

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 0258362598

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, 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 1992

— fotocomposta da **SIPIS** 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.

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Il finanziamento delle politiche sanitarie e assistenziali: le aree di confine**
Elio Borgonovi
- Sez. 1^a - **Saggi e ricerche**
- 9 **Il ruolo dei quadri intermedi delle professioni sanitarie nel processo di aziendalizzazione. Alcune evidenze empiriche**
Elena Zuffada
- 33 **Case management: approccio sistemico alla gestione del paziente**
Elisabetta Trinchero
- 47 **Spunti di riflessione su taluni aspetti economico-finanziari, organizzativi, strategici ed etici della libera professione *intra-moenia***
Massimo Sargiacomo
- 65 **Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna**
P. Pesci, M. Zanetti, M.P. Fantini, E. Roversi, M. Merlin, M. Santi
- 75 **Il percorso del paziente ospedaliero**
Mariangela Lomastro, Maria Cristina Vichi
- Sez. 3^a - **Esperienze innovative**
- 93 **L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'A.P.S.S. trentina**
Giorgio Casati, Andrea Francesconi, Marino Nicolai, Aldo Webber, Franco Zigrino
- 107 **Progetto per la gestione sistemica dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**
Adelaide Ippolito
- Sez. 4^a - **La sanità nel mondo**
- 121 **Le carte sanitarie: l'esperienza di alcuni paesi europei**
Valentina Mele
- 133 **La via francese all'accreditamento**
Emidia Vagnoni
- Sez. 6^a - **Biblioteca**
- 147 **Recensioni**
- 149 **Novità bibliografiche**
- 154 **Spoglio riviste**
- 158 **Bibliografia monotematica**
- 164 **Tesi di laurea**

Errata corrige

Per errore nell'articolo di A. Federici e Lojudice, pubblicato sul n. 31 di Mecosan nella sezione Esperienze innovative, è stata indicata la ASL RM 6 anziché la ASL RM E quale ente presso cui opera l'autore Antonio Federici. Ce ne scusiamo con lui e con i nostri lettori.

IL FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SANITARIE E ASSISTENZIALI: LE AREE DI CONFINE

Elio Borgonovi

Lo stato moderno si qualifica per l'esistenza di politiche pubbliche nel campo dei servizi alla persona che possono essere definite come «interventi organici» tramite cui la società organizza la risposta a bisogni il cui soddisfacimento configura la tutela della piena dignità della persona. Tra essi sono sicuramente inclusi:

— *il recupero, il mantenimento e la promozione dello stato di salute cui si rivolgono le politiche sanitarie;*

— *il mantenimento di condizioni di vita, che la società, nella evoluzione dei propri valori, giudica essenziali e irrinunciabili per ogni persona, in soggetti che non sono in grado, per ragioni varie, di raggiungere autonomamente tali standard minimi, bisogni cui si rivolgono le politiche assistenziali.*

Le stesse definizioni appena richiamate in termini sintetici evidenziano un primo problema connesso alla identificazione del contenuto concreto dei bisogni da soddisfare e, di conseguenza, dell'oggetto specifico delle politiche pubbliche. Tale specificazione deve tenere conto di molteplici aspetti ed in particolare:

— *quello tecnico-scientifico che riguarda, ad esempio, l'eliminazione di malattie o il recupero delle funzioni motorie (nel caso della sanità), o la possibilità di nutrirsi o di avere un luogo non malsano dove riposare (nel caso delle politiche assistenziali);*

— *quello etico, legato alla evoluzione dei valori della società che tende a definire in modo sempre più ampio i bisogni ritenuti espressione della dignità della persona di cui la società stessa ritiene opportuno darsi carico;*

— *quello giuridico, che nasce a seguito della codifica per legge del diritto di determinati gruppi di persone di veder soddisfatti certi bisogni;*

— *quello economico, legato alla disponibilità di risorse «limitate rispetto al complesso dei bisogni» (e perciò definite economiche), da impiegare per soddisfare i bisogni sanitari e assistenziali.*

Sono questi aspetti tra loro interdipendenti, nel senso che l'evoluzione delle conoscenze (aspetto tecnico-scientifico), ampliando la possibilità di dare risposte efficaci a certi bisogni, influenza l'evoluzione dei valori e degli atteggiamenti prevalenti nella società: la vita in condizioni igienico-sanitarie e in ambienti degradati o la perdita di relazioni a causa di disabilità fisiche e psichiche, che in passato erano «accettate perché ritenute non modificabili», vengono considerate in seguito come condizioni da superare tramite adeguate politiche pubbliche. A sua volta l'evoluzione dei valori sociali condiziona la legislazione in campo sanitario e assistenziale che si riflette sui processi di destinazione delle risorse economiche. Peraltro, i vincoli sulle risorse condizionano la

possibilità di applicare concretamente le normative e di dare effettiva realizzazione a certi valori della società e a certe «potenzialità» create dal progresso scientifico. In particolare si sottolinea come la stretta interdipendenza tra i quattro aspetti contribuisca a rendere difficile, e sempre più spesso impossibile, la delimitazione dei contenuti dei bisogni e la loro distinzione tra bisogni sanitari e bisogni assistenziali. Perciò nella realtà è possibile individuare:

— *bisogni sanitari o assistenziali o sociali in senso stretto (aree di bisogni sempre meno frequenti);*

— *bisogni socio-sanitari o socio-assistenziali o sanitari e socio-assistenziali (aree di bisogni in continua, strutturale e rapida espansione).*

Si ampliano pertanto le cosiddette aree di confine, definibili in tal modo quando le responsabilità per l'offerta di servizi e/o per il finanziamento possono essere (a seconda di scelte politiche dei diversi periodi) riferibili a competenze formali sia di organi decisionali appartenenti al sistema sanitario sia di organi decisionali appartenenti al sistema assistenziale.

Si fa riferimento agli interventi rivolti ai portatori di disabilità per i quali, oltre all'aumento delle possibilità di recupero di accettabili livelli di funzionalità sul piano fisico e psichico (aspetto sanitario), si vanno oggi diffondendo forme di assistenza con

l'uso di protesi e in generale di tecnologie sostitutive delle funzioni mancanti (o deboli) che favoriscono anche l'inserimento sociale. Altro ambito di intervento di confine è quello delle patologie cronico-degenerative che in genere in passato portavano a una rapida morte o a una condizione di esclusione dalle forme di vita sociale e che, invece oggi, sono caratterizzate da un allungamento della sopravvivenza (contributo di farmaci e altri trattamenti sanitari) che necessariamente implicano interventi finalizzati a «dare maggiore qualità alla vita» (di carattere assistenziale). Nell'ambito della cronicità, o comunque della necessità di una assistenza continua per tempi lunghi, se non addirittura per l'intera vita, rientrano molte forme psichiatriche o di disagio psichico per le quali:

— è spesso difficile o impossibile individuare le cause del bisogno che possono essere legate a disfunzioni organiche o funzionali (e quindi rientranti nel campo sanitario) o a cause sociali (e quindi riferibili all'area assistenziale);

— sono previste forme di trattamento con farmaci o di altre terapie chiaramente sanitarie congiuntamente ad azioni di sostegno e di recupero di carattere più specificamente assistenziale.

Va infine ricordata la sempre più ampia classe della popolazione anziana, in aumento in tutto il mondo a seguito di scoperte medico-scientifiche che hanno consentito di debellare o almeno di combattere molte malattie, specie di tipo epidemico, ed a seguito del miglioramento delle generali condizioni di vita (ad esempio migliore alimentazione, bonifica di aree malsane, eliminazione di lavori pesanti, disagiati e dannosi per la salute, ecc.). La popolazione anziana è portatrice di bisogni caratterizzati da una forte commistione di aspetti sanitari (ma-

lattie acute che richiedono un trattamento particolare a causa delle debolezze dell'organismo che non reagisce autonomamente sul piano fisico e psichico, maggiore incidenza di malattie cronico-degenerative), di aspetti assistenziali (l'anziano ha spesso bisogno di aiuto per svolgere alcune funzioni fondamentali quali vestirsi, lavarsi, nutrirsi, camminare) e di aspetti sociali (la possibilità di mantenere una vita di relazione ha spesso effetti benefici sul piano della salute).

Con riferimento a tutti questi ambiti, si può osservare che mentre in passato compito e obiettivo delle politiche pubbliche era quello di aumentare la capacità di trovare risposte efficaci e significative tramite il sostegno alla ricerca e tramite l'ampliamento della «copertura sanitaria e assistenziale» sul piano giuridico, oggi il problema centrale delle politiche pubbliche sembra essere l'opposto, ossia come «selezionare» i bisogni da soddisfare o, comunque, come stabilire un ordine di priorità di fronte ad una «enorme potenzialità di interventi efficaci».

Un problema che può essere affrontato sul piano della ripresa di una forte riflessione sui valori della vita, della salute, della sofferenza, delle implicazioni etico-morali connesse ad interventi attivi che modificano il flusso della vita (si pensi ai trapianti, al mantenimento in vita di persone in uno stato «vegetale», al cosiddetto accanimento terapeutico) e tramite un razionale uso della leva del finanziamento. Infatti, riducendo progressivamente l'effetto di selezione «naturale» dovuto alla mancanza di conoscenze scientifiche, la selezione dei bisogni e la definizione dell'ordine di priorità degli interventi dipendono sempre più dalla disponibilità di risorse finanziarie necessarie per organizzare l'offerta di servizi.

