(2) Sulle esperienze di emissioni obbligatorie nel settore sanitario si veda cap. 9 «Hospital Bonds» in R.B. Lamb, S.P. Rappaport (1987).

(3) Va ricordato che la Regione Emilia-Romagna aveva promulgato una specifica legge regionale che prevedeva la possibilità di anticipazioni regionali non onerose, a carico del bilancio regionale, alle USL che decidevano di avviare operazioni di smobilizzo programmato del patrimonio per finanziare i propri investimenti.

(4) Si veda CeRGAS, «Domanda pubblica di tecnologie sanitarie. Sviluppo e riqualificazione» § 1.5 «Quali indicazioni strategiche per il biennio 86-87 per la tecnologia sanitaria»,

Ricerca svolta per conto di ASSOBIOMEDICA ed ANIE.

(5) Si veda OECD HEALTH DATA (1997), «A software for the comparative analysis of 29 health systems», CREDES OECD.

(6) Si veda «Tecnologie in corsia: lo stress dell'età», Il Sole 24 Ore, 1° giugno 1998.

(7) Questa soluzione è in corso di realizzazione presso una IPAB che ha proceduto ad una ristrutturazione straordinaria di una casa di ricovero direttamente gestita che consente di introitare fondi da Convenzioni con Enti locali, USL e Regione e ha realizzato una residenza per anziani autosufficienti, direttamente paganti, che genera flussi di cassa che alimentano l'attività caratteristica della IPAB stessa (casa di riposo, strutture protette).

(8) Le HLM francesi hanno costituito una società specializzata CREPA Habitat a cui è stata assegnata la funzione di elaborazione per le HLM clienti del piano di sviluppo strategico del patrimonio.

(9) Gli artt. 22 e 23 della legge 142 di riforma delle autonomie locali riconoscevano come formula la società per azioni a prevalente capitale pubblico, escludendo quindi altre fattispecie come la srl e soprattutto la partecipazione maggioritaria del socio o dei soci privati; i tre decreti-legge succedutisi a partire dal 1994 prevedono la diretta partecipazione di minoranza del socio pubblico.

(10) Nel settore sanitario particolarmente durante la prima metà degli anni 80 sono state sviluppate ed adottate diverse tipologie di *leasing* quali ad esempio *leasing* finanziario con indicizzazione tecnologica o *leasing* addosso tra imprese produttrici di tecnologia, società di *leasing* ed USL. Per una rassegna delle diverse formule e soprattutto dei punti di forza e di debolezza delle diverse tipologie di *leasing* si veda Meneguzzo (1987).

BIBLIOGRAFIA

AGENZIA SANITARIA ITALIANA (1998), *Tesoro, buco di oltre 8000 miliardi, la sanità smemorate*, n. 15, aprile.

AGENZIA SANITARIA ITALIANA (1998), *Cala il deficit, ma potrebbero mancare ancora al-*

meno 3000 miliardi. Previsioni sulla spesa sanitaria 1998, n. 17, aprile.

AMATUCCI F. (1997), *Il project finance nel settore ospedaliero: l'esperienza della Gran Bretagna e possibilità applicative in Italia*, Mecosan, n. 22, aprile-giugno.

BOCCIA F. (1995), *I buoni obbligazionari comunali*, Ed. Il Sole 24 Ore, Milano.

DE SURY P., MISCALI M. (1995), *Il project finance principi guida per la realizzazione di opere pubbliche*, EGEA, Milano.

CAMPARI M. (1998), *Project financing l'esperienza inglese*, Tendenze nuove gennaio-marzo 1998.

HM TREASURY (1995), *Private opportunity public benefit. Progressing the private finance initiative*, HMSO, Londra.

IMPERATORI G. (1995), *Il project financing: una tecnica, una cultura, una politica*, Ed. il Sole 24 Ore, Milano.

LAMB R.B., RAPPAPORT S.P. (1987), *Municipal bonds*, Mc Graw Hill, New York.

LONGO F. (1997), *L'area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta dei servizi a pagamento e della libera professione*, Ed. il Sole 24 Ore, Milano.

MENEGUZZO M. (1987), *Il mercato del leasing sanitario pubblico*, Rivista italiana del leasing, n. 1.

MENEGUZZO M. (1988) *Note di lavoro sulle modalità alternative di finanziamento dell'ospedale di Modena*, CeRGAS Università Bocconi, Milano.

MICOSSI P. (1998), *Un modello italiano di project financing*, Tendenze nuove, gennaio-marzo 1998.

NATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH AUTHORITIES & TRUSTS (1995), *Trusts encouraged to take the initiative with private finance*, november 1995.

PRINCE R.T. AND RAMANAN R. (1994), *Bond ratings, debt insurance and hospital operating performance*, Topics Health Care Financing, 21:1 Fall.

TERNAU W (A CURA DI) (1996), *Project financing: aspetti economici, giuridici, finanziari, fiscali e contrattuali*, FrancoAngeli, Milano.

SVILUPPARE LA CAPACITÀ DI APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE SANITARIE

Angelo Tanese

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

SOMMARIO: 1. Perché parlare di apprendimento organizzativo per le aziende sanitarie - 2. Le aziende sanitarie, queste sconosciute ... - 3. L'apprendimento organizzativo come capacità collettiva - 4. Riflessioni intorno ad una strategia per l'apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie - 5. Conclusioni.

Reform of the Italian healthcare system in 1992 instituted local health authorities and hospital trusts and assigned a new important role to the strategic and organisational sides of the modernisation process. Four years after their inception in 1995, these authorities seem to be involved in not easily manageable changes, having uncertain and often contradictory issues. This paper intends to give some reflections about the meaning, nature and the way of the organisational learning as a new collective capability and knowledge production. In the local health authorities, the lack of organisational knowledge and the poor practice of change, even bounded by prescriptive and deterministic rationality, made the learning process extremely weak. However, from an internal perspective, we can find an unprecedented engagement of people and energies in changing, that creates both expectations and uncertainty about the future. Healthcare authorities are changing, but a lot of their efforts are not oriented to a reliable and action-based strategy. Moreover, theoretical approaches that underline the «bureaucratic vicious circles», as well some normative «rules of good change» become useless. If we aim at helping healthcare authorities, we need to understand their organisational system before suggesting solutions; thus we need to produce from their experience and from their organisational action a useful knowledge about the specific collective capability of learning. Only this knowledge can supply a successful strategy for change.

1. Perché parlare di apprendimento organizzativo per le aziende sanitarie (1)

Il tema dell'apprendimento organizzativo è oggetto di interesse e di una fiorente letteratura già da alcuni decenni, all'interno della teoria organizzativa e manageriale. La consapevolezza che in ambienti molto dinamici e turbolenti ogni organizzazione (sia essa un'impresa, una pubblica amministrazione o addirittura un'intera regione o uno Stato nazionale) debba costantemente reagire o anticipare continue spinte al cambiamento, contrastare minacce, sfruttare opportunità, per non correre il rischio di soccombere ad una competizione sempre maggiore, è ormai consolidata dall'esperienza.

Il futuro è pieno di incertezze, la pianificazione a lungo termine cede il passo a strategie volte a gestire al meglio, nel presente, le relazioni di scambio con l'ambiente; la «ricerca dell'eccellenza» passa attraverso l'instabilità, l'innovazione permanente, la messa in discussione continua delle routine e delle soluzioni sperimentate in passato.

Il futuro non è prevedibile, tuttavia è possibile anticiparlo, costruirlo lavorando sulle capacità degli uomini e delle organizzazioni a fronteggiare l'incertezza. Per decifrare il futuro, insomma, occorre elaborare schemi nuovi per interpretare il presente, per muoversi in una realtà che appare sempre più complessa. Come ben sanno le organizzazioni di successo, quelle che hanno saputo costruire questo

impegno collettivo, il futuro è ora, e il cambiamento è ormai una dimensione strutturale del loro divenire piuttosto che, come si è creduto per molto tempo, un accidente, un fenomeno occasionale, l'eccezione.

In questo contesto, le domande classiche, quelle che per lungo tempo hanno caratterizzato gli studi e il lavoro di progettazione organizzativa, vale a dire: qual è il modello organizzativo più adatto ad un determinato ciclo produttivo? qual è il modello organizzativo più adeguato ad una determinata strategia, ad un determinato ambiente? sono state progressivamente soppiantate da altri quesiti, più urgenti e pertinenti: in che modo le organizzazioni sono in grado di apprendere, cioè di cambiare se stesse e il loro modo di interagire con il proprio am-

biente? in che modo possono orientare, guidare il proprio apprendimento verso i fini desiderabili?

E, in ultima analisi: in che modo sviluppare tale capacità di apprendimento, come «apprendere ad apprendere»?

A conferma di questa evoluzione del pensiero organizzativo, è sufficiente constatare come l'attenzione degli studiosi e degli esperti di organizzazione sempre più muova dalle strutture ai processi, dalle forme organizzative ai sistemi di relazione, dalle componenti *hard* a quelle *soft* del sistema (2). Se la ricerca dell'eccellenza si fonda sempre più su competenze e capacità di tipo immateriale (Peters e Watermann, 1982), il problema organizzativo diventa essenzialmente come sviluppare tali capacità. Ed è un problema che chiama in causa al tempo stesso una riformulazione della teoria manageriale e un affinamento della pratica, e soprattutto un loro progressivo avvicinamento (Denton, 1998).

Tutta la letteratura sulla *learning organization*, sviluppatasi nel corso degli anni '80 e '90, pone il problema dell'«intelligenza» delle organizzazioni, della loro capacità di leggere e interpretare il flusso dell'esperienza per attivare costantemente nuovi schemi cognitivi, nuovi sistemi collettivi di pensiero e azione (e di pensiero-in-azione) (3).

Ed è proprio l'aderenza dell'organizzazione alla propria esperienza, lo sviluppo di una conoscenza concreta sulla propria azione (l'organizzazione che si osserva) e continuamente alimentata dalla propria azione (la *knowledge in action* su cui si basa la teoria del *learning by doing*) a garantire lo sviluppo di questa «intelligenza» organizzativa, a creare in ultima analisi le condizioni per l'apprendimento (Schön, 1983; Lanzara, 1993).

Se questo è il contesto in cui sono collocate le imprese che operano sul mercato, verso le quali si è principalmente orientata la teoria del *learning*, per la Pubblica Amministrazione il tema del cambiamento organizzativo è ormai divenuto altrettanto cruciale (Rebora, 1988). Ancor più anacronistica appare infatti nel settore pubblico la persistenza di una cultura rigidamente formale, burocratica, autoreferenziale, a fronte delle mutate esigenze dei cittadini, in termini di offerta e qualità dei servizi, e degli stessi sistemi amministrativi, volti al recupero di efficienza, alla razionalizzazione delle strutture, ad una maggiore competitività con altri potenziali concorrenti pubblici o privati.

Benché se ne parli e si invochi a gran voce, tale cambiamento appare al tempo stesso «necessario e impossibile», per sottolineare, con una felice espressione di Michel Crozier (Crozier, 1979), un paradosso di difficile soluzione: da un lato la necessità di cambiare per evitare il blocco, la crisi del sistema, dall'altro l'incapacità di farlo, di trovare la direzione giusta, il sentiero efficace.

Nel sistema sanitario italiano, che qui ci interessa analizzare, il problema è di straordinaria attualità; con la riforma del 1992 si è cercato di imporre uno slancio nuovo al cambiamento, di cui solo ora, a circa quattro anni dalla costituzione delle aziende sanitarie, si può cominciare a operare un primo bilancio.

Dal nostro punto di vista, la cosiddetta «aziendalizzazione» del sistema ha avuto un grande merito, quello di assegnare un ruolo di primaria importanza al livello locale. Già la L. 833/78 aveva individuato nelle USL le unità elementari del sistema, quelle a diretto contatto con il cittadino e quindi centrali nell'erogazione dei servizi socio-sanitari; ma si trattava di una centralità puramente operativa, senza alcuna im-

plicazione strategico-organizzativa. Nella visione d'insieme sottesa alla riforma del 1978, il funzionamento delle USL era inscindibile dall'architettura istituzionale complessiva: il SSN (il «grande fratello») avrebbe funzionato attraverso un meccanismo «a cascata» di definizione di obiettivi e assegnazione di risorse, dal fondo ministeriale, alle politiche regionali, ai servizi erogati negli ospedali e sul territorio. La priorità della riforma era istituire il sistema, costruire un unico referenziale che risolvesse la frammentazione e la disomogeneità dell'offerta; una riforma «strutturale», insomma, che affidava il proprio successo alla validità intrinseca del sistema, del suo assetto istituzionale. Il problema, dunque, diventava unicamente quello di attribuire funzioni e competenze (al Ministero, agli Assessorati regionali, agli organi di gestione delle USL), di definire modelli organizzativi validi e omogenei, di stabilire criteri oggettivi di ripartizione del fondo sanitario.

L'istituzione delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere, con l'assegnazione alle Regioni di un ruolo di capogruppo, sposta verso il basso i meccanismi di responsabilizzazione e di programmazione nell'uso delle risorse, come è stato ampiamente sottolineato in varie sedi (4). Ma da un punto di vista organizzativo, che qui ci interessa, questo spostamento ha un ulteriore significato, affatto rilevante: il «focus» della riforma passa dalla dimensione istituzionale a quella del governo delle singole aziende e del sistema di aziende. Benché tale passaggio non sia stato esplicitato né forse deliberatamente ricercato dal legislatore, esso è un dato di fatto, la conseguenza implicita del concetto di autonomia delle aziende. È questo un elemento di profonda rilevanza, ai fini della modernizzazione del nostro sistema sani-

tario, che merita di essere analizzato a fondo (figura 1).

Attribuendo autonomia strategica, patrimoniale e organizzativa alle aziende sanitarie, si è di fatto riconosciuto il primato della dimensione aziendale, la crucialità, per il buon funzionamento del sistema sanitario, delle scelte operate a livello locale nel governo delle risorse, nella gestione dei processi produttivi e erogativi. In quest'ottica, il perseguimento dei fini istituzionali non discende più in modo automatico dalla bontà e dagli equilibri dell'assetto complessivo del SSN, ma principalmente dalle scelte operate nelle singole realtà locali da vertici direttamente responsabilizzati sui risultati raggiunti.

A ben guardare, già le ex USL potevano di fatto definire in modo parzialmente autonomo il proprio modello di assistenza. Non si spiegherebbe in altro modo, se non riconducendolo alle specifiche realtà territoriali e alle relazioni costruite localmente dagli attori, il *gap* che esisteva tra USL di regioni o province differenti (all'interno della stessa regione) in termini di qualità e efficienza dei servizi erogati (5). L'autonomia del costruito organizzativo, dei sistemi di relazione a livello locale, era già evidente; mancava il riconoscimento giuridico e istituzionale di tale autonomia, l'acquisizione normativa di processi reali già attivi.

Con la riforma del 1992 il sistema si è, per così dire, «tolto la maschera»; ha riconosciuto l'ipocrisia di un modello che pretende di omogeneizzare dal centro gli *standard* assistenziali e le *performance* dei servizi sanitari, senza peraltro possederne gli strumenti; è il mito della pianificazione e del controllo che si scontra con la realtà, dove non contano le prescrizioni formali ma soprattutto le capacità degli uomini di costruire sistemi di cooperazione e di negoziazione.

Istituendo le aziende, insomma, si accetta la diversità, si legittima (e si stimola) l'imprenditorialità degli attori locali, si riconosce l'importanza delle scelte strategico-organizzative che strutturano nelle specifiche realtà il mutuo scambio tra USL e ambiente.

Questo è dunque il motivo per cui ha senso oggi parlare di apprendimento organizzativo con riguardo alle aziende sanitarie. È in atto un movimento irreversibile che spinge ogni azienda a darsi un'identità, a valorizzare la propria specificità e il proprio ruolo nel territorio di competenza, mettendo in atto processi di trasformazione interna e di apertura/adattamento al proprio ambiente.

Per quanto riguarda i Direttori generali, il loro impegno in questi primi anni appare principalmente finalizzato a «fare l'azienda», al darle cioè un volto, dei confini organizzativi più precisi, delle regole che possano orientare l'insieme verso obiettivi comuni. E questo appare tanto più difficile quanto più l'azienda è nata dall'accorpamento di USL diverse, con proprie tradizioni, culture, propri assetti strutturali, ruoli e professionalità sedimentati.

Gli operatori, dal canto loro, sentono che questa continua trasformazione prima a poi coinvolgerà il loro lavoro, la loro vita professionale, e si preparano a difendersi o a sfruttarne le opportunità (a seconda dei casi), ma non

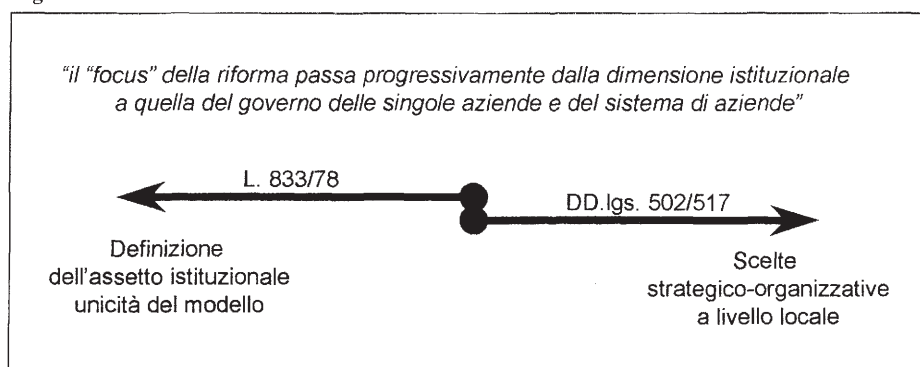
possono più ignorarla. Se l'incertezza per il futuro cresce, occorrerà trovare delle chiavi di lettura, dei modi, delle soluzioni concrete per affrontarla e gestirla al meglio.

Gli altri referenti locali, istituzionali e non, dagli enti locali ai sindacati, dalle imprese fornitrici alle cliniche e case di cura private, sono anch'essi chiamati a ridefinire il loro ruolo e i propri rapporti con l'azienda sanitaria; dinanzi alle scelte che questa farà per darsi la sua identità, per porsi nel contesto locale come soggetto autonomo, forte, unitario, essi potranno vedere modificato il loro «potere» contrattuale, dovranno sviluppare nuove competenze per interagire con questo nuovo soggetto. Forse loro stessi dovranno ridefinire o andare in cerca della loro identità, innescare dei processi di apprendimento...

Questo dunque il quadro: sistemi di relazioni, all'interno e all'esterno delle aziende sanitarie, che evolvono in modo irreversibile, senza grandi certezze sul futuro se non l'unica, quella che difficilmente tutto resterà come prima. E in tale contesto il mandato, attualmente assegnato in modo esplicito alle Direzioni generali, è quello di governare tale complessità dandole uno scopo, una direzione, una forma.

Dopo quattro anni di vita delle aziende sanitarie, la domanda di fondo che occorre porsi è ancora la seguente: in che modo l'organizzazione «azien-

Figura 1



da sanitaria» sarà capace di apprendere, cioè di diventare qualcosa di diverso da quel che è stata, da quel che è?

Chi, e soprattutto in che modo, dovrà garantire che questo passaggio avvenga in modo efficace, reale, duraturo, che il cambiamento non si limiti a una mera produzione di atti formali, a slogan e dichiarazioni di intenti che tuttavia non modificano i comportamenti consolidati?

Le vie di un cambiamento organizzativo efficace nelle aziende sanitarie non sono ancora chiare; le modalità attraverso le quali gestirlo e trasformarlo in processi reali di apprendimento non sono state sufficientemente esplorate e problematizzate. Dal nostro punto di vista, invece, la capacità di attivare processi di apprendimento al proprio interno e di valutarne nel tempo l'esito e l'impatto è il vero problema delle aziende sanitarie nei prossimi anni. Problema che chiama in causa, peraltro, tutti i livelli del SSN, dal Ministero della sanità agli Assessorati regionali, i quali possono svolgere un ruolo importante nel destinare risorse e investimenti al riguardo, nonché le Università e i centri di ricerca che devono farsi portatori di nuove idee, nuovi strumenti di produzione e elaborazione di conoscenze.

2. Le aziende sanitarie, queste sconosciute ...

2.1. Andare oltre il «dover essere»

Ripartiamo dalla domanda che ci siamo posti: in che modo un'azienda sanitaria riesce ad apprendere?

Ora, questa domanda, pur nella sua essenzialità, cela due grossi impliciti, tutt'altro che scontati e che occorre prendere in esame.

1) Siamo proprio sicuri che quando parliamo di apprendimento organizzativo rispetto ad un'azienda sanitaria stiamo parlando di apprendimento di

«un'organizzazione»? In altri termini, possiamo considerare l'azienda sanitaria un'organizzazione? Cos'è che attribuisce unicità ad un sistema spesso ad alta frammentazione, costituito da parti non interagenti tra loro, spinte centrifughe, scarsa comunicazione? E in ultima analisi, cos'è un'organizzazione?

2) Che cosa vuol dire far apprendere ciò che abbiamo chiamato organizzazione? Cosa differenzia, ad esempio, l'apprendimento organizzativo dall'apprendimento di un individuo? Le organizzazioni sono veramente capaci di apprendere?

Nel linguaggio corrente è normale sentire espressioni del tipo: le aziende sanitarie «devono imparare ad agire diversamente»; si afferma, ad esempio, che gli operatori e i servizi «devono» essere orientati al cittadino, che i dirigenti «devono» essere responsabilizzati sull'uso delle risorse, che la programmazione «deve» essere basata su una reale analisi dei bisogni, ecc...

Come questo «dover essere» si traduca in nuove capacità e culture organizzative è altro problema, di non facile soluzione. Anche ammesso, per ipotesi, che tutti coloro che lavorano in azienda siano d'accordo sulla necessità di tali cambiamenti e sull'utilizzo degli strumenti e delle tecniche più idonee a perseguirli, nulla ci garantisce che l'esito del loro «lavorare insieme» si tradurrà nei risultati attesi.

Prima di entrare nel merito di una definizione dell'apprendimento organizzativo e nell'analisi della sua natura come costruzione di una capacità collettiva, riteniamo necessario fare il punto sul modo in cui attualmente il problema viene affrontato con riguardo alle aziende sanitarie.

La nostra idea è che innanzi tutto ci sia un *deficit* di conoscenza e di ragionamento rispetto al problema dell'apprendimento organizzativo nelle

aziende sanitarie. E che la conseguenza più evidente di questo *deficit* sia una visione molto tecnocratica del ruolo delle Direzioni generali delle aziende, che ne impoverisce la funzione e le potenzialità.

2.2. Una visione tecnocratica e riduttiva del ruolo della Direzione generale

L'istituzione della figura del Direttore generale, con un forte mandato sull'organizzazione e sulla gestione delle aziende e un'ampia discrezionalità nelle scelte (caso anomalo e interessantissimo nel panorama della pubblica amministrazione italiana) (6), ha fatto emergere l'idea di un uomo che possiede la legittimazione, e quindi il potere, di cambiare il sistema. La portata innovativa di questa figura dirigenziale, in un contesto in cui normalmente le decisioni erano il frutto di negoziazioni e giochi — non sempre trasparenti — tra più attori (si pensi alla composizione dei Comitati di gestione delle USL e all'influenza dei partiti politici), le ha erroneamente attribuito l'immagine di «uomo della Provvidenza». Dopo i Commissari straordinari delle USL, che non hanno avuto il tempo di lasciare un segno e dare continuità al loro operato, i direttori generali delle neo-aziende sanitarie hanno rappresentato la speranza del cambiamento.

Quello che qui ci interessa considerare non è il fatto se le persone attualmente nominate a svolgere tale ruolo abbiano o no le capacità personali e la necessaria libertà di movimento (dai condizionamenti politici, per le risorse disponibili, ecc.); questo è un argomento che spesso viene addotto a pretesto delle difficoltà del cambiamento, sostenendo che non vengano nominate le «persone giuste» o che l'ingerenza dei partiti politici o di altre forze esterne nelle nomine renda «ricattabi-

li» i Direttori generali. Pur essendo rilevanti questi problemi di selezione e scelta dei Direttori generali, tuttavia non è questo ciò che ci interessa.

La nostra considerazione va oltre il problema personale. Quel che si contesta è la convinzione di fondo (implicita, ad esempio, proprio in coloro che reclamano come unica soluzione la nomina delle «persone giuste») che il Direttore generale possa essere l'artefice del cambiamento, il demiurgo che grazie alla sua legittimazione può rivoluzionare l'azienda sanitaria che dirige.

Questo modo di vedere comporta due semplificazioni. La prima è la falsa corrispondenza «legittimazione = potere»; l'esperienza mostra che il potere organizzativo dipende da una pluralità di risorse, a seconda dello specifico contesto, non riconducibili unicamente alla posizione ricoperta nell'organigramma aziendale. In altri termini, pur essendo la «persona giusta», il Direttore potrebbe non disporre delle informazioni o dei margini di azione sufficienti a imporre un cambiamento.

La seconda semplificazione risiede in una visione fortemente deterministica e esogena del cambiamento di un sistema organizzativo, in cui il singolo (in questo caso la Direzione generale) si contrappone ad esso ed è in grado di agire sul sistema per introdurre dei cambiamenti.

Questo approccio sottende una ben precisa idea di organizzazione, non molto lontana da una prospettiva ancora tayloristica, in quanto suppone che sia sufficiente riprogettare «scientificamente» le regole dell'organizzazione affinché quest'ultima modifichi il proprio funzionamento. La metafora è dunque ancora quella del meccanico che agisce su un motore regolandone diversamente gli ingranaggi e le sinergie.

Il nostro punto di vista è specularmente opposto a questo, in quanto so-

steniamo che la Direzione generale non sia parte esterna all'azienda e che quindi non possa agire sul sistema ma soltanto all'interno del sistema, e creare nel tempo le condizioni affinché il sistema cambi se stesso (figura 2).

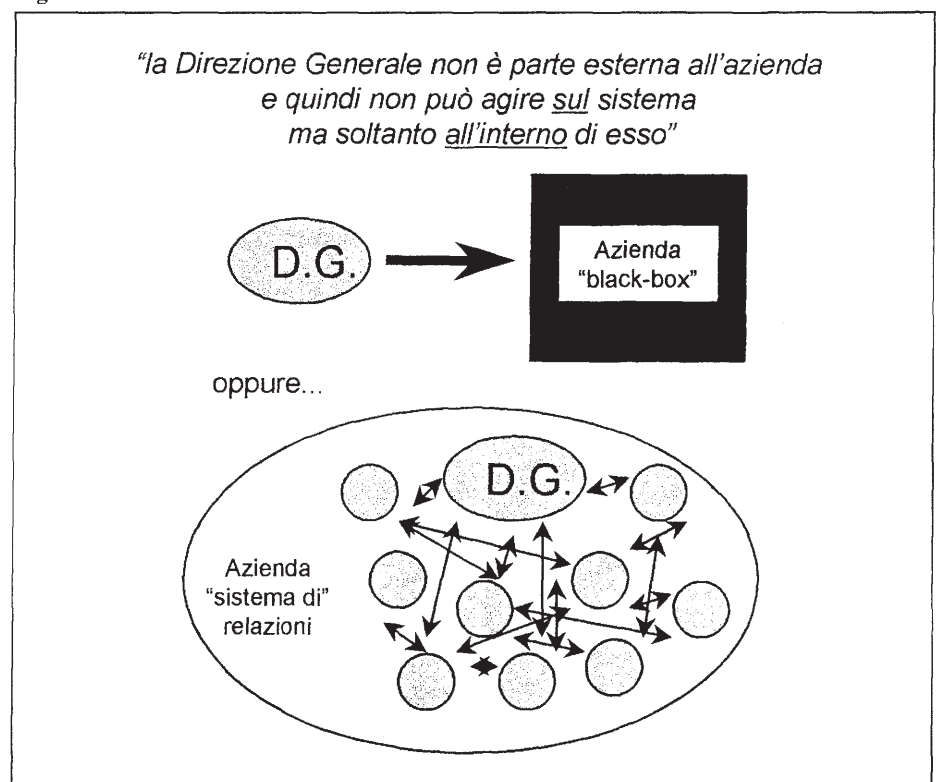
In questo secondo caso il «meccanico» non esiste, perché lui stesso è uno degli ingranaggi del motore, e tali ingranaggi si modificano costantemente e in modo imprevedibile, a seconda del tipo di relazioni che instaurano tra di loro. Fuor di metafora, in una visione dell'organizzazione come rete di relazioni che si autostrutturano e si autodeterminano, il Direttore generale non può far altro che cercare di costruire dall'interno delle nuove regolazioni, agire nel sistema. Egli non potrà imporre all'organizzazione nuove regole, ma solo far sì, sperimentandole, che l'organizzazione se ne appropri, che le metabolizzi all'interno del suo funzionamento. Nel tempo, que-

sto modo di agire potrà produrre nuove regolazioni del sistema, ma sempre in modo precario, costruito e contingente.

La capacità del Direttore generale di innescare processi di apprendimento organizzativo non consiste dunque nell'«organizzare qualcosa» in modo diverso, ma nell'inserirsi all'interno di un sistema e farlo evolvere, costruendo progressivamente in modo diverso le relazioni che lo caratterizzano.

Questa prima distinzione è di fondamentale importanza, perché ci deve portare a considerare l'apprendimento organizzativo non come un compito da portare a termine, la ricerca del migliore e più razionale modello di organizzazione aziendale, bensì come il risultato di un processo di costruzione di un nuovo gioco collettivo. Apprendere non può voler dire trovare la giusta soluzione e cercare di «farla passare» attraverso campagne formative e

Figura 2



di persuasione, sostituire con ogni mezzo il modello «vecchio» con il «nuovo», bensì, in modo più realista, inserirsi all'interno delle relazioni che gli uomini nel tempo e in quello specifico contesto hanno costruito lavorando insieme e scoprire, sperimentare e acquisire nuove modalità di cooperazione, nuove capacità collettive.

2.3. Un deficit di conoscenza e di ragionamento

Questo modo di procedere presuppone una conoscenza approfondita del funzionamento delle aziende sanitarie, di ciò che «pone problema» all'organizzazione e allo sviluppo di nuovi modelli. La nostra impressione, supportata dall'esperienza e dall'osservazione dei processi di cambiamento in atto nelle aziende sanitarie in questi anni, è che tale conoscenza sia carente, in quanto scarsamente prodotta e ancor meno utilizzata.

Il fatto che prevalga e sia ampiamente diffuso dentro e fuori le aziende sanitarie (tra gli operatori, negli assessorati regionali, nei partiti politici, nell'opinione pubblica, tra gli stessi direttori generali) un approccio al cambiamento come quello sopra analizzato, cioè dirigista e deterministico, è il segno di un ritardo concettuale e di una scarsa «pratica» del cambiamento, cosa che riduce fortemente l'impatto della riforma sanitaria.

Inoltre è il segno di una mancanza di consapevolezza da parte delle Regioni e di molti Direttori generali in merito al ruolo di questi ultimi; e questo non perché non vi siano Direttori dotati di grandi capacità (ed è lecito comunque chiedersi se, dati gli attuali meccanismi di selezione e nomina, tale eventualità non sia in buona parte casuale), bensì perché i Direttori generali sono costretti a inventare ogni volta il loro compito, ognuno a proprio modo. Una volta nominati, essi diven-

tano dei pionieri nella giungla, uomini costretti a dimostrare le loro capacità di trasformare le aziende «dandosi da fare».

Il rischio di un approccio così fortemente personalizzato e «artigianale» al cambiamento è di non riuscire a capitalizzare un sapere, un patrimonio condiviso di conoscenze e di competenze manageriali, se non in modo occasionale e indiretto, spontaneo e volontarista. Un approccio al cambiamento fortemente legato (e affidato) ai singoli non porta alla costituzione di una nuova classe dirigente, ma favorisce soltanto la nascita di figure isolate, di capitani più o meno coraggiosi.

Alla base di questo ritardo concettuale vi è, come abbiamo detto, un ritardo nella produzione di conoscenza sulle aziende sanitarie. Ma di quale conoscenza parliamo?

Ad un primo livello, si tratta di osservare e misurare in qualche modo le *performance* del sistema, ciò che esso produce. Ad esempio, chi valuta e attraverso quali strumenti l'operato dei Direttori generali? Chi osserva il cambiamento in corso? Come si misura il «grado di aziendalizzazione» delle strutture?

Al riguardo sono molto interessanti le riflessioni di Elio Borgonovi sulla necessità di valutare il cambiamento (Borgonovi, 1997), di superare la fiducia illuministica nelle leggi o visioni ideologiche e tecnocratiche del cambiamento, andando invece a rilevare in modo più scientifico e sistematico gli effetti reali del cambiamento, gli esiti concreti della riforma. In particolare, egli propone di produrre informazioni sui processi di scorporo degli ospedali o di accorpamento delle USL, sulle nomine e sostituzioni dei Direttori generali (e in particolari sulle motivazioni esplicitate delle decisioni), le dinamiche dei ricoveri a seguito dell'introduzione dei DRG, il grado di

diffusione nelle aziende di sistemi di gestione.

Questo tipo di conoscenza sarebbe già una base informativa di assoluto rilievo per cominciare a guardare al cambiamento in modo più concreto e produttivo e orientare in modo più corretto l'operato degli Assessorati regionali e delle aziende sanitarie.

Esiste poi un ulteriore livello di analisi e di conoscenza che può condurci ancora più in profondità nella valutazione del cambiamento, ed è una conoscenza che non si limita a misurare gli effetti del sistema, i suoi *outcome*, ma risale alle dinamiche e a quei processi reali che li hanno generati. Misurare i risultati è sicuramente un dato necessario, ma può non essere sufficiente per capire cos'è avvenuto all'interno delle aziende o del sistema sanitario perché venissero prodotti quei risultati e non altri.

In concreto, chi è in grado di ricostruire, al di là dei documenti formali prodotti, quel che realmente avviene all'interno delle aziende? Quali sono le modalità di cooperazione (o di non cooperazione) che gli individui hanno costruito? Chi ha il potere di bloccare il sistema o di farlo evolvere, e per quali motivi? In che modo avviene la «traslazione» (Gherardi, 1998) all'interno delle aziende sanitarie degli strumenti di gestione e delle nuove logiche manageriali?

Questa mancanza di conoscenza produce degli stereotipi (il più classico è «il dipendente pubblico è resistente al cambiamento») e non consente di andare a vedere realmente le potenzialità, quegli spazi reali di innovazione e di cambiamento che ogni organizzazione invece possiede.

L'azienda rimane una scatola nera, inesplorata. Al Direttore generale il compito di generare, nei modi che vorrà, nuovi *output* da quella scatola. Se questo non avverrà si potrà rimuovere quel direttore, ma nessuno andrà

a vedere cosa si è prodotto all'interno del *black box*. Così si perpetua la logica del «capro espiatorio» o dell'«uomo della Provvidenza» (a seconda dell'esito), perdendo l'opportunità di valorizzare le capacità collettive presenti all'interno delle aziende e di produrre una conoscenza utile per l'azione.

In conclusione: le aziende sanitarie cambiano, evolvono di continuo; sulla spinta della riforma si generano delle trasformazioni, ma in un modo ancora rudimentale e spontaneo.

Occorre superare il *gap* di conoscenza sulle aziende e l'incapacità del sistema di riflettere su se stesso per capitalizzare i successi dell'esperienza e favorire reali e duraturi processi di apprendimento (figura 3).

3. L'apprendimento organizzativo come capacità collettiva

3.1. Ogni organizzazione tende a riprodurre se stessa

Dare una definizione di apprendimento organizzativo significa esplicitare una propria visione dell'organizzazione. Come è ampiamente sottolineato in letteratura (Morgan, 1986), possiamo guardare all'organizzazione da punti di vista differenti, adottando «metafore» che mettano in risalto aspetti diversi del fenomeno organizzativo.

Nel paragrafo precedente abbiamo visto come due visioni diverse del ruolo del direttore generale nell'attivare processi di cambiamento nelle aziende sanitarie sottendano due diverse concezioni dell'organizzazione e, quindi, delle modalità attraverso le quali essa apprende.

La metafora dell'organizzazione come insieme di ingranaggi da regolare viene considerata ormai superata, retaggio di un modello produttivo (la catena di montaggio) di chapliniana

memoria. Tuttavia, nell'immaginario dei dirigenti pubblici e dietro molte leggi o atti di riforma della Pubblica amministrazione si cela ancora una fiducia rassicurante nelle regole, nella possibilità di prevedere (e quindi prescrivere) i comportamenti razionali degli individui nel loro posto di lavoro. La sensazione di *caos* o di ingovernabilità spesso diffusa in molte aziende sanitarie porta a invocare regole chiare e uomini forti piuttosto che una maggiore conoscenza dei problemi. La ricerca della *one best way* è sempre dietro l'angolo.

Se da un punto di vista concettuale non c'è più nessuno che ritenga ancora attuabile un modello burocratico di azienda, che auspichi il ritorno ad una divisione del lavoro parcellizzata e standardizzata, tuttavia, nel momento in cui gli individui si trovano a «lavorare insieme» alla costruzione di qualcosa di diverso, non è detto che per strane dinamiche interne non riproducano esattamente il modello che si propongono di superare.