Con riferimento alla realtà italiana, il problema del finanziamento del-

le aree di confine tra politiche sanitarie e assistenziali (meglio socio-assistenziali) va analizzato considerando i tre seguenti elementi:

1) rapporti tra Stato, Regioni, enti locali che riguardano l'attuazione delle riforme delle autonomie locali e del federalismo;

2) modalità tecniche di finanziamento degli interventi;

3) opportunità, sul piano logico, e concreta possibilità, sul piano tecnico-contabile, di misurare la «produttività» del finanziamento, ossia il rapporto tra risultati ottenuti e quantità di risorse impiegate.

Con riguardo al primo elemento si rileva che sul piano formale le competenze in materia assistenziale sono attribuite agli enti locali, mentre quelle in materia sanitaria sono distribuite tra lo Stato e le Regioni, con un progressivo aumento del peso di queste ultime nel modello di sistema introdotto con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 e confermato con il decreto legislativo 229/99. Questa distribuzione delle competenze ha portato ad una situazione nella quale esiste tuttora un finanziamento specifico, a destinazione vincolata, per la sanità, mentre il finanziamento degli interventi assistenziali è definito dagli enti locali e dalle Regioni nell'ambito delle risorse indistinte ad essi attribuite dal sistema di finanza pubblica, ossia in parte ottenute con tributi propri, in parte ottenute con trasferimenti non finalizzati da parte dello Stato.

Per tutti gli anni ottanta, in presenza di una limitata autonomia finanziaria delle Regioni e degli enti locali e di una disponibilità di fatto dello Stato ad intervenire a copertura di disavanzi della sanità a consuntivo, pur in presenza di una normativa che non prevedeva ciò, si erano diffusi politiche e comportamenti che favorivano l'ampliamento degli interventi delle Unità sanitarie locali ad aree di servi-

zi a forte contenuto assistenziale con l'imputazione della spesa finanziata al Fondo sanitario nazionale.

Anche in relazione al modello istituzionale che fino al 1991 prevedeva il coinvolgimento diretto dei comuni tramite la nomina dei componenti dei Comitati di gestione delle UU.SS.LL., sono state favorite politiche di ricerca e sviluppo di modelli integrati di offerta per le aree di confine e di finanziamento in gran parte derivante dal Fondo sanitario nazionale. Tali politiche di integrazione tra servizi sanitari e assistenziali non sono state uniformi su tutto il territorio nazionale. In alcune Regioni sono state realizzate in modo più completo ed efficace, mentre in altre ha prevalso la logica della separazione con una minore qualità dei servizi e più bassa efficacia delle risposte ai bisogni.

La riforma del 1992/93, oltre alla trasformazione delle unità di base del sistema sanitario da «strutture operative dei Comuni» ad «aziende delle Regioni dotate di autonomia giuridica» (aziende di servizi territoriali e aziende ospedaliere), ha introdotto una più rigorosa logica di responsabilizzazione delle Regioni nella copertura della spesa sanitaria, almeno sul piano della normativa visto che anche negli anni successivi è continuata la pratica della copertura dei disavanzi a consuntivo, seppure parziale, da parte dello Stato.

Ciò ha comportato l'introduzione di più rigorose norme contabili finalizzate alla separazione della spesa di natura sanitaria e della spesa di natura assistenziale da attribuire rispettivamente alle aziende sanitarie e ai Comuni. Si fa osservare che l'obiettivo, corretto e da condividere, di fare chiarezza sulle responsabilità dei vari enti con riguardo al controllo della spesa pubblica e di ricostruire una correlazione più diretta tra autonomia nell'esercizio delle funzioni e decisio-

ni sui livelli quali-quantitativi dei servizi e finanziamento della spesa, è stato perseguito con strumenti e modalità che hanno influenzato le scelte organizzative dei servizi. In molte Regioni, infatti, la netta separazione tra finanziamento della componente sanitaria e finanziamento di quella assistenziale ha determinato il rallentamento e perfino l'inversione di tendenza delle politiche di integrazione dei servizi (effetto negativo).

La riduzione della spesa sanitaria, l'attribuzione ai Comuni di una maggiore quota di finanziamento per gli interventi di carattere assistenziale da utilizzare eventualmente per finanziare servizi «delegati» alle aziende sanitarie tramite accordi e convenzioni (per anziani, cronici, portatori di disabilità, ecc.), ha in molti casi determinato il ritorno ad una «frammentazione» dell'offerta di servizi che per loro natura richiederebbero una serie di azioni organiche e integrate. In molti casi, poi, si sono avuti effetti di duplicazione dei servizi (esempio di interventi a favore degli anziani con prevalenza di contenuto sanitario da parte delle aziende sanitarie e con prevalenza di contenuto assistenziale da parte dei Comuni) o di non erogazione del servizio a seguito dei classici processi di «rinvio delle