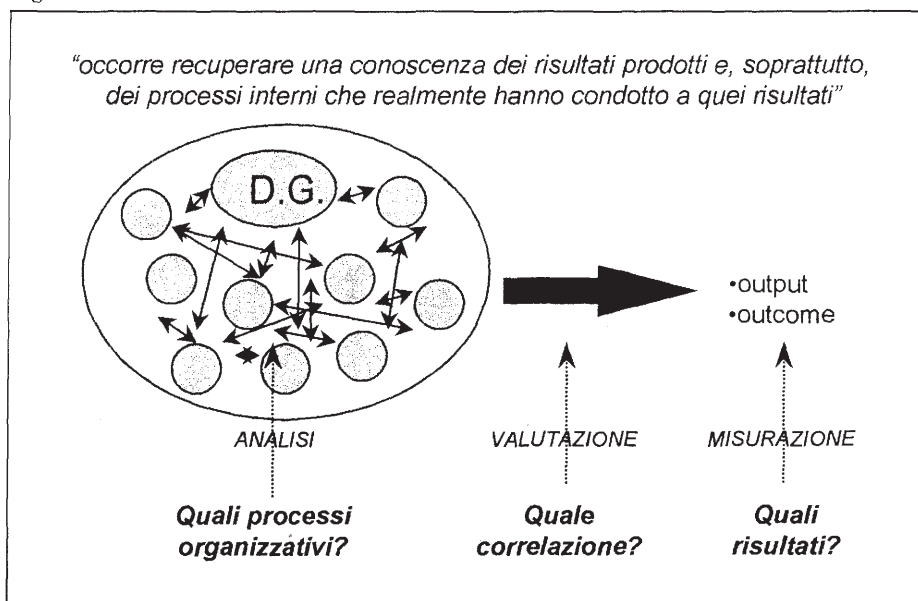
Chiariamo questo concetto. Perché è così difficile per le aziende sanitarie liberarsi dalla continua minaccia di

una «deriva burocratica» del cambiamento?

Da un punto di vista generale, il problema è che gli uomini, lavorando insieme, costruiscono e sperimentano una loro modalità di cooperazione, adottano e consolidano nel tempo una loro logica di azione organizzata. Al di là delle teorie e di astratte tipologie (l'organizzazione burocratica, professionale, innovativa, ecc.), in realtà ogni organizzazione «pratica» la propria teoria. Cioè, se da un punto di vista intellettuale possiamo ipotizzare molteplici «teorie» dell'organizzazione, per ogni organizzazione reale l'unica teoria vera è quella da essa effettivamente praticata. In altri termini, il modo specifico e contingente che un'organizzazione ha (e ha costruito) di integrare e differenziare le proprie attività, di osservarsi, di conoscersi e di cambiare coincide con la propria «teoria» dell'organizzazione. Questa non è altro che la teoria utilizzata, quella realmente praticata.

Questo fa sì che gli individui possano, presi isolatamente, convenire sulla necessità della loro organizzazione di apprendere a funzionare in modo di-

Figura 3



verso; tuttavia nel suo divenire quella organizzazione può funzionare solo nel modo che conosce, «praticare» la teoria che ha costruito. E se quella teoria, come nel caso delle organizzazioni di tipo burocratico, è particolarmente chiusa e restia a trasformarsi, è molto facile che le spinte al cambiamento provenienti dall'esterno vengano «metabolizzate» nel funzionamento normale, e paradossalmente così facendo lo rafforzano (Crozier, 1964).

Se dunque concettualmente il taylorismo è «morto», come si dice ormai da oltre un ventennio e il modello burocratico weberiano è superato, come si insegna in tutti i corsi di *management* pubblico, quante organizzazioni pubbliche, quante aziende sanitarie sperimentano ancora nel linguaggio, nelle idee condivise, nelle routine comportamentali e cognitive, una teoria rigidamente razionalista e meccanicistica (7)? La nostra risposta è molte, troppe. E quante invece sono consapevoli dell'importanza di osservarsi, di capire i propri meccanismi cognitivi, la propria cultura, di ricostruire la natura delle reali relazioni esistenti tra le varie componenti della propria struttura, di leggere la propria storia e i propri processi di sviluppo, di apprendere dai propri errori e dalla conoscenza di sé? La nostra risposta è poche, troppo poche.

Nessuna organizzazione, in realtà, può generare automaticamente delle logiche d'azione in contraddizione con quelle da essa praticate in passato, a meno che queste ultime non entrino in crisi per altri motivi, come vedremo.

Per questo sosteniamo che dietro le generiche e diffuse dichiarazioni di «dover cambiare» manchi spesso la consapevolezza del significato di tale cambiamento, del processo di acquisizione di capacità collettive che esso richiede, dell'utilizzo pratico di una

nuova teoria dell'organizzazione di cui necessita.

3.2. *La costruzione dell'organizzazione e la natura dell'apprendimento organizzativo*

Un'organizzazione può essere vista come un insieme di relazioni tra elementi (individui, gruppi, strutture, tecnologie, informazioni) posti in relazione di interdipendenza, in modo ripetuto nel tempo. Da questa generica definizione ne discende innanzi tutto che un'organizzazione non è un insieme di individui o di elementi, bensì un insieme di relazioni tra questi. L'esistenza di tali relazioni, ripetute nel tempo, fa sì che il risultato, l'esito, l'*outcome* del sistema non sia riconducibile a una singola parte di esso, ma appunto al sistema nella sua interezza.

Nessuna organizzazione può produrre risultati senza gli individui che ne fanno parte; ma al tempo stesso in nessuna organizzazione il risultato è riconducibile all'azione di uno solo o alla somma delle azioni individuali, perché deriva dalla loro cooperazione. La qualità del risultato dipenderà dalla qualità della cooperazione che essi riescono a realizzare.

Questo insieme di relazioni ripetute costruisce delle proprie regole di funzionamento, sperimenta (in modo più o meno consapevole) e struttura quella che abbiamo definito una specifica e contingente teoria organizzativa.

Ogni azienda sanitaria, dunque (per tornare al tipo di organizzazione che qui ci interessa) assume oggi quelle determinate caratteristiche — in termini di efficienza, efficacia, qualità dei processi produttivi, circolazione delle informazioni, capacità di apprendimento — che nel tempo gli individui che ne hanno fatto e ne fanno attualmente parte sono stati capaci di creare. Le aziende, insomma, sono quel che divengono, sono il risultato

della loro storia, di ciò che gli individui hanno saputo costruire attraverso la loro cooperazione nel quotidiano. Da un altro punto di vista, possiamo dire che il futuro di un'azienda è racchiuso, in potenza, in ciò che essa riesce ad esprimere nel presente.

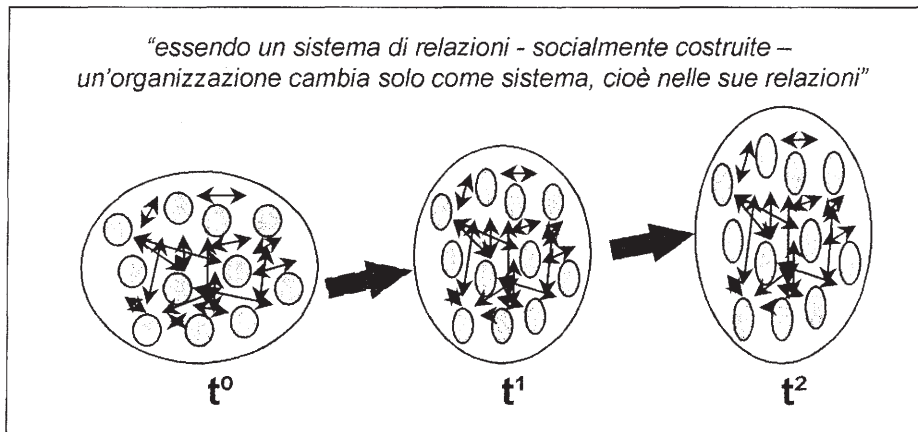
Se questa è dunque la natura del fenomeno organizzativo, l'apprendimento organizzativo avviene in modo strutturalmente diverso da quello individuale.

In quanto apprendimento «collettivo», di un'entità artificiale, risultato di scambi, negoziazioni, compromessi, sinergie che si sono strutturati nel tempo, non può essere assimilato all'apprendimento da parte di un unico soggetto, dotato di un'unica volontà e di obiettivi definiti. Essendo un sistema di relazioni — socialmente costruite — un'organizzazione cambia solo come sistema, cioè nelle sue relazioni (Crozier e Friedberg, 1977).

Coerentemente con questa impostazione, e contrariamente a quanto sostenuto da alcuni, non possiamo affermare che «un'organizzazione apprende qualcosa se una qualsiasi delle sue unità apprende quel qualcosa» (Huber, 1991). Sarebbe come negare il valore aggiunto dell'azione collettiva, vedere l'organizzazione come una giustapposizione di individui o di parti separate, e non piuttosto come una rete di relazioni interdipendenti, in cui i soggetti influenzano reciprocamente il proprio comportamento (figura 4).

Quindi, un'organizzazione apprende quando si modifica il sistema di relazioni che la struttura; quando, cioè, gli individui che la compongono «ristrutturano» in modo diverso la loro interdipendenza, con nuovi schemi d'azione condivisi, nuove modalità d'azione e di soluzione dei problemi (di integrazione interna o di adattamento esterno), nuovi significati e linguaggi, nuove conoscenze.

Figura 4



Per chiarire il significato dell'apprendimento organizzativo, Argyris e Schön, in un testo divenuto un classico degli studi organizzativi, distinguono tra apprendimento in *single-loop* e apprendimento in *double-loop* (8).

L'apprendimento in *single-loop* si verifica quando l'organizzazione modifica le proprie strategie o trova soluzioni innovative a problemi, senza tuttavia rimettere in discussione il proprio sistema di valori, le proprie norme di fondo, quello che i due autori chiamano la «teoria dell'azione». Ad esempio, per un'azienda sanitaria, un apprendimento *single-loop* può consistere nell'elaborare soluzioni per ridurre la degenza media dei ricoveri ospedalieri, razionalizzare dei costi sulla base dei dati forniti dal controllo di gestione, migliorare la qualità dell'assistenza alberghiera in base a strumenti di valutazione della qualità percepita, ecc.

È il classico meccanismo di aggiustamento per prova ed errore: all'interno del modello di funzionamento consolidato si migliorano le *performance* aziendali (in termini di efficienza, efficacia, qualità) senza rimettere in discussione il modello stesso. Argyris e Schön chiamano questo tipo di apprendimento anche strumentale, perché volto a migliorare la capacità dell'organizzazione nel raggiun-

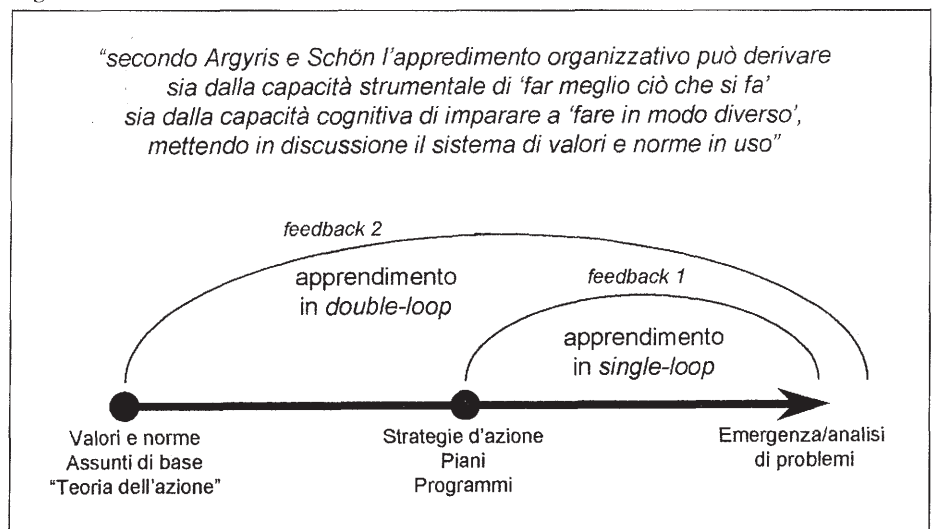
gere i propri scopi. L'organizzazione impara a fare meglio ciò che già sa fare.

L'apprendimento in *double-loop* si verifica invece quando esso dà luogo ad un mutamento non solo delle strategie e dei comportamenti organizzativi, ma del sistema di valori su cui il modello poggia. Gli individui capiscono che il cambiamento obbliga a rimettere in discussione alcuni postulati dell'organizzazione, che vi è incompatibilità tra lo sviluppo e il mantenimento del vecchio sistema di valori. Il caso tipico è quello un'organizzazione che, per passare da un orientamento al pro-

dotto ad un orientamento alle vendite, deve mettere in discussione la sua tradizionale attenzione all'innovazione tecnologica e alla standardizzazione dei processi produttivi e accettare l'imprevedibilità della domanda, cercare la personalizzazione del servizio, puntare più sul *marketing*, modificare la propria immagine. Il sistema di valori basato sull'efficienza e sulla prevedibilità dei processi (molto rivolto alla razionalizzazione interna) deve essere sostituito da un orientamento all'efficacia e alla domanda (all'adattamento all'esterno). Nel caso delle aziende sanitarie, ad esempio, porre il cittadino al centro del sistema, come ormai dichiarato in tutti i piani strategici aziendali, comporta in realtà un apprendimento *double-loop*, in quanto si tratta di modifiche che capovolgono l'attuale sistema di valori e di routine organizzative. Non si tratta più di far meglio ciò che si fa, ma di fare le stesse cose o nuove cose in modo diverso, riorganizzando il sistema non più a partire dall'offerta ma dalla domanda (figura 5).

Esiste dunque una «gerarchia» nella profondità dell'apprendimento organizzativo (9). Infatti alcuni studiosi preferiscono operare al riguardo una

Figura 5



distinzione tra cambiamento e apprendimento organizzativo. Il cambiamento consisterebbe in ogni modifica al funzionamento di un'organizzazione, nella capacità di innovare i prodotti e i processi produttivi, migliorando i risultati. Per questo occorre una modifica delle regole organizzative, vale a dire dei criteri che regolano le relazioni tra le varie componenti dell'organizzazione. Si pensi all'introduzione di un nuovo sistema informativo e/o contabile, all'introduzione di sistemi di programmazione e controllo, allo sviluppo di nuovi servizi.

L'apprendimento vero e proprio riguarderebbe soltanto il secondo caso (*double-loop*), in quanto non si modificano soltanto le regole del sistema organizzativo, ma la sua stessa natura: è il caso di un'organizzazione fortemente gerarchizzata, con uno stile di direzione autoritario, che introduce forme di decentramento delle decisioni e delle responsabilità, oppure di organizzazioni orientate al rispetto formale delle regole che si orientano al raggiungimento dei risultati, come ci si attende dalle pubbliche amministrazioni.

Se ora riportiamo questa distinzione all'ambito che qui ci interessa, innescare processi di cambiamento e soprattutto di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie è un problema assai complesso. Tali organizzazioni devono innescare al tempo stesso processi di apprendimento *single* e *double loop*: apprendere a «far meglio» ciò che fanno e apprendere a farlo, in parte, «in modo diverso».

Da un lato, devono migliorare l'efficienza interna dei propri processi, la rapidità con cui riducono i consumi di risorse, le inefficienze produttive, le duplicazioni e gli sprechi. È il caso, ad esempio, dell'avvio di sistemi di misurazione e di controllo dei costi e delle attività orientato alla razionalizzazione della spesa; della riduzione dei

ricoveri ospedalieri impropri e dello sviluppo di forme di assistenza alternative; di una migliore accessibilità dei servizi da parte del cittadino. Per far sì che l'azienda raggiunga tali risultati occorrono interventi di analisi e di progettazione organizzativa *ad hoc*, strumenti e tecniche di gestione aziendale, competenze e professionalità non sempre disponibili internamente, nonché interventi formativi e informativi adeguati per favorire la conoscenza e la sperimentazione dei cambiamenti.

Dall'altro, alcune innovazioni possono essere perseguite soltanto modificando il modo di funzionare delle strutture, il loro orientamento, la loro cultura (ad esempio, come abbiamo detto, «mettendo al centro» del sistema l'utente o imparando a competere con altre aziende).

Per le aziende sanitarie pubbliche entrambi i processi sono importanti; non esiste una «gerarchia» di merito tra *single* e *double-loop*, ma soltanto di profondità del cambiamento all'interno della struttura dell'azienda. Che si tratti di un apprendimento del primo o del secondo tipo, il nostro obiettivo è che tale mutamento sia efficace, cioè si traduca in nuovi comportamenti degli attori implicati. Perché questo avvenga non basta che uno o più individui apprendano «nuove cose», ma occorre che tali novità entrino a far parte del funzionamento di quell'organizzazione, ne modifichino le regole del gioco e gli schemi d'azione consolidati. Questo spesso vuol dire modificare l'assetto di potere interno all'organizzazione e le *routine* culturali e cognitive che standardizzano i comportamenti e assicurano, vuol dire aumentare il grado di incertezza e di instabilità dell'organizzazione, accrescere il livello di ansia o il senso di smarrimento degli individui.

Da questo punto di vista, ogni cambiamento organizzativo è sempre

qualcosa di innaturale: perché un sistema dovrebbe avere interesse a cambiare? Perché un ospedale, un'azienda sanitaria dovrebbero avere interesse a cambiare? Perché le persone che vi operano dovrebbero avere interesse a modificare il loro modo di interagire e di cooperare, rimettendo in discussione regole e abitudini consolidate?

3.3. La crisi come condizione di apprendimento

Nessuna organizzazione cambia perché «si deve», ma solo perché entra in crisi il suo modo di funzionamento, quando esso non è più «sostenibile». L'apprendimento nasce da una tensione, da un conflitto, da una rottura di stabilità; la «teoria» che quell'organizzazione aveva elaborato non è più «sostenibile», a poco a poco si sperimentano e si affermano nuove norme, nuove teorie d'azione, nuovi costrutti collettivi.

Ciò che differenzia un'organizzazione che apprende (la *learning organization*) da un'organizzazione che non apprende, è la «soglia di sostenibilità» oltre la quale il proprio modello entra in crisi.

Di fronte a un ambiente dinamico, che fornisce costantemente stimoli al cambiamento, un'organizzazione innovativa è quella che riesce a rimettere in discussione più facilmente e con più frequenza il proprio modello, che percepisce («attiva») nell'ambiente continue opportunità di sviluppo; viceversa, un'organizzazione burocratica si difenderà dalle pressioni al cambiamento finché potrà, cercherà di ignorarle e rimanerne «impermeabile» finché non sarà «costretta» a farvi fronte.

Questo d'altronde è stato il modo più diffuso di cambiamento nella Pubblica amministrazione italiana; la nostra burocrazia «non avverte il bisogno» di cambiare, di apprendere,

quindi non ne è capace. A meno che non vi sia costretta, che la crisi esploda in tutta la sua evidenza e irreversibilità; in quel caso si innescheranno dei processi di adattamento e di ristrutturazione dall'esito comunque incerto e imprevedibile.

Altra caratteristica dei processi di apprendimento è infatti la loro imprevedibilità. Non dobbiamo credere che l'apprendimento sia sempre un atto deliberato o comunque governabile e orientabile. Ricadremmo in una visione meccanicistica dell'organizzazione. Se vi è crisi l'organizzazione comunque reagisce, attiva i suoi meccanismi di protezione o di trasformazione interna. Soltanto *ex post*, ricostruendone le dinamiche, possiamo valutare l'esito più o meno positivo di questa reazione, ad esempio rispetto ai fini per cui l'organizzazione è stata posta in essere.

L'unico modo per stimolare o per «orientare» i processi di apprendimento nella giusta direzione consiste nel basare l'azione organizzativa sulla produzione di conoscenza e di un tipo particolare di conoscenza, quella che ricostruisce e analizza la propria esperienza concreta.

La grande difficoltà delle aziende sanitarie pubbliche, al pari di altre pubbliche amministrazioni, risiede nel non essere state abituate a occuparsi del contingente, del caso singolo. Sono organizzazioni che hanno basato la costruzione del loro modello su criteri di regolamentazione astratti, universali, impersonali. Così facendo esse hanno bandito dal proprio codice genetico il flusso dell'esperienza.

Perché una burocrazia si trasformi in una learning organization (o almeno in una *learning bureaucracy*) occorre innanzi tutto che essa riconduca l'attenzione alla propria esperienza e sviluppi una capacità di leggerla e interpretarla in modo attivo all'interno dei meccanismi legittimi di funziona-

mento. Se si continua a invocare la norma universale, che garantisce un comportamento oggettivo e impersonale del dipendente pubblico, la Pubblica amministrazione si allontanerà sempre di più dalla realtà e dalle opportunità di cambiamento che essa offre. È emblematico ad esempio il fatto che per anni molte amministrazioni siano state efficientissime nel selezionare i nuovi entranti, in modo formalmente ineccepibile, secondo meccanismi personalistici e clientelari; nel momento in cui la legge concede la possibilità di attivare forme di selezione alternative ai pubblici concorsi, l'organizzazione non sa approfittarne e interpreta la discrezionalità della scelta come arbitrio, si invoca l'oggettività dei criteri a garanzia della legalità.

In conclusione, il problema oggi non è più capire perché le aziende sanitarie debbano cambiare, in quanto la crisi che le attraversa è inestirpabile con la riproduzione del vecchio modello, ma come reagire alla crisi in modo maturo e consapevole, come «diventare aziende sanitarie pubbliche moderne», in grado di conciliare crescita e garanzia dei diritti, capacità di adattamento locale e principi del servizio pubblico, redditività e equità, apertura al nuovo e valorizzazione delle proprie specificità e delle proprie radici.

4. Riflessioni intorno ad una strategia per l'apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie

4.1. Evitare le derive prescrittive o la retorica del «nulla cambia», ripartendo dalla realtà

Capire la natura dell'apprendimento organizzativo, riflettere sulle cause strutturali e culturali che limitano o impediscono una corretta e efficace gestione dei processi di trasforma-

zione in atto nelle aziende sanitarie, deve servire a orientare meglio la nostra azione, a elaborare nuovi modelli di intervento.

Quando si parla di cambiamento nelle aziende sanitarie (e, più in generale, nella Pubblica amministrazione) si rischia sempre di oscillare tra:

- un atteggiamento normativo e prescrittivo, del tipo «cosa fare per...»
- viceversa, una spiegazione delle cause del non-cambiamento, del tipo «perché pur intervenendo il sistema non cambia...».

Dal nostro punto di vista, infatti, la riflessione sul cambiamento è attualmente dominata da due grossi filoni culturali, entrambi utili ma per certi versi incompleti.

Il primo, di matrice manageriale (il *New Public Management*) teorizza la necessità del cambiamento e, attraverso l'analisi e la sperimentazione di modelli emergenti, individua le azioni e le strategie per una svolta imprenditoriale e innovativa dell'azione pubblica. È il decalogo del *reinventing government* (Osborne e Gaebler, 1992) la descrizione e la diffusione di nuove modalità di interpretare il proprio ruolo da parte delle amministrazioni pubbliche più avanzate, cercando di trarre dalle esperienze di successo delle idee, dei modelli e delle regole di buona amministrazione diverse da quelle sinora adottate.

Questo tipo di approccio ha l'indubbio merito di diffondere conoscenze, ampliare le prospettive di azione, elaborare schemi di intervento applicabili a contesti diversi, quindi generalizzabili. Grazie al paradigma del *New Public Management*, fanno ingresso massiccio nelle scuole di formazione manageriale e nella pratica del governo di aziende e enti pubblici concetti, metodi e strumenti di gestione in forte rottura con le tradizionali competenze giuridico-amministrative

del funzionario pubblico (Meneguzzo, 1997).

Tuttavia, per quanto riguarda in particolare i modi del cambiamento organizzativo, questo filone manifesta alcuni limiti. Molto spesso, infatti, si chiarisce bene «cosa» fare e «perché», ma non si aiutano le organizzazioni a capire «come» farlo. La capacità di apprendimento viene indicata come principale fonte di successo competitivo, ma non si chiarisce in che modo essa possa essere acquisita e sviluppata. Il «dover essere» assume talvolta i connotati della prescrizione, come se la consapevolezza dell'utilità di una qualche innovazione fosse di per sé sufficiente a garantirne l'introduzione. Insomma, non sempre il cambiamento organizzativo è sufficientemente problematizzato, nella sua natura artificiale e nelle sue implicazioni sistemiche; oppure, più semplicemente, il tema dell'apprendimento organizzativo non viene affrontato, ma demandato ad altre discipline (psicologia, sociologia, scienze cognitive).

Il rischio è di partire troppo facilmente dalle soluzioni, dimenticando che ogni intervento sull'organizzazione (sia esso l'introduzione di un nuovo assetto organizzativo, di sistemi di misurazione, programmazione e controllo o di valutazione) crea in realtà altri problemi, e che l'aspetto più critico non è la progettazione del nuovo modello o dello specifico sistema operativo bensì la gestione del cambiamento.

Osservando la realtà delle aziende sanitarie, esse appaiono tutte impegnate nell'introdurre strumenti e criteri di gestione manageriale, indispensabili per un loro funzionamento autonomo, efficiente e orientato al risultato. Questa ricerca di efficienza e di innovazione, tuttavia, crea una strana ed eccessiva fiducia negli strumenti e nelle tecniche, salvo poi accorgersi il più delle volte che qualcosa non ha funzionato correttamente o i risultati

sono inferiori alle attese. E generalmente non si è in grado di capire «cosa» esattamente non abbia funzionato. Così, di fronte all'insuccesso, si continua a perpetuare la ricerca del «capro espiatorio» oppure (cosa ancor più pericolosa) a sostenere che introdurre strumenti manageriali nelle aziende sanitarie è inutile e improduttivo.

Non si capisce che in realtà quegli strumenti gestionali e manageriali sono indispensabili per una corretta gestione delle risorse e una modernizzazione del sistema; il fallimento non è riconducibile ad essi, bensì ad una scarsa attenzione dell'organizzazione alla gestione dei cambiamenti che la loro introduzione comporta. L'eccessiva fiducia negli strumenti crea, all'opposto, un'eccessiva attribuzione ad essi degli insuccessi. In realtà non sono gli strumenti ad essere sbagliati, ma il modo in cui avviene la loro introduzione.

Dall'altro lato, abbiamo invece un filone di studi organizzativi con una matrice più sociologica e politologica che tende a recuperare la tradizione degli studi sui circoli viziosi della burocrazia e sugli effetti perversi del cambiamento. Questi contributi tendono a spiegare le resistenze e i vincoli strutturali al cambiamento nelle organizzazioni pubbliche e a mettere in guardia dai rischi di una eccessiva semplificazione (D'Albergo-Vaselli, 1997).

In questa sede si recupera quindi tutta quella dimensione problematica dell'apprendimento organizzativo, che consente di entrare più in profondità nella comprensione dei suoi meccanismi, delle dinamiche imprevedibili e contingenti (e imprevedibili proprio in quanto contingenti) che esso innesca. Si recupera, insomma, uno sguardo all'interno della scatola nera dell'organizzazione, che consente di far luce sulle dinamiche che, ad esem-

pio, bloccano o distorcono processi innovativi.

Anche in questo filone, tuttavia, è possibile rinvenire un limite abbastanza diffuso, specularlo a quello riscontrato nel filone manageriale, vale a dire il rischio di esplorare quasi unicamente il lato problematico del cambiamento senza fornire adeguate chiavi di lettura per affrontarlo. In altri termini, si svelano e si smascherano nuovi e pericolosi circoli viziosi, nuove forme di assorbimento burocratico del cambiamento, ma non si elaborano strategie alternative.

Ricostruire le resistenze strutturali e sistemiche al cambiamento ci consente di avere uno sguardo meno superficiale rispetto a visioni troppo prescrittive e tecnocratiche dello stesso, ma al tempo stesso lascia senza risposta l'antico quesito «allora, che fare?», così importante per gli addetti ai lavori.

Dal punto di vista delle aziende sanitarie, infatti, di fronte a ripetuti insuccessi di progetti o dichiarazioni di cambiamento, si fa spazio una «retorica del gattopardismo» tanto ipocrita quanto pericolosa; a sproposito, si afferma che nella Pubblica amministrazione «tutto cambia per non cambiare». È una nuova moda del pensiero, la quale appare sterile e deresponsabilizzante se pronunciata da dirigenti e operatori delle aziende (costituisce un ottimo alibi per non far nulla), diventa invece intellettualmente scorretta e scientificamente fuorviante se professata da studiosi e esperti di problemi organizzativi e aziendali.

Ora, dal nostro punto di vista, occorre innanzi tutto ripristinare un ragionamento che parta dalla realtà. Se evitiamo discorsi puramente accademici o astratti, e facciamo ingresso nelle aziende sanitarie, troveremo un fermento di progettualità ampiamente diffuso, sempre più radicato e pervasivo.

Rispetto agli anni '80, gli anni '90 sono stati anni di grandi cambiamenti per il sistema sanitario. Contrariamente ai luoghi comuni, il dinosauro si è svegliato, il Leviatano è stato intaccato, si è reso vulnerabile. Basta guardare un po' più dall'interno, entrare negli ospedali, negli uffici di *staff* delle aziende sanitarie, persino nei già «polverosi e kafkiani» uffici regionali e ministeriali, per rendersi conto che si tratta di amministrazioni in tensione, dove si avverte e si convive costantemente con il nuovo, con l'incertezza del domani, con la consapevolezza di un cambiamento inarrestabile e irreversibile.

Malgrado le difficoltà e le contraddizioni, l'aziendalizzazione ha prodotto, ad esempio, la nascita di nuove figure professionali (i direttori, i *controller*, i valutatori, gli esperti di *marketing* sanitario o di qualità aziendale), la consapevolezza nel personale che l'appartenenza all'azienda implica il rispetto di regole condivise, l'adozione, sia pure simbolica di nuovi linguaggi e concetti (efficienza, orientamento all'utente, qualità, competitività), oltre che la sperimentazione di forme più innovative di produzione e erogazione dei servizi (si pensi allo sviluppo del *day hospital/day surgery* negli ospedali, dell'assistenza domiciliare, di nuovi percorsi di accesso ai servizi). Queste trasformazioni, al di là della loro portata, che dipende dallo specifico contesto e deve essere misurata e valutata attentamente, sono comunque trasformazioni reali, impensabili solo qualche anno fa.

Non è vero che le aziende sanitarie non apprendono. Dal nord al sud d'Italia è esplosa quella crisi che è condizione e fonte di apprendimento. Il modo in cui ogni azienda interpreta e affronta la rottura del vecchio modello, la rapidità con cui ne acquisisce e ne sperimenta di nuovi, dipende da una serie di fattori contingenti, che

danno una misura della capacità di quella specifica organizzazione di tradurre le nuove idee in strategie realizzabili. Esistono quindi, anzi si rafforzano, forti divari territoriali, tra zone diverse del paese o tra realtà differenti di uno stesso territorio. È dunque un apprendimento che procede a velocità diverse, ma il dato di partenza è che nessuna azienda è statica, perché non le è più consentito.

Se questa è la realtà, il compito di dirigenti e studiosi di aziende sanitarie deve essere quello di contribuire a elaborare una teoria utile e utilizzabile, una strategia per orientare tali processi di apprendimento.

4.2. *Imparare ad apprendere*

In questo articolo abbiamo innanzi tutto cercato di analizzare la natura dell'apprendimento organizzativo. Come abbiamo visto, esso passa attraverso il reperimento di nuove forme di cooperazione e di comunicazione tra gli individui appartenenti all'organizzazione.

a) la produzione di conoscenza

Alla base di questa capacità collettiva vi è prioritariamente un investimento in conoscenza.

Tale conoscenza può essere rivolta all'esterno e al confronto con altre aziende sanitarie, attraverso lo scambio di idee, esperienze e progettualità; sempre più frequenti sono le reti di aziende per la diffusione di idee e saperi (sull'idea del *benchmarking* e dei progetti per l'innovazione), oppure per l'elaborazione di progetti comuni (formativi, di aggiornamento, di sviluppo di servizi) o per la costituzione di reti telematiche e banche dati. Oppure una conoscenza mirata sui dati di mobilità dei pazienti, che portano a monitorare in modo analitico e a pro-

grammare le prestazioni «acquistate da» o «cedute» ad altre aziende.

Vi è poi una conoscenza del contesto istituzionale locale, che richiede una capacità di individuare spazi di cooperazione nell'erogazione dei servizi e/o di reperimento di fonti di finanziamento, attraverso rapporti con enti locali, associazioni imprenditoriali, di volontariato e sindacali.

Da ultimo, una conoscenza più approfondita dei bisogni della popolazione di riferimento, nei suoi aspetti demografici, epidemiologici, di utilizzo dei servizi, ma anche culturali, di percezione della qualità dei servizi e di accuratezza dell'informazione ricevuta.

La conoscenza dell'ambiente è dunque la prima fonte di stimolo e di individuazione di opportunità e risorse per il cambiamento. Tuttavia, come abbiamo detto, il grado di apertura all'esterno dipende innanzi tutto dall'orientamento interno della struttura, dalla sua capacità di «attivare» l'ambiente, insomma dalle sue capacità cognitive (Weick, 1977).

È dunque sull'interno dell'organizzazione che occorre principalmente investire per creare le condizioni per l'apprendimento. Nessuna azienda sanitaria può imparare dalle proprie routine, dal proprio ordine interno. Spesso però le aziende sottovalutano le potenzialità di apprendimento della propria struttura sempre per una mancanza di conoscenza: non riescono a valorizzare le proprie risorse, le nicchie di innovazione in essa presenti, non riescono a mobilitare quelle persone che invece sarebbero disponibili al cambiamento.

Investire sulla conoscenza vuol dire quindi innanzi tutto entrare dentro l'organizzazione, e la chiave di volta di ogni comprensione è l'ascolto. Nessun Direttore generale, nessun consulente di organizzazione o staff aziendale dovrebbe avere l'arroganza di sa-

pere in che modo intervenire all'interno di un'azienda sanitaria senza averne una conoscenza approfondita, senza aver dedicato tempo all'ascolto di coloro che saranno chiamati a essere artefici o protagonisti del cambiamento.

Conoscenza vuol dire dunque ricostruire le razionalità dei comportamenti organizzativi, gli atteggiamenti, i valori e gli interessi dei soggetti, ma soprattutto le loro relazioni, la natura delle loro interdipendenze. Cos'è che fa funzionare il sistema, cos'è che lo blocca o al contrario lo rende dinamico e innovativo? Senza questa comprensione ogni intervento sarà una scommessa alla cieca, un tentativo casuale che non fornisce *ex ante* nessuna garanzia di successo. Intervenire su un'organizzazione sulla base di una conoscenza preliminare del suo sistema d'azione, della sua «teoria organizzativa» (come prima definita) consente di meglio orientare il cambiamento. Ad esempio, è possibile investire maggiormente sui soggetti che hanno più interesse e risorse disponibili per il cambiamento; evitare di rafforzare le resistenze al cambiamento con errate modalità di comunicazione o di intervento; costruire consenso e fiducia intorno al progetto.

Da questo punto di vista, indubbiamente le aziende sanitarie scontano un deficit di conoscenza, così come i processi di cambiamento organizzativo scontano un *deficit* di ascolto.

b) la diffusione/condivisione della conoscenza e la comunicazione

Il secondo fattore critico per l'apprendimento organizzativo è il modo in cui la conoscenza prodotta viene utilizzata e comunicata all'interno dell'organizzazione.

Per uscire fuori definitivamente da una visione meccanicistica e tecnocratica, lo sforzo maggiore risiede nel-

l'accettare che nessun cambiamento può essere realizzato contro o malgrado la volontà degli individui chiamati a realizzarlo. Se si accetta che da una logica di contrapposizione o di «oggettivazione» dell'azienda occorre passare a una logica di partecipazione e di «soggettivazione» dei processi organizzativi (vale a dire che essi non possono essere osservati e modificati dall'esterno ma solo interpretati e trasformati dall'interno, come chiarito nel paragrafo 2), allora l'unico modo per avviare un percorso di apprendimento consiste nel renderne protagonisti i diretti interessati.

Nella maggior parte dei casi, nelle aziende sanitarie, la soluzione tecnica è imposta dall'alto; nel migliore dei casi, essa è comunicata e concordata con il personale coinvolto. Ma comunicare e concordare la soluzione è altra cosa dal comunicare e condividere una visione del problema da risolvere; laddove il cambiamento organizzativo passa attraverso una fase di coinvolgimento delle persone nella definizione del problema e nella comprensione degli eventuali ostacoli al cambiamento stesso, la ricerca delle soluzioni e la mobilitazione delle persone intorno al progetto diventa più facile. Certo, i tempi dell'analisi e della progettazione saranno più lunghi, occorrerà predisporre internamente gruppi di progetto e meccanismi di gestione delle sue diverse fasi, con un investimento di energie e risorse superiore ad un progetto «chiavi in mano», ma l'impatto sull'organizzazione sarà di sicuro più rilevante e duraturo.

Dinanzi all'incertezza, occorre aiutare le persone ad acquisire nuove chiavi di lettura condivise per ricostituire un ordine, un senso alla propria azione. In questa fase di profonda crisi e precarietà all'interno delle aziende sanitarie, le modalità di costruzione della fiducia appaiono determinanti ai fini dell'apprendimento. Quest'ulti-

mo, come abbiamo più volte detto, nasce da un conflitto, da uno squilibrio tra l'apparente disordine e il modello sino allora sperimentato. Se quest'ultimo non è in grado di chiarire quel disordine, se quanto già conosciuto non consente di fornire risposte valide, allora occorre produrre una nuova conoscenza, la quale crei ordine dal disordine.

Questo è il compito principale di chi è chiamato a dirigere e governare organizzazioni complesse come le aziende sanitarie: fornire strumenti e chiavi di lettura per decifrare la complessità, per conoscere a fondo il funzionamento della propria struttura ed elaborare collettivamente, sperimentandole, nuove modalità di risposta e di cooperazione.

c) l'importanza di un approccio strategico al cambiamento

Apprendere vuol dire in ultima analisi imparare ad apprendere. Per imparare occorre far sì che l'apprendimento venga orientato, guidato, canalizzato. I processi di cambiamento in atto nelle aziende sanitarie, senza una strategia di accompagnamento, rischiano di perdere di efficacia e di intensità.

Per non parlare dei casi in cui non si avverte la necessità di intervento: in queste aziende il rischio non è dell'immobilismo, bensì del degrado e dell'involutione. Ma cosa vuol dire formulare una strategia di cambiamento?

Occorre innanzi tutto superare una visione della strategia come esito di un processo razionale di pianificazione, attraverso un'analisi a priori di possibili percorsi di azione. La metafora potrebbe essere quella di un abile giocatore di scacchi in grado di prevedere in anticipo le risposte a comportamenti possibili dell'avversario.

In base a quanto sinora detto, la strategia che accompagna un processo di apprendimento può essere soltanto

un'esplorazione continua, in cui i soggetti sperimentano insieme le fasi di ideazione, monitoraggio e valutazione. Certo, possono esservi dei ruoli diversi: da un lato gli ideatori (gli strateghi) e dall'altra gli esecutori; ma sia gli uni che gli altri devono costantemente esplicitare e confrontare le proprie idee, i primi per comunicare visioni, obiettivi, percorsi possibili, i secondi per esplicitare dubbi, preoccupazioni, opinioni e proposte. In questa prospettiva, il percorso non precede l'azione ma si costruisce durante e grazie all'azione stessa; quest'ultima ha un valore generativo di idee e conoscenze, che entrano a far parte della strategia stessa.

Elaborare una strategia di cambiamento vuol dire quindi confidare nella capacità degli uomini di trovare essi stessi le soluzioni ai loro problemi, attraverso una migliore capacità di comunicazione e di costruzione della cooperazione.

Questo approccio non deve essere confuso con una logica della concertazione e della partecipazione a tutti i costi; non ha nulla a che vedere con una visione ideologica del cambiamento come assoluta condivisione degli obiettivi o continua negoziazione delle scelte. Né si nega la natura politica e conflittuale del cambiamento, che vede comunque una distinzione di ruoli e di responsabilità nel lanciare e gestire il processo. Nessun cambiamento avviene per la buona volontà o, al contrario, per «convenzione».

Adottare un approccio strategico vuol dire accettare che il cambiamento è imprevedibile e che ogni tentativo di governarlo razionalmente si scontra con la sua stessa natura processuale e sistemica. Vuol dire orientare i propri sforzi più alla comprensione e al monitoraggio dell'esperienza che non alla regolamentazione.

Dal nostro punto di vista, le aziende sanitarie dovrebbero spendere più

energie nel capire perché gli individui che le compongono adottano certi comportamenti a differenza di altri anziché nel definire con precisione come debbano comportarsi. La conoscenza e la valorizzazione delle persone, la comunicazione e la chiara esplicitazione dei ruoli vale più di qualsiasi mansionario.

5. Conclusioni

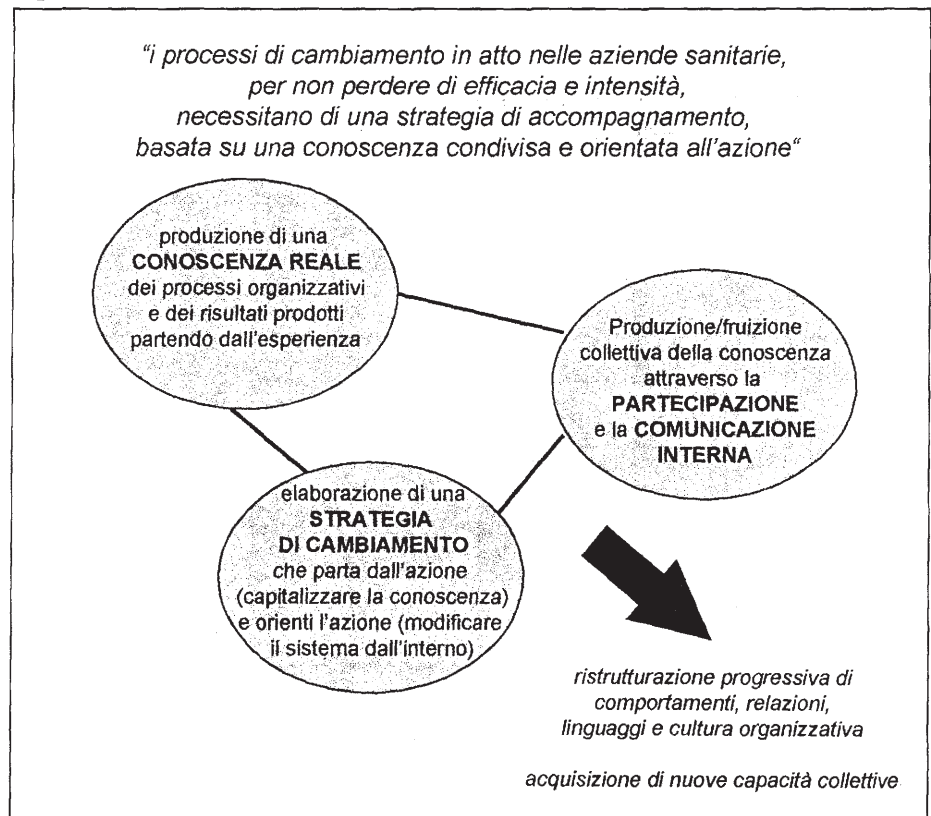
Con queste ultime osservazioni abbiamo concluso il nostro ragionamento. Il punto di arrivo è che per sviluppare una reale capacità di apprendimento le aziende sanitarie hanno bisogno di ricondurre al centro della loro azione la conoscenza del reale, l'ascolto del sistema, il monitoraggio dell'esperienza; solo così ogni strategia di cambiamento non sarà una vuota e formale dichiarazione di obiettivi

irraggiungibili ma la concreta sperimentazione di un nuovo modo di lavorare insieme (figura 6).

Come abbiamo visto, questo tipo di impegno chiama innanzitutto ad una ridefinizione e ad una maggiore consapevolezza del ruolo del Direttore generale. È lui in ultima analisi, nel sistema attuale, il principale motore del cambiamento, colui che «può fare più di quanto non possa dire» (Schön, 1983).

Il suo ruolo è cruciale nell'avviare e orientare i processi di cambiamento e di apprendimento organizzativo nelle aziende. Tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare, un'interpretazione dirigista e tecnocratica del suo ruolo è fuorviante, perché lo pone in antitesi al sistema, e riduce l'impatto della sua azione. Al contrario, ponendosi all'interno del sistema, egli può aiutarlo a riconoscere i propri problemi e le pro-

Figura 6



prie potenzialità, a diagnosticarne le inerzie e gli spazi di intervento, a costruire una nuova consapevolezza e una più ampia mobilitazione al cambiamento.

Sviluppare capacità di apprendimento nelle aziende sanitarie implica dunque innanzitutto una maggiore consapevolezza della natura costruita e contingente dell'organizzazione, che ponga al centro gli attori e le loro relazioni; essa richiede inoltre l'elaborazione di una conoscenza e di una strategia che partano e si alimentino dall'esperienza concreta, e al tempo stesso orientino e accompagnino l'azione. Come ultima riflessione, questa prospettiva implica un ruolo nuovo di tutti gli altri attori istituzionali del SSN, e in particolare delle Regioni.

Queste ultime possono svolgere un ruolo fondamentale di supporto nella produzione di una maggiore conoscenza e nel monitoraggio del cambiamento nelle aziende sanitarie (aspetti sui quali scontano un ritardo preoccupante) oltre che nel supporto informativo e progettuale alle strategie aziendali.

Ciò consentirebbe di capitalizzare meglio i cambiamenti in atto nel sistema attuale, disperdere meno le energie in progetti già in partenza votati al fallimento e, al contrario, lavorare per lo sviluppo di aziende più mature e maggiormente artefici del proprio futuro.

È inutile continuare a salutare riforme come rivoluzionarie e poi lamentare a distanza di pochi anni o addirittura mesi che tutto è rimasto come prima: il futuro è qui, il cambiamento è in corso, ed è ora di cominciare a lavorare per capire come orientare questo cambiamento in modo efficace.

reti organizzative e dei sistemi intelligenti), ma con una prospettiva diversa, di tipo cognitivo e/o costruttivista, che parte proprio dai sistemi di relazione e cognitivi per ricostruire regole e modelli generali. Un approfondimento dell'evoluzione della teoria organizzativa esula da questo scritto; per il momento ci limitiamo a registrare la centralità del tema del cambiamento e dell'apprendimento nel pensiero organizzativo attuale.

(3) Per un'analisi di sintesi della letteratura (Huber 1991; Dixon, 1992; Argyris e Schön, 1996; Lanzara 1997).

(4) Per una riflessione ad ampio raggio sui contenuti della riforma del Servizio sanitario nazionale e sulle sue implicazioni economiche e organizzativo-gestionali, si rinvia ai numerosi articoli apparsi su Mecosan nel biennio 1993-1994 e al numero 5/1993 della rivista Economia e Management, interamente dedicata all'argomento.

(5) Si veda al riguardo la ricerca condotta dal CERISDI di Palermo (CERISDI, 1992) sulla comparazione tra cinque USL siciliane e tre USL del centro-nord Italia.

(6) Si leggano al riguardo le recenti considerazioni di Mario Del Vecchio (Del Vecchio, 1998).

(7) La stessa cosa peraltro avviene in molte organizzazioni private. Contrariamente a quanto afferma il luogo comune, «burocrazia» non è sinonimo di Pubblica amministrazione, bensì di un modo di «pensare l'organizzazione» fortemente radicato anche in quegli imprenditori e dirigenti d'impresa che perseguono il mito del «controllo» e dell'agire totalmente razionale dell'organizzazione.

(8) *Organizational Learning* è un testo del 1978; tuttavia in bibliografia riportiamo il volume di più recente pubblicazione (1996) che integra e approfondisce la prima versione.

(9) La distinzione tra *single loop* e *double loop* richiama il celebre superamento di paradigma di cui parla Thomas Kuhn (Kuhn, 1962) o il concetto di deuteroapprendimento sviluppato da Gregory Bateson (Bateson, 1972), soltanto che Argyris e Schön applicano il ragionamento allo studio delle organizzazioni, quindi alla dimensione relazionale e collettiva dell'apprendimento.

BIBLIOGRAFIA

ARGYRIS C., SCHÖN D.A. (1996), *Organizational Learning II. Theory, Method and Practice*, Addison-Wesley, Reading (tr. It. «Apprendimento organizzativo. Teoria, metodo e pratiche», Guerini, Milano, 1998).

BATESON G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler Publishing, San Francisco (tr. It. «Verso un'ecologia della mente», Adelphi, Milano, 1976).

BORGONOV E. (1997), *Valutare i processi di cambiamento*, Mecosan, n. 23, pagg. 2-6.

CERISDI (1992), *L'assetto organizzativo gestionale del sistema socio-sanitario siciliano*, in «Un modello pedagogico-formativo per lo sviluppo manageriale», CERISDI, Palermo.

CROZIER M. (1964), *Le Phénomène bureaucratique*, Seuil, Paris (tr. It. «Il fenomeno burocratico», Etas, Milano, 1969).

CROZIER M. (1979), *On ne change pas la société par décret*, Grasset, Paris.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'Acteur et le Système*, Seuil, Paris (tr. It. «Attore sociale e sistema», Etas, Milano, 1978).

D'ALBERGO E., VASELLI P. (1997), *Un'amministrazione imprenditoriale?*, Edizioni SEAM, Roma.

DEL VECCHIO M. (1998), *Corporate Governance e aziende sanitarie pubbliche*, in Airoldi G., Forestieri G. (a cura di) «Corporate Governance. Analisi e prospettive del caso italiano», Etas, Milano.

DENTON J. (1998), *Organisational Learning and Effectiveness*, Routledge, London.

DIXON N. (1992), *Organisational learning: a review of the literature with implications for HRD professionals*, Human Resource Quarterly, 3.

FRIEDBERG E. (1993), *Le Pouvoir et la Règle*, Seuil, Paris (tr. It. «Il potere e la regola», Etas, Milano, 1994).

GHERARDI S. (1988), *Tradurre è tradire, ovvero la traslazione del controllo di gestione in ambito pubblico*, Il nuovo governo locale, n. 2.

HUBER G.P. (1991), *Organizational Learning: The Contributing Processes and The Literatures*, Organization Science, n. 1 (tr. It. «L'apprendimento organizzativo: un'analisi della letteratura», in Problemi di Gestione, 1992).

KUHN T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago University Press, Chicago (tr. It. «La struttura delle rivoluzioni scientifiche», Einaudi, torino, 1969).

LANZARA G.F. (1993), *Capacità negativa*, Il Mulino, Bologna.

LANZARA G.F. (1997), *L'apprendimento organizzativo*, in Costa G., Nacamulli R., «Manuale di organizzazione aziendale», vol. 3, pagg. 153-178.

MENEGUZZO M. (1997), *Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. L'esperienza italiana: innovazio-*

(1) D'ora in poi parleremo di aziende sanitarie facendo riferimento unicamente alle aziende sanitarie pubbliche.

(2) Salvo poi tornare a occuparsi di strutture e di forme (come ad esempio nelle teorie delle

- ne dal basso e sviluppo della governance locale, Azienda Pubblica, n. 6, pagg. 587-606.
- MORGAN G. (1986), *Images of Organizations*, Sage, Beverly Hills (tr. it. «Le metafore dell'organizzazione», Franco Angeli, Milano, 1989).
- OSBORNE D., GAEBLER T. (1992), *Reinventing Government: How the entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Addison Wesley, Reading, MA (tr. It. «Dirigere e governare», Garzanti, Milano, 1995).
- PETERS T., WATERMANN R.H. (1982), *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-run Companies*, Harper & Row, New York (tr. It. «Alla ricerca dell'eccellenza», Sperling & Kupfer, Milano, 1984).
- REBORA G. (1988), *Il cambiamento organizzativo nella Pubblica amministrazione*, Azienda Pubblica, n. 1, pagg. 47-102.
- SCHEIN E. (1985), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey Bass, San Francisco (tr. It. «Cultura d'azienda e leadership. Una prospettiva dinamica», Guerini, Milano, 1990).
- SCHÖN D.A. (1983), *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, Basic Books, New York.
- WEICK K.E. (1977), *Enactement Processes in Organizations*, in Staw B.M., Salancik G.R. (a cura di), «New Directions in Organizational Behavior», St. Clair Press, Chicago.

MECOSAN

La rivista trimestrale

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98**

E-mail mecosan@uni-bocconi.it

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

Documenti e commenti

Sezione 2^a

RACCOMANDAZIONI PER LA CONDUZIONE DEGLI STUDI DI FARMACOECONOMIA: LA GUIDA GISF

E. Attanasio, P. Bruzzi, S. Capri, A. Ceci, G. Fattore, L. Mantovani, F. Merlo, S. Reggio, L. Terranova

GISF, Gruppo Informale per gli Studi di Farmacoeconomia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Componenti della valutazione economica - 3. Punti di vista e tipi di analisi - 4. Misurazione dell'efficacia - 5. Misurazione dei costi - 6. Procedure di attualizzazione - 7. Qualità della vita e misurazione dell'utilità - 8. Analisi statistica e analisi di sensibilità - 9. Presentazione dello studio di valutazione economica - 10. Conclusioni.

1. Introduzione

Con la pubblicazione sulla G.U. del 30 gennaio 1997 della delibera n. 109 del CIPE è entrato nella fase operativa il nuovo modello di «Contrattazione del prezzo» per i farmaci innovativi. Inoltre, il comma 10 dell'articolo 36 della legge finanziaria '98 estende il metodo della contrattazione del prezzo, in via sperimentale per due anni, alle specialità medicinali autorizzate in Italia secondo il sistema del mutuo riconoscimento.

Con questa normativa viene richiesto alle imprese di produrre una documentazione sull'impatto economico-finanziario del farmaco di nuova registrazione. Tale documentazione, si ricorda, è articolata in: a) rapporto costo-efficacia; b) prezzi esteri della specialità medicinale; c) previsioni di mercato interno; d) effetti/impegni in termini di economia nazionale derivanti dall'introduzione del nuovo farmaco (occupazione, investimenti produttivi, investimenti in ricerca, esportazioni). La richiesta di documentazione relativa al rapporto costo-efficacia del nuovo farmaco introduce per la prima volta in Italia un ruolo esplicito alla valutazione economica nel processo decisionale relativo alla deter-

minazione dei prezzi dei farmaci e, conseguentemente, alla rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale.

Per rispondere all'esigenza di avere a disposizione alcuni riferimenti metodologici e di presentazione delle valutazioni economiche condivisi tra i soggetti coinvolti nel processo decisionale a vario titolo (i ministeri interessati, le imprese farmaceutiche, i ricercatori) si è costituito un gruppo di esperti (GISF, Gruppo informale per gli studi di farmacoeconomia) che ha raccolto il contributo di ricercatori di varie discipline, esperti provenienti dalle imprese farmaceutiche e dirigenti di varie istituzioni pubbliche. Il risultato del lavoro durato un anno è rappresentato dal documento illustrato qui di seguito, con il quale si intende fornire un primo quadro di riferimento utilizzabile dagli organi regolatori dei ministeri interessati, dai responsabili del finanziamento del SSN ai vari livelli, dagli amministratori delle strutture sanitarie, dalle imprese farmaceutiche, per produrre e valutare studi che siano caratterizzati da:

- 1) un buon livello qualitativo;
- 2) una comparabilità tra gli stessi;

3) una generalizzabilità dei risultati.

2. Componenti della valutazione economica

Gli studi di valutazione economica, basandosi su principi e metodi condivisi, dovrebbero mettere in grado i decisori di formulare dei giudizi sulla dimensione economica di diversi corsi d'azione. Tali studi non vanno intesi come sistemi decisionali autonomi, in quanto sottendono giudizi di valore e scelte metodologiche non neutrali. Si vuole in sostanza sottolineare che nessun approccio o disciplina può fornire criteri di razionalità assoluta in grado di proporre sistemi decisionali unitari ed autosufficienti. Inevitabilmente, i processi decisionali pubblici sono alimentati anche da valutazioni diverse da quelle coerenti con i principi di razionalità economica.

La guida del GISF rappresenta quindi il tentativo di fornire alle parti interessate un insieme di riferimenti metodologici, con lo scopo di facilitare gli studi di valutazione economica, da un lato, e, dall'altro la loro produzione. La peculiarità della guida consiste nella sua applicabilità al contesto nazionale coerentemente con la ri-

chiesta di fornire, da parte delle imprese, studi farmacoeconomici (nella forma del rapporto costo-efficacia) che siano uno degli elementi in base al quale condurre la negoziazione del prezzo.

Gli elementi che ciascuno studio presentato all'autorità dovrebbe contenere sono brevemente discussi alla luce dei principali contributi teorici riscontrabili in letteratura e fatti seguire da alcune raccomandazioni principali.

3. Punti di vista e tipi di analisi

Le tecniche attualmente utilizzate negli studi di valutazione economica dei farmaci includono: analisi costi-conseguenze, minimizzazione dei costi, analisi costo-efficacia, analisi costo-utilità, analisi costo-beneficio. Ciascuna tecnica tende a mettere in luce aspetti diversi e può quindi essere complementare ad altre. Tuttavia, gli strumenti che si ritengono più idonei a mettere in evidenza le conseguenze economiche delle scelte di prezzo dei nuovi prodotti sono l'analisi costi-efficacia e costi-utilità (che della prima può essere considerata una variante).

Poiché le decisioni relative alla determinazione dei prezzi e all'inclusione in fascia A o B del nuovo prontuario fanno riferimento alla situazione nazionale, appare idoneo suggerire che gli studi di valutazione economica cerchino di cogliere le specificità del contesto italiano sotto il profilo della «compliance» alla terapia, del quadro epidemiologico, dell'offerta dei servizi e della struttura dei costi.

Diversi soggetti (le Asl, i pazienti, la comunità nazionale nel suo complesso) sono portatori di interessi diversi e declinano quindi in maniera diversa il principio di razionalità economica. In quanto portatore di un interesse generale, il decisore pubblico nazionale è chiamato a ricondurre le proprie scelte a principi di razionalità

economica generale, che vedano nel benessere della comunità nel suo complesso l'obiettivo ultimo dell'azione. Per questa ragione si raccomanda che gli studi facciano riferimento, per quanto riguarda l'impianto metodologico generale, alle scienze economiche, e che la prospettiva privilegiata dell'analisi sia quella sociale. Ciò nonostante, un lavoro che sia di efficace supporto ai concreti processi decisionali non può prescindere dagli effetti delle decisioni stesse sulle diverse componenti del sistema di sicurezza sociale, in primo luogo il SSN.

La scelta della terapia di confronto è un tema cruciale. In teoria, l'approccio perfetto al problema richiederebbe di prendere in considerazione tutte le possibili strategie alternative alla terapia oggetto di indagine. In pratica, tuttavia, questo approccio si rivelerebbe nella maggioranza delle situazioni non praticabile od estremamente costoso. Per questi motivi il presente documento non propone una regola con cui individuare le alternative di confronto lasciando ai singoli casi, tramite un contraddittorio tra organi regolatori e imprese, le soluzioni da adottare. Si propongono tuttavia due criteri generali che dovrebbero informare la scelta: la diffusione della strategia (farmacologica o non farmacologica) e la disponibilità di documentazione clinica che permetta il confronto su basi scientifiche. Inoltre, per i casi in cui alla decisione relativa al prezzo dovesse essere collegata anche una decisione relativa alla rimborsabilità, l'alternativa dovrebbe essere preferibilmente una strategia coperta dal SSN.

Diversi approcci possono essere seguiti per raccogliere i dati necessari per predisporre uno studio di valutazione economica. In linea generale, gli studi possono essere di quattro tipi: 1) *trial* economici (lo studio è disegnato al principale fine di produrre una valu-

tazione economica); 2) studi «piggy-back» (al *trial* clinico viene accompagnata una raccolta di elementi utili per la valutazione economica); 3) studi che combinano dati e informazioni da altri studi, anche di natura diversa, e 4) studi basati su modelli matematici e statistici. La scelta dell'approccio al disegno dello studio deve generalmente mediare necessità e vincoli di natura diversa e deve prendere in considerazione i costi e i benefici di disegni di ricerca con diversi livelli di affidabilità, precisione, robustezza e generalizzabilità. Si propone pertanto di seguire approcci che abbiano solide basi nell'osservazione della realtà e che cerchino di combinare il rigore degli studi clinici controllati con elementi, soprattutto per quanto riguarda il consumo di risorse, tratti da studi osservazionali. Si ritiene inoltre che l'utilizzo dei modelli possa avere un ruolo importante nella predisposizione degli studi, soprattutto quando questi siano realizzati prima dell'immissione del prodotto sul mercato. Si ritiene altresì che i modelli debbano in generale svolgere una funzione complementare rispetto ad elementi provenienti dall'osservazione e che i risultati delle simulazioni debbano essere oggetto di un continuo processo di verifica e revisione.

Principali raccomandazioni.

1) Le tecniche da preferire sono l'analisi costi-efficacia (ACE) e l'analisi costi-utilità (ACU).

2) Gli studi devono riferirsi al contesto italiano (terapie di confronto, pratica medica, costi, strutture istituzionali-organizzative, dati epidemiologici e di popolazione di riferimento). Per quanto riguarda i dati di efficacia si raccomanda di utilizzare l'evidenza disponibile sia a livello nazionale che internazionale. In caso di valutazioni economiche che possano av-

valersi di studi di fase IV si raccomanda di fare riferimento a casistiche italiane.

3) Le alternative prese a confronto vanno scelte in base alla loro diffusione e alla disponibilità di adeguati studi clinico-epidemiologici.

4) L'analisi deve essere condotta almeno dai punti di vista della società e del SSN. Gli altri punti di vista (specifiche tipologie di strutture sanitarie, pazienti, ecc.) sono da considerarsi utili analisi secondarie.

5) L'impiego di modelli deve permettere al lettore dello studio di verificare puntualmente il lavoro svolto dai ricercatori. In particolare, si raccomanda che vengano specificate le ipotesi (le interrelazioni tra le variabili principali, i parametri delle distribuzioni, i valori delle probabilità), la tipologia (ad esempio modello di analisi decisionale semplice, analisi decisionali con catene di Markov, simulazione di Monte Carlo, modello matematico, ecc.), le procedure e il *software* impiegati, l'eventuale descrizione del gruppo di esperti e la metodologia usata per l'ottenimento delle loro opinioni. Inoltre vanno fornite le tabulazioni dei principali risultati intermedi.

4. Misurazione dell'efficacia

I farmaci registrati sia centralmente (EMEA) sia attraverso il meccanismo del mutuo riconoscimento tengono conto dell'efficacia riscontrata nell'ambito degli studi di fase III in cui il nuovo trattamento è confrontato con il trattamento *standard*. L'interpretazione dei loro risultati richiede un attento scrutinio metodologico-statistico che si articola in due chiavi di lettura, la validità interna e la validità esterna. Per validità interna si intende l'assenza di condizioni e elementi nella pianificazione, nella conduzione e nell'analisi dello studio che possano produrre stime distorte della sua

efficacia, vale a dire stime che all'aumentare delle dimensioni del campione tenderebbero a convergere su valori diversi da quelli rilevati nello studio stesso.

Per la valutazione economica è la validità esterna il riferimento in base al quale stimare il denominatore del rapporto costo-efficacia. Per validità esterna si intende l'applicazione dei risultati dello studio sperimentale alla pratica clinica: per valutarla è necessario considerare i criteri di selezione dei pazienti e dei centri che hanno condotto la sperimentazione, la rilevanza clinica degli *endpoints* utilizzati, la *compliance* ai trattamenti utilizzati, oltre che, naturalmente la validità interna dello studio.

In particolare, per quanto riguarda l'analisi dei risultati, il principio dell'*intention-to-treat* (ITT) rappresenta oggi lo standard per l'analisi primaria dei risultati di una sperimentazione clinica randomizzata. In base a questo principio, tutti i pazienti randomizzati dovrebbero essere inclusi nelle analisi dei risultati in base al trattamento assegnato alla randomizzazione, indipendentemente dalla *compliance* al protocollo terapeutico e di *follow-up*, e anche dall'eventuale inleggibilità, anche se su quest'ultimo punto è possibile adottare atteggiamenti più flessibili. L'analisi su tutti i pazienti randomizzati garantisce la validità interna dello studio, perché previene distorsioni legate a differenze tra i gruppi a confronto nella *compliance* ai trattamenti o ai *follow-up*. Inoltre le stime di efficacia così ottenute dovrebbero riflettere meglio i benefici attesi con l'introduzione del trattamento quando somministrato a pazienti selezionati meno accuratamente o che modificano o interrompono il protocollo terapeutico.

Quando, nel corso di una ACE, le uniche stime di efficacia disponibili derivano da studi non analizzati in

base al principio dell'ITT, dovrà essere cura degli analisti cercare di ricostruire sia pure indirettamente, stime di efficacia per l'intera popolazione di pazienti eleggibile per il trattamento, tenendo conto della proporzione di pazienti esclusi dalle analisi dei vari studi e dei motivi per l'esclusione. Se questo non è possibile, i risultati della ACE dovranno essere valutati criticamente, in relazione alla possibilità che i valori di efficacia utilizzati siano sovrastimati.

Per la valutazione dell'efficacia di popolazione (*effectiveness*) è stato in questi ultimi anni sviluppato un tipo di sperimentazione clinica con obiettivi di tipo pragmatico molto vicina allo studio epidemiologico su larga scala, con l'unica peculiarità dell'assegnazione a *random* dei trattamenti; questo nella sua forma più estrema, viene definito *Large and Simple Clinical Trial*. Questo tipo di studio produce i dati più appropriati a fini della valutazione economica.

Un ultimo problema riguarda l'utilizzo di *endpoints* che non rappresentino direttamente un beneficio per il paziente (es. risposta tumorale, riduzione della glicemia, etc.) ma che fanno presupporre la sua presenza. Questi *endpoints*, quando usati al posto di alcuni indicatori naturali di efficacia, vengono chiamati *endpoints* surrogati. Il loro utilizzo in valutazioni farmacoeconomiche presuppone la loro validazione come *endpoints* surrogati e cioè che sia provata e misurata l'associazione tra la variazione dell'*endpoint* surrogato e almeno un *end-point* finale (sopravvivenza o mortalità, qualità della vita, incidenza di eventi sfavorevoli).

Principali raccomandazioni.

1) Gli indicatori di efficacia ai fini della valutazione economica devono cercare di esprimere l'efficacia a livel-

lo di popolazione (*effectiveness*, cioè quella riscontrabile quando il trattamento venisse applicato nell'ambito della pratica medica ordinaria). Nei casi in cui siano disponibili soltanto dati di efficacia in condizioni ottimali (*efficacy*), si raccomanda di analizzare e discutere la possibilità di generalizzare i risultati a condizioni diverse da quelle in cui questi dati sono stati osservati.

2) Gli indicatori di efficacia, espressi in unità naturali o in QALYs (*Quality Adjusted Life Years*) esprimono un miglioramento della salute dovuto al trattamento sulla base di *end-points* di tipo primario o secondario.

3) Qualora fossero disponibili solamente indicatori surrogati dell'efficacia (ad esempio la riduzione della pressione sanguigna) si raccomanda di stimare l'impatto di tali risultati in termini di minore mortalità o miglioramento della qualità della vita (o altri indicatori espressivi di un beneficio per il paziente) attraverso una adeguata modellizzazione; l'extrapolazione degli indicatori di efficacia da *end-points* surrogati deve essere supportata da solide evidenze empiriche.

5. Misurazione dei costi

Nelle analisi che fanno riferimento ad una prospettiva sociale il numeratore dell'analisi costi-efficacia deve cercare di includere sia i costi relativi alle variazioni nel consumo di beni e servizi sanitari e non (costi diretti), sia i costi associabili alla perdita di produzione attribuibile alla malattia o all'utilizzo dei servizi sanitari. Nelle analisi che adottano come prospettiva il SSN il numeratore deve riflettere le variazioni nel consumo di risorse utilizzate dalle diverse strutture che costituiscono il SSN stesso.

Il principio di riferimento per la quantificazione economica del consumo di risorse è il concetto di costo-op-

portunità. Il costo-opportunità di una risorsa è il massimo beneficio ottenibile dal suo utilizzo in impieghi alternativi a quello preso in esame. Tuttavia, non essendo spesso possibile una misurazione diretta del costo-opportunità, le valutazioni economiche utilizzano alcune «proxy» per misurare il valore dei beni e dei servizi prodotti dal sistema sanitario. In particolare, le *proxy* maggiormente utilizzate nelle valutazioni economiche sono: stime dei costi di produzione dei servizi in base a dati raccolti nelle strutture sanitarie, prezzi per servizi venduti sul mercato, tariffe (nazionali o locali) utilizzate per finanziare le strutture d'offerta.

La validità di queste *proxy* dipende da diversi fattori, tra i quali le basi informative disponibili, la metodologia impiegata per definire le tariffe, il grado di concorrenzialità presente nei mercati in cui si rilevano i prezzi. Ritenendo che sia prioritario cercare di produrre studi che riflettano le reali condizioni del SSN, si raccomanda di privilegiare un approccio che faccia il più possibile riferimento all'effettiva variazione del consumo di risorse all'interno del nostro sistema sanitario. In particolare, si raccomanda di misurare le variazioni nel consumo di specifiche prestazioni in unità fisiche (numero di visite, procedure chirurgiche, esami di laboratorio) e di valorizzarle in base a stime di costo unitario dedotte dai sistemi di contabilità analitica o da altre basi informative presenti nel SSN. Esistendo diverse accezioni di costi unitari (ad esempio pieno o variabile) e diverse metodologie per il loro calcolo è essenziale che lo studio riporti in maniera dettagliata le scelte metodologiche adottate. Infine, si raccomanda di fornire una breve descrizione delle caratteristiche delle strutture in cui è stata effettuata l'analisi dei costi, per poterne valutare la

rappresentabilità nel contesto nazionale.

L'utilizzo di prezzi di mercato o di tariffe è suggerita per analisi secondarie, quando non sia praticabile una analisi diretta nelle strutture sanitarie, o infine quando una specifica componente di costo abbia un impatto non sostanziale sui risultati dello studio.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni offerte da familiari o altri *care-givers* si suggerisce di fare riferimento al prezzo di mercato di prestazioni con contenuto simile (ad esempio la retribuzione lorda di un lavoratore domestico per la valorizzazione di lavoro domestico non retribuito).

Sulle modalità di misurazione e valutazione dei costi associati alla perdita di produzione è ancora aperto un acceso dibattito metodologico. Malgrado le limitazioni che lo caratterizzano, si suggerisce di valorizzare il tempo di lavoro perso a causa della malattia e per utilizzare i servizi sanitari mediante l'approccio del capitale umano. In base a questo approccio, la perdita di produzione è valorizzata facendo riferimento alle retribuzioni lorde sul mercato del lavoro.

La perdita di benessere fisico e psicologico dovuta alle malattie è stata talvolta associata alla nozione di costo intangibile. In realtà, variazioni della qualità della vita o variazioni della vita attesa costituiscono oggetto di misurazione del denominatore dell'analisi costo-efficacia e non devono quindi essere incluse nel numeratore (che intende misurare l'assorbimento di risorse).

Si sottolinea infine che il rapporto costo-efficacia rilevante da un punto di vista economico è di tipo incrementale. L'indicatore di costo-efficacia deve infatti essere calcolato come il rapporto tra la differenza di costo e la differenza di efficacia delle due alternative prese in considerazione.

Principali raccomandazioni.

1) I costi intangibili sono in realtà uno dei risultati del trattamento (positivi quando vengono diminuiti o evitati, negativi quando aumentano). Pertanto, non vanno inclusi nei costi, bensì nell'efficacia, sia quando sono monetizzabili (analisi costi benefici) sia quando sono misurati in QALYs.

2) Per tutte le categorie di costo si raccomanda di elencare le tipologie di risorse interessate dall'analisi (ad esempio visite del medico, tipo di ricovero, tempo dedicato dal caregiver, tempo di lavoro perduto, ecc.) e di fornire le variazioni espresse in unità naturali (numero di visite, numero di ore di lavoro perse).

3) Si privilegiano le misurazioni dei costi effettuate con studi presso strutture sanitarie. Lo studio deve riportare la nozione di costo adottata, la metodologia seguita per determinare i costi unitari e le caratteristiche delle strutture a cui si riferiscono i dati.

4) Per individui appartenenti alla forza lavoro, la retribuzione lorda è una misura accettabile per valutare il costo del tempo sottratto al lavoro.

5) Nella valutazione di servizi non retribuiti offerti dai familiari e dai volontari, si raccomanda di utilizzare la retribuzione lorda di individui che svolgono sul mercato un lavoro simile.

6. Procedure di attualizzazione

La natura dello sconto e l'opportunità del suo impiego nella valutazione economica in sanità è stato ampiamente dibattuto negli ultimi anni. Tra l'altro, è stato discusso se, nei trattamenti sanitari, costi e benefici debbano essere scontati allo stesso tasso e sono state suggerite indicazioni per l'uso di tassi di sconto differenziati: dal 2 al 6% per i costi e dallo 0 al 6% per i benefici. È una posizione derivante dalla convinzione che la perdita

di beni non commerciabili (ad esempio gli anni di vita attesi) non possa essere risarcita da una maggiore disponibilità di beni commerciabili. Poiché i beni sono commensurabili in relazione ai rispettivi prezzi, se non è possibile convertire un bene in un qualsiasi altro bene, allora non è possibile neppure attualizzare in modo uniforme tutti i beni, mancando un meccanismo di trasformazione di un bene in un altro. La radicalizzazione di tale posizione porta a scontare i costi ma non i benefici, con la conseguenza di produrre il cosiddetto «effetto paralizzante», altrimenti definito «paradosso temporale», secondo il quale risulta conveniente rinviare, *sine die*, ogni progetto sulla salute, poiché il valore attuale dei costi diminuisce sempre più con il passare degli anni mentre il valore attuale dei benefici resta costante.

Un'ulteriore fonte di discussione è costituita dall'applicazione dello sconto agli anni di vita guadagnati, poiché si raggiungono risultati diversi a seconda che gli effetti vengano considerati come numero di anni di vita attesi oppure come utilità degli anni di vita attesi. Per di più, quando gli effetti di un intervento sanitario sono espressi con misure di utilità (i QALYs combinano l'aspettativa di vita con la sua qualità) l'applicazione del tasso di sconto può costituire «una duplicazione» dato che la preferenza temporale è già incorporata in tali misure comunque calcolate, sia con la tecnica dello *standard gamble* sia con quella del *time trade-off*. Tuttavia, esiste ancora una prevalente convergenza sulla correttezza dell'attualizzazione per tali tipi di misura.

Oggetto di dibattiti è anche il valore del tasso di sconto: quello più comunemente utilizzato nella pratica (5%) sembra essere più il risultato di un «effetto di imitazione» che non la conseguenza di una razionale e dimostrabile

scelta. Infatti, le applicazioni costi-efficacia, in genere, non spiegano la ragione del tasso prescelto e i tassi utilizzati negli studi presentano una diversificazione piuttosto ampia. Da recenti rassegne della letteratura che hanno preso in esame 19 studi del periodo 1976-95 e 35 studi del periodo 1958-90, sono stati riscontrati tassi di sconto che vanno rispettivamente dallo 0% al 15% e dallo 0% al 20%.

Il GISF ritiene che il tasso di sconto vada applicato, in eguale misura, sia ai costi sia ai benefici degli interventi sanitari (ancorché in forma non monetaria), e suggerisce quello maggiormente utilizzato in letteratura, cioè il 5%, sia perché più aderente al costo-opportunità sia perché più idoneo a rendere confrontabili i diversi studi esistenti. Un tale tasso di sconto può valere per circa un quinquennio, essendo ovviamente suscettibile di revisioni, come riflesso degli inevitabili mutamenti economici.

Rispetto all'arco temporale, si suggerisce di limitare il calcolo ad una durata di 30 anni, dal momento che per ogni anno successivo l'approssimazione diventa trascurabile.

Principali raccomandazioni.

1) Si raccomanda di scontare costi ed efficacia allo stesso tasso. Si raccomanda di utilizzare un tasso pari al 5%, riportando anche i risultati in base ad un tasso pari allo 0% (ipotesi di non attualizzazione).

2) Nell'analisi di sensibilità si suggerisce di applicare tassi che vanno dallo 0% all'8%.

7. Qualità della vita e misurazione dell'utilità

L'analisi costo-utilità è un caso particolare dell'analisi di costo-efficacia, nella quale gli effetti del trattamento sanitario vengono espressi in termini

di quanto sia desiderabile (utile, preferibile) una condizione di salute per un individuo.

Il denominatore delle analisi costo utilità viene espresso più frequentemente in termini di due unità di misura: il *Quality Adjusted Life Year* o QALY e l'*Healthy Year Equivalent* o HYE. Si suggerisce di utilizzare il QALY in quanto sostanzialmente più semplice e maggiormente utilizzato.

La scelta del metodo utilizzato per assegnare un valore di utilità ai differenti stati di salute influisce in modo determinante sulle caratteristiche dell'indice, determinando le proprietà aritmetiche della corrispondente scala. Identico discorso vale, naturalmente, per il processo di reclutamento di coloro che sono chiamati a giudicare gli stati di salute, cioè ad attribuire un valore alle condizioni di salute descritte. In generale, si consiglia di riferirsi ai due seguenti metodi per derivare le utilità: il *time trade off* e lo *standard gamble*, in quanto meglio esprimono le preferenze individuali.

Si sconsiglia di utilizzare le opinioni degli esperti nel derivare i valori di utilità, come per l'indice sintetico globale presente in molti dei profili di qualità della vita.

Si suggerisce infine, qualora possibile, la somministrazione simultanea, di strumenti generici (*Short Form 36*, *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile*), di strumenti specifici alla patologia, sia infine di strumenti di rilevazione delle preferenze/utilità (ad esempio *EuroQol* e *Quality of Well Being*).

Principali raccomandazioni.

1) Gli esiti sulla qualità di vita si misurano impiegando strumenti (questionari e scale di qualità di vita) validati in ambito nazionale. Se possibile, si suggerisce l'applicazione sia di uno strumento specifico per la patologia

oggetto della valutazione economica (VE) sia di uno strumento generico.

2) La valutazione economica è opportuno contenga un'esposizione dettagliata degli strumenti, della metodologia di applicazione e dei risultati delle valutazioni di qualità di vita da cui trae gli elementi per l'analisi dell'utilità.

3) Per la valutazione economica che utilizzi l'analisi costo-utilità, l'attribuzione del valore di utilità alle condizioni di salute va ottenuta impiegando tecniche specifiche, preferenzialmente «standard gamble» e «time trade-off». La scelta dell'una o dell'altra deve essere motivata all'interno dello studio.

4) L'indicatore dell'utilità da porre a denominatore nel rapporto costo-utilità è il «QALY» (*Quality Adjusted Life Year*).

8. Analisi statistica e analisi di sensibilità

È necessario specificare che per «valutazione statistica di efficacia» si intende un processo di valutazione complessiva dello studio con particolare riferimento al disegno, conduzione e interpretazione dei risultati. Scopo finale è quello di formulare un giudizio sulla possibile efficacia dei trattamenti messi a confronto. Uno dei limiti riconosciuti all'uso del livello di significatività statistica come solo criterio di giudizio della superiore, o semplicemente diversa efficacia di un trattamento rispetto ad un altro, è quello di enfatizzare tale livello dei risultati indipendentemente dalla rilevanza clinica della dimensione dell'effetto. Paradossalmente una misura di effetto può risultare statisticamente significativa ma di significato clinico irrilevante.

Assumendo l'analisi comparativa di efficacia come modello scientifico ideale, il primo punto da considerare

prima di effettuare l'analisi farmacoeconomica appropriata, riguarda la valutazione dell'efficacia dei trattamenti confrontati. In base ai risultati della «valutazione statistica di efficacia» si procederà ad una analisi di minimizzazione dei costi o ad un'analisi costo-efficacia (ACE).

Le possibilità che si possono presentare nella conduzione dell'analisi costo/efficacia possono essere identificate in:

a) una ACE puramente deterministica dove i parametri di costo e di efficacia sono disponibili come stime puntuali (la loro variabilità è nulla) data l'origine dei parametri. Questa situazione si riscontra per nuove tecnologie mediche per le quali le osservazioni sono scarse (ad esempio, serie di pazienti) ed è comunque desiderabile una ACE a scopo di politica-sanitaria, oppure quando il ricorso ad un'opinione esperta è necessaria per stabilire una stima puntuale verosimile. In tal caso è indispensabile che vengano condotte specifiche analisi di sensibilità per quantificare l'incertezza (ignota) delle stime puntuali;

b) una ACE parzialmente probabilistica dove la variabilità campionaria è disponibile solo per i parametri di efficacia clinica, mentre la variabilità campionaria dei costi associati ai trattamenti messi a confronto non è disponibile. L'incertezza della stima puntuale dei costi viene calcolata indirettamente attraverso metodiche di simulazione e/o valutata in termini di analisi di sensibilità;

c) una ACE puramente probabilistica qualora la sperimentazione clinica permetta di rilevare stime puntuali e di variabilità sia dei parametri di efficacia che di costo. In questo caso ci si ritrova in una situazione puramente probabilistica e sarà quindi possibile procedere alla conduzione di un'analisi statistica formale che include valutazione statistiche sulle differenze os-

servate in termini di rapporto costo-efficacia.

La disponibilità di un rapporto costo-efficacia che comprenda sia al numeratore che al denominatore stime campionarie con una propria variabilità ha uno svantaggio statistico: non esiste un metodo esatto per determinare la varianza del rapporto stesso e quindi per descrivere la distribuzione unimodale o parametrica di frequenza del rapporto in termini di intervallo di confidenza. Questa difficoltà può essere superata attraverso la derivazione della varianza del rapporto costo-efficacia mediante l'approssimazione di Taylor. Nel caso di rapporti tra due differenze la cui distribuzione non sia di tipo parametrico, e dove il metodo descritto sopra non risulti essere adeguato, è possibile generare una distribuzione empirica del rapporto costo-efficacia, stimarne i limiti di confidenza e quindi condurre *test* statistici mediante l'uso di metodi non-parametrici di simulazione (*boot-strapping*).

In mancanza di dati campionari e quindi di una stima puntuale del rapporto costo-efficacia e dei suoi intervalli di confidenza, l'incertezza intrinseca dei dati soggetti alla valutazione economica è generalmente tenuta in debita considerazione attraverso l'analisi di sensibilità. Questa tecnica permette di introdurre in un contesto deterministico o parzialmente stocastico (dove per tutti o per alcuni parametri non è nota l'incertezza dovuta alla variabilità campionaria), una valutazione dell'incertezza del rapporto costo-efficacia. Nell'analisi di sensibilità, uno (analisi univariata) o più componenti (analisi multivariata) fondamentali del calcolo del rapporto costo-efficacia vengono fatti variare e il rapporto costo-efficacia viene ricalcolato per ciascuna delle condizioni descritte. Lo scopo di questo tipo di analisi è quello di valutare quanto il rapporto costo-efficacia è robusto (di quanto si modifi-

ca) per un intervallo di possibili valori che descrivano l'incertezza di uno o più parametri. L'arbitrarietà del giudizio sulla robustezza del rapporto costo-efficacia derivante da una analisi di sensibilità e la soggettività nella scelta dei parametri e dell'entità delle variazioni considerate in analisi sono considerati un limite intrinseco dell'approccio. È consigliabile condurre sempre un'analisi di sensibilità (univariata e/o multivariata) per identificare quali parametri abbiano un impatto rilevante sulle conclusioni di uno studio ACE utilizzando, se disponibili, i limiti dell'intervallo di confidenza e motivando le variazioni dei parametri considerati nell'analisi.

Principali raccomandazioni.

1) I risultati della VE devono comprendere, per l'indicatore prescelto: a) la stima puntuale; b) gli indicatori di incertezza della stima.

2) L'analisi di sensibilità va condotta almeno per i parametri che maggiormente influiscono sui risultati finali, siano essi di efficacia, di costo o relativi al tasso di sconto.

3) È preferibile condurre l'analisi di sensibilità mostrando l'effetto simultaneo delle variazioni per i parametri più rilevanti.

4) I valori per ciascun parametro da utilizzare nell'analisi di sensibilità andranno stabiliti in relazione al problema trattato: per l'efficacia si suggerisce il ricorso agli estremi degli intervalli di confidenza, mentre per i costi la variazione del valore puntuale del costo unitario è lasciata alla scelta motivata dell'estensore della valutazione economica.

9. Presentazione dello studio di valutazione economica

Il modo in cui viene presentata la valutazione economica determina sia

la lettura in termini di facilità di comprensione sia la sua valutazione in quanto permette, con differente grado di approfondimento, di verificarne l'accuratezza e la completezza. È inoltre rilevante strutturare adeguatamente la presentazione per consentire confronti fra valutazioni economiche differenti, sia nello stesso ambito di trattamento sia fra ambiti diversi. Infine, uno schema ben definito di presentazione facilita l'esecuzione della valutazione economica grazie al preciso richiamo dei contenuti che deve includere e delle fasi che devono essere seguite.

Il rapporto, pur tenendo conto delle specificità legate al tipo di trattamento e alla patologia esaminati, deve poter fornire risposte adeguate a tre fondamentali domande, centrali sia per gli autori che per i lettori:

1) I risultati sono da considerarsi validi e accettabili?

2) Quali sono le indicazioni che emergono dai risultati?

3) In quale misura i risultati sono applicabili alla realtà di riferimento?

Di seguito vengono presentate le principali raccomandazioni su come presentare gli studi di valutazione economica.

Principali raccomandazioni.

1) Il rapporto della valutazione economica deve essere suddiviso in tre parti:

a) «riassunto» della VE in cui sono contenuti gli obiettivi, la metodologia e le conclusioni principali;

b) «scheda dei contenuti» della VE in cui sono specificati gli elementi fondamentali della valutazione economica;

c) «versione estesa» della VE, il più possibile corredata di appendici e allegati per mettere in grado il lettore di verificare i risultati ed eventualmente di riprodurli.

2) La «scheda dei contenuti» della VE deve contenere i seguenti punti:

1) l'obiettivo della VE e il problema/argomento all'interno del quale si colloca;

2) i punti di vista dell'analisi (società, SSN, paziente, struttura sanitaria, ecc.);

3) i trattamenti confrontati (farmacologici ed eventualmente non farmacologici) e le motivazioni della scelta;

4) tipologia di analisi economica impiegata e le motivazioni della scelta;

5) tipologia del disegno della VE (naturalistico, modello, ecc.);

6) fonte dei dati di efficacia;

7) tipologia degli studi clinici utilizzati;

8) indicatore principale per la valutazione economica;

9) metodo utilizzato per la stima dei costi;

10) elenco delle voci di costo considerate;

11) orizzonte temporale della VE;

12) risultati espressi come indicatore di costo-efficacia (costo-utilità

o costo-beneficio) incrementale e come proiezione sulla popolazione trattabile nell'intero territorio nazionale:

12.1) in unità di risorse;

12.2) in relazione ai costi diretti e indiretti;

12.3) in relazione ai soli costi diretti per il SSN;

13) intervalli impiegati per le variabili nell'analisi di sensibilità e loro giustificazione;

14) valori massimi e minimi risultanti dall'analisi di sensibilità di cui ai punti 12.2) e 12.3);

15) dettagli sui metodi statistici impiegati;

16) conclusioni;

17) autori della VE e relativo breve *curriculum vitae*;

18) *sponsor* della VE.

10. Conclusioni

Queste raccomandazioni riprendono e sintetizzano gran parte delle indicazioni già contenute in precedenti linee guida, quali quella canadese e australiana, nonché i risultati di gruppi di lavoro quale il *Panel* del gover-

no federale degli USA, con alcune interpretazioni originali, particolarmente orientate ad una applicazione specifica per l'Italia. Le metodologie e gli aspetti teorici della valutazione economica sono sottoposti a continui aggiustamenti e dibattiti e, in alcuni casi, permangono divergenze tra gli studiosi. Pertanto, il lavoro svolto dal GISF fino ad oggi è aperto a tutti i contributi di coloro che vorranno suggerire miglioramenti e modifiche, con l'obiettivo di aggiornare costantemente gli strumenti della valutazione economica alla luce del loro impiego nei processi decisionali pubblici.

In particolare, questo documento vuole contribuire al consolidamento di un ambiente scientifico nazionale il più omogeneo e avanzato possibile per fornire al governo e alle imprese strumenti rapidi e operativi utili alla definizione ed applicazione di metodologie farmaco-economiche, per favorire la messa in opera delle procedure previste dalla delibera CIPE, e per operare con il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti interessati alle tematiche in esame.

I NUOVI ORDINAMENTI PROFESSIONALI E IL NUOVO CONTRATTO NELLE AZIENDE SANITARIE

Federica Bandini, Cristina Filannino, Antonello Zangrandi

Divisione Amministrazioni Pubbliche - SDA Bocconi

SOMMARIO: 1. Gli obiettivi - 2. I contenuti - 2.1. Prerequisiti organizzativi - 2.2. Cambiamenti relativi ai percorsi di carriera - 2.3. Cambiamenti relativi alla valutazione del personale e al trattamento economico accessorio - 2.4. Ruoli e organi coinvolti nel processo di valutazione.

1. Gli obiettivi

In seguito alla definizione dei nuovi ordinamenti professionali e del nuovo Contratto collettivo nazionale (1998-2001) si sono modificate in modo significativo le regole relative ai percorsi di carriera e allo sviluppo professionale del personale delle aziende sanitarie.

Il contratto e gli ordinamenti, pur essendo stati sviluppati in linea di continuità con il passato, presentano una serie di innovazioni che devono essere attentamente valutate sia per quanto riguarda i contenuti che regolano il rapporto di lavoro e le relazioni sindacali, sia relativamente al nuovo ruolo che si prospetta per alcune figure professionali.

Cercheremo di analizzare le conseguenze del contratto sotto il profilo gestionale ed organizzativo; si vuole cioè comprendere quali sono le possibilità per realizzare un servizio maggiormente qualitativo e maggiormente idoneo a raggiungere gli obiettivi di efficienza.

A questo proposito è utile sottolineare come la gestione della risorsa umana assuma particolare rilevanza: è unanimemente condivisa l'opinione che l'uomo sia la risorsa fondamentale

delle organizzazioni, ma ciò è particolarmente vero nelle aziende sanitarie, aziende di servizi nelle quali competenze, conoscenze, abilità e motivazioni di chi vi opera determinano la qualità del risultato aziendale e il soddisfacimento delle finalità istituzionali.

Proprio per questo motivo l'attenzione alle possibilità di allineare «i comportamenti necessari» ai «comportamenti reali», frutto della motivazione degli operatori, assume un'importanza fondamentale.

Si tratta di approfondire queste tematiche al fine di progettare l'applicazione di alcuni strumenti innovativi che, con l'obiettivo di ricercare efficienza all'interno delle organizzazioni, consentano il recupero della spinta motivazionale del personale attraverso il riconoscimento delle professionalità e la valorizzazione dei risultati, e allo stesso tempo consentano una maggiore razionalizzazione e flessibilità dell'organizzazione del lavoro all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.

Le ipotesi di fondo sulle quali si basano le successive considerazioni e proposte possono essere così sinteticamente indicate:

— le politiche sanitarie nazionali e regionali si realizzano nella misura in cui le aziende sanitarie sono orientate alla qualità del servizio e delle prestazioni e perseguono efficienti modalità di impiego delle risorse;

— il governo delle aziende deve dunque essere collegato ai risultati sanitari e al rispetto dell'efficienza; in tutta l'azienda deve essere presente una forte tensione condivisa verso i risultati aziendali (e non particolari, di specifiche categorie o famiglie professionali);

— il personale dell'azienda, e in particolare le figure manageriali, sono gli elementi sui quali investire (da valorizzare) per favorire il raggiungimento degli obiettivi desiderati;

— il *management* nelle aziende sanitarie non è collegato alle sole posizioni di vertice, ma coinvolge numerosi altri ruoli proprio in virtù delle specificità gestionali e delle caratteristiche del servizio erogato;

— il *management* è perciò rintracciabile in tutti quei ruoli che svolgono una funzione di coordinamento e di indirizzo nell'impiego delle risorse aziendali;

— fino ad ora le norme contrattuali, e le modalità rigide di inquadramento, non consentivano in alcun modo di

esercitare l'autonomia dell'azienda nel campo della gestione del personale.

2. I contenuti

2.1. Prerequisiti organizzativi

Preventivamente all'applicazione del contratto l'azienda sanitaria deve concentrare le sue forze su due fronti estremamente importanti affinché il contratto stesso diventi uno strumento mediante il quale l'organizzazione possa conseguire maggior efficienza e flessibilità nel mercato interno del lavoro:

- il regolamento organizzativo aziendale;
- il regolamento aziendale in tema di contratto.

2.1.1. Il regolamento organizzativo aziendale

La applicazione di alcuni istituti contrattuali (in particolare la possibilità di definire l'area delle «posizioni organizzative») deve seguire logicamente la riprogettazione organizzativa interna.

Infatti la progettazione (o riprogettazione) organizzativa consiste principalmente nell'individuazione delle articolazioni funzionali e nella definizione dei contenuti di responsabilità, la graduazione delle posizioni consentite invece di «valutare» il livello di responsabilità.

Tale disegno organizzativo ha due «riferimenti oggettivi»: da un lato i servizi che si vogliono realizzare sotto il profilo quantitativo e qualitativo e dall'altro le strategie che l'azienda vuole perseguire.

L'architettura organizzativa e la individuazione di particolari posizioni organizzative dovranno essere coerenti; la valorizzazione di alcune posizioni rispetto ad altre chiude in un certo

senso logicamente il processo di riprogettazione organizzativa (e la definizione del relativo regolamento organizzativo aziendale) assegnando particolare rilievo ad alcune figure di responsabilità e inviando alcuni messaggi sulla rilevanza strategica di determinate posizioni (ad esempio il peso di un distretto rispetto ad un dipartimento, o di un servizio territoriale rispetto ad un altro) evitando l'errore di separare l'organigramma dalla valorizzazione delle posizioni organizzative.

2.1.2. Il regolamento aziendale in tema di contratto

L'applicazione degli istituti contrattuali prevede che in ambito aziendale vengano definite le modalità di svolgimento delle selezioni per la progressione orizzontale e verticale (allegato 2 del contratto). Ovvero si dovrà prevedere un regolamento che contenga:

- le modalità di verifica dei requisiti di professionalità stabilendo i criteri con cui espletare la progressione interna nel sistema classificatorio;
- la fissazione dei criteri *standard* per la valutazione dei titoli di studio e dei corsi di formazione;
- le modalità di valutazione dei percorsi formativi.

Inoltre il regolamento dovrebbe contenere il cosiddetto «manuale di valutazione» con le linee guida per il passaggio economico orizzontale (metodologia e strumenti per la valutazione di risultati).

Un importante impegno delle aziende sarà dunque quello di esplicitare scelte di particolare rilevanza per lo sviluppo professionale dei propri dipendenti, dovendo rispondere alle esigenze di congruità tra il contenuto del lavoro e il profilo professionale dei singoli.

Tale documento dall'altra parte consentirà al personale di avere chiari

e definiti i requisiti richiesti per il proprio avanzamento economico e di carriera.

2.2. Cambiamenti relativi ai percorsi di carriera

I cambiamenti relativi ai percorsi di carriera previsti dal nuovo contratto sono:

- la progressione economica orizzontale;
- la progressione verticale;
- la graduazione delle posizioni e l'attribuzione degli incarichi professionali e manageriali.

2.2.1. La progressione economica orizzontale e la progressione verticale

La prima novità offerta dalla combinazione del nuovo contratto con gli ordinamenti professionali consiste nell'abolizione del precedente inquadramento giuridico del personale (i livelli previsti nel D.P.R. 761/79) e nella possibilità di prevedere percorsi interni di carriera.

Tali percorsi prevedono una progressione di carriera verticale (passaggio tra una categoria e quella superiore) ed una progressione economica orizzontale nell'ambito della stessa categoria.

Tale sistema può generare maggior flessibilità, cioè la possibilità di meglio adeguare le esigenze organizzative alle caratteristiche del servizio offerto.

Ciascuna azienda può programmare perciò due distinte ma collegate azioni:

- lo sviluppo di posizioni organizzative per erogare servizi maggiormente efficienti;
- lo sviluppo di carriera delle persone al fine di rendere maggiormente coerenti le aspettative delle persone con i ruoli svolti.

La peculiarità di queste due nuove procedure di avanzamento nel sistema classificatorio è insita nelle necessità di introdurre in entrambi i casi processi valutativi che diventano quindi la normale modalità tramite cui le aziende sanitarie possono «monitorare» le *performance* degli operatori, prendere decisioni in merito allo sviluppo professionale degli stessi ed intervenire con appositi strumenti operativi in tema di direzione della risorsa umana.

La progressione di carriera orizzontale, intesa come il normale percorso che ogni dipendente può effettuare nell'ambito della propria categoria di appartenenza, avviene a seguito di una «valutazione selettiva» fatta ad opera della direzione aziendale, nella quale gli elementi di valutazione riguardano i risultati ottenuti, l'impegno, la qualità delle prestazioni rese (fino alla quarta fascia retributiva); il grado di coinvolgimento nei processi aziendali, la capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi, il grado di partecipazione alle esigenze di flessibilità, di disponibilità alla mobilità programmata, all'iniziativa personale in tema di soluzioni a problemi pertinenti l'organizzazione del lavoro (per il passaggio nella quinta fascia) (1).

Per quanto riguarda invece la progressione verticale il passaggio dell'operatore tra categorie diverse è fatta mediante selezione interna che si basa sulla verifica della professionalità richiesta al profilo superiore mediante prova teorico-pratica, colloquio e valutazione comparata dei curricula dove, oltre ai titoli di studio previsti e regolamentati dalla professione, sono contemplati anche qualificati corsi di formazione ed aggiornamento professionale. A questo proposito l'aspetto interessante, oltre alla presentazione da parte del personale di più titoli nei quali si verifica una formazione «a tut-

to campo» dell'individuo (professionale ma anche eventualmente manageriale), è la riflessione che le aziende devono fare sull'adeguatezza della persona rispetto al contenuto del lavoro da svolgere. Le direzioni aziendali si devono impegnare mediante propri atti regolamentari a correlare la formazione posseduta dal singolo con le attività tipiche della posizione di lavoro che sarà ricoperta a seguito della selezione.

Ciò rappresenta una forte valorizzazione dell'autonomia aziendale, della possibilità in ciascuna azienda di sviluppare una azione coerente e forte rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

2.2.2. La graduazione delle posizioni organizzative e l'attribuzione degli incarichi

Il contratto del comparto prevede, coerentemente con il contratto dei dirigenti, una indennità riconosciuta alle posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità e professionalità. La retribuzione di posizione deve essere collegata alle posizioni di lavoro effettivamente ricoperte dagli operatori.

Il contratto stabilisce che le posizioni organizzative possono riguardare lo svolgimento di:

- funzioni di direzione (di servizi, dipartimenti, uffici, unità organizzative di particolare complessità);
- attività con contenuti ad alta specializzazione (quali attività di *staff* e/o studio, di ricerca, ispettive di vigilanza e controllo, di coordinamento di attività didattica);
- attività con contenuti di alta professionalità (quali i processi assistenziali).

La graduazione delle posizioni in ambito aziendale può assumere una rilevanza estremamente diversa in fun-

zione delle mansioni e responsabilità da graduare in quanto in alcuni casi trattasi di posizioni di natura manageriale mentre in altri trattasi di posizioni legate ad attività professionale quindi connessa al ruolo di «professionista» dell'operatore a cui si attribuisce l'indennità di funzione.

Questo è un tema che riguarda alcuni operatori che da anni sono alla ricerca di una forte identità professionale e di una autonomia nell'ambito della professione. Occorre in questa direzione riflettere sull'autonomia professionale e sul ruolo che l'organizzazione riconosce a questi professionisti sia in termini di «autonomia nello svolgimento di funzioni specialistiche e professionali» sia nell'ambito «delle modalità organizzative di coordinamento».

Mentre il contratto (articolo 20) parlando di «posizioni organizzative e graduazione delle funzioni» menziona indifferentemente le due configurazioni ed i criteri in base ai quali espletare il procedimento, i fattori di valutazione devono essere differenti. Nel caso dell'incarico professionale questi sono collegati alla «maturità professionale» raggiunta, alle attività svolte, al *curriculum* personale; nell'incarico manageriale alle responsabilità organizzative e gestionali ricoperte nell'ambito dell'unità operativa (semplice o complessa che sia).

Per l'attribuzione dell'incarico il contratto (nell'articolo 21, «affidamento degli incarichi per le posizioni organizzative e loro revoca») stabilisce che esista congruità tra le funzioni, le attività da svolgere da un lato e i requisiti culturali, le capacità professionali e le esperienze acquisite dal personale dall'altro. Ciò significa congruità tra le caratteristiche della posizione ed il profilo personale dell'operatore. Tale congruità, che si esprime anche mediante il raggiungimento da parte dell'operatore dei ri-

sultati previsti per la posizione, si riassume in una valutazione positiva o negativa della persona che viene poi iscritta nel fascicolo personale del dipendente.

In tema di posizioni organizzative l'applicazione del contratto solleva alcune problematiche di natura «tecnico-metodologico» e altre di natura «politico-strategico», in particolare:

1) quale metodologia utilizzare per l'analisi e per la valutazione delle posizioni organizzative;

2) come differenziare la retribuzione di posizione e quindi come identificare e pesare i fattori di valutazione;

3) quante posizioni organizzative remunerare mediante l'indennità di funzione e quindi a quante posizioni riconoscere una valenza strategica in linea con la *mission* dell'azienda. Concretamente ciò significa, per quelle posizioni con «alto» contenuto professionale e manageriale, innalzarle dal punto di vista retributivo rispetto alle altre posizioni creando percorsi di carriera interni all'organizzazione aziendale.

Queste scelte consentono di capire «l'orientamento strategico» dell'azienda nei confronti delle politiche del personale e gli strumenti operativi che concretamente mette in campo per la direzione (2) dello stesso.

La finalità di graduare e differenziare alcune posizioni esprime la volontà della direzione generale di riconoscere la rilevanza e l'onere dell'assunzione di specifici contenuti di responsabilità rispetto alle finalità aziendali, potendo questo riconoscimento operare come significativo stimolo motivazionale e importante meccanismo equilibrativo rispetto all'impegno richiesto nelle singole posizioni dirigenziali e di coordinamento.

2.3. Cambiamenti relativi alla valutazione del personale e al trattamento economico accessorio

I cambiamenti previsti dal contratto relativi alla valutazione del personale e al suo trattamento economico accessorio si riconducono:

— alla produttività collettiva collegata al miglioramento dei servizi e il premio per la qualità delle prestazioni individuali;

— al collegamento tra il sistema di *budget* ed incentivi.

2.3.1. La produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e il premio della qualità delle prestazioni individuali

La retribuzione di risultato, intesa come parte variabile dello stipendio legata alla produttività collettiva ed al miglioramento dei servizi rimane invariata, in quanto logica di applicazione, rispetto a quanto previsto nel contratto precedente (quadriennio 1994-1997).

Tale retribuzione assume ruolo rilevante come fattore che incentiva elevate *performance* da parte degli operatori (intendendo con questo termine l'insieme dei comportamenti e dei risultati lavorativi); *performance* collegate al raggiungimento degli obiettivi negoziati tra la direzione ed i dirigenti a cui il personale del comparto fa riferimento per l'esercizio della propria attività.

La valutazione delle *performance* individuali, come già evidenziato nel punto precedente, è in questo nuovo contratto anche collegato al sistema di progressione di carriera (orizzontale), e non solo alla distribuzione della quota variabile per la produttività collettiva o al premio per la qualità delle prestazioni individuali.

A differenza di quanto accaduto con il precedente contratto dunque, dove la valutazione sulle prestazioni

rese non sempre è stata realizzata, non sarà più possibile prescindere dalla stessa.

Ogni azienda dovrà progettare sistemi di valutazione del personale collegati a sistemi di programmazione e controllo (il cosiddetto sistema di *budget*) in grado di esplicitare obiettivi gestionali facilmente verificabili. Ciò consentirà di legare in maniera puntuale il raggiungimento degli obiettivi individuali o di gruppo con il raggiungimento degli obiettivi aziendali e rendere coerenti i sistemi operativi di gestione del personale con i sistemi di programmazione e controllo, garantendo la necessaria trasparenza e oggettività.

2.3.2. I sistemi di valutazione del personale

Le motivazioni per le quali si introducono sistemi di valutazioni nelle aziende di servizi, sono molteplici, dalla necessità di orientare i comportamenti organizzativi al raggiungimento dei risultati aziendali, alla possibilità di avere indicazioni chiare riguardo i fabbisogni di formazione del personale, oltre che di razionalizzare i sistemi retributivi rendendoli più equi e motivanti.

La valutazione delle prestazioni, finalizzata alla gestione del sistema premiante per incentivare e sviluppare la produttività (e solo di conseguenza legata anche all'applicazione di politiche retributive), consente inoltre di conferire elasticità alla gestione del mercato interno del lavoro al fine di renderlo più dinamico e concorrenziale.

I sistemi di valutazione devono diventare uno strumento formalizzato e sistematico di gestione, che consentano di procedere in maniera continuativa, costruttiva e omogenea alla valutazione dei risultati e dei comportamenti per l'attribuzione di sistemi premianti

di natura economica e non economica. L'omogeneità verrà garantita dal supporto di scelte di natura organizzativa e strutturali che consentiranno anche il necessario consenso e condivisione.

I sistemi di valutazione sono correlati a molti degli istituti contrattuali previsti dal nuovo contratto di lavoro, nel senso che essi sono possibili se ancorati ad informazioni ed indicatori che risultano da strumenti operativi di valutazione.

Si ricorda infatti che la progressione orizzontale, verticale, la conferma dell'incarico per la posizione organizzativa e l'attribuzione della retribuzione di risultato sono subordinate ad una valutazione positiva delle *performance* rese da parte del gruppo e/o del singolo.

Il concetto nuovo che relativamente a questo tema emerge dal contratto è l'idea di valutazione come opportunità di crescita e di sviluppo professionale del personale (3).

La valutazione diventa perciò un'azione continua che la direzione aziendale effettua sui risultati raggiunti dal personale al fine di verificare caratteristiche e potenziale del patrimonio umano presente nell'organizzazione nonché la loro rispondenza agli obiettivi strategici.

La valutazione poiché collega la progressione economica dovuta ai passaggi nella categoria/tre le categorie con lo sviluppo professionale del personale e l'istituto di indennità di funzione con l'istituto connesso alla retribuzione di risultato diventa (4) «globale» cioè comprensiva di più aspetti.

La valutazione diventa inoltre «costruttiva» in quanto rimane come patrimonio dell'organizzazione poiché inclusa nel fascicolo personale del dipendente del quale si tiene conto nell'affidamento di altri incarichi.

La progressione nel sistema classificatorio che prevede risultati e capa-

cià da acquisire e dimostrare e l'attribuzione della posizione organizzativa, che prevede concrete scelte aziendali a fronte di metodologie di analisi e valutazione del lavoro, si collegano con la verifica delle *performance* delle persone.

2.4. Ruoli e organi coinvolti nel processo di valutazione

L'introduzione dei sistemi di valutazione (e l'applicazione dei relativi istituti contrattuali) necessita la definizione dei ruoli e degli organi coinvolti, ed in particolare:

- il Nucleo di valutazione;
- la dirigenza e i coordinatori.

2.4.1. Il Nucleo di valutazione

L'istituzione dei Nuclei di valutazione o Servizi di controllo interno sono ritenuti essenziali per attuare il processo di aziendalizzazione del SSN (art. 20 del D.L.vo 29/93 e art. 3 del D.L.vo 502/92). I due articoli sopra citati attribuiscono ai Nuclei di valutazione un ruolo molto ampio, in particolare la verifica, mediante valutazioni comparative di costi e rendimenti, della realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa.

Il D.L.vo 29 prevede che siano istituiti mediante regolamenti interni e che gli stessi possano avvalersi di consulenti esterni esperti di tecniche di valutazione e di controllo di gestione.

Il Contratto collettivo nazionale dei dirigenti attribuisce al Nucleo di valutazione la responsabilità di valutare i risultati conseguiti dai dirigenti (in relazione allo svolgimento degli incarichi attribuiti).

Il nuovo contratto del personale del comparto prevede che le aziende definiscano i criteri in base ai quali

applicare i sistemi di valutazione dei risultati e che i NDV (art. 21, comma 5) verifichino e validino i criteri per la graduazione delle posizioni organizzative.

Prevede inoltre che lo stesso (art. 38, comma 6) verifichi la possibilità di incrementare i fondi per la produttività collettiva e per la qualità delle prestazioni individuali, a fronte del raggiungimento di determinati risultati.

La possibilità di incrementare i fondi a livello aziendale costituisce una grossa novità che ha come conseguenza l'attribuzione di una rilevante autonomia agli enti nella definizione delle politiche del personale.

2.4.2. La dirigenza ed i coordinatori

I dirigenti e i coordinatori (collaboratori professionali) giocano un ruolo fondamentale nel processo di valutazione poiché contribuiscono a determinare le politiche retributive del personale e in alcuni casi sono responsabili della valutazione delle prestazioni e quindi della retribuzione e dei percorsi di carriera dei singoli operatori.

Si tratta di utilizzare tutti gli strumenti manageriali collegati alla valutazione (quando attivabili), alla definizione di obiettivi, alla ricerca della motivazione degli operatori, alla delega di responsabilità.

La flessibilità che almeno sulla carta pare aprire questo contratto deve trovare dirigenti capaci e attenti.

L'applicazione di questo contratto prevede dunque una grossa responsabilizzazione di queste figure nella definizione delle politiche del personale e nell'orientare i comportamenti organizzativi verso le finalità aziendali.

Naturalmente il ruolo attribuito loro è anche collegato alle scelte di natura organizzativa e al «reale conferimen-

to» e decentramento di responsabilità in merito.

(1) Si ricorda che l'art. 35 comma 2 del contratto recita «... per utilizzare gli elementi previsti dal comma 1 (come effettuare la progressione economica) in ogni azienda ed ente sono adottate metodologie per la valutazione perma-

nente delle prestazioni e dei risultati dei singoli dipendenti».

(2) Con il termine direzione del personale s'intende sia l'azione amministrativa che l'azione di governo e di sviluppo professionale che l'organizzazione ha nei confronti del personale.

(3) Questo approccio alla valutazione contrasta con quello attualmente insito mentalità del personale dove il termine valutazione è si-

nonimo di mero giudizio spesso svincolato dal conseguimento di obiettivi gestionali

(4) L'articolo 21 comma 4 del contratto riporta il seguente pensiero «il risultato delle attività svolte dai dipendenti cui siano stati attribuiti incarichi di funzione è soggetto a specifica e periodica valutazione di cadenza non inferiore all'anno. La valutazione positiva dà anche titolo alla corresponsione della retribuzione di risultato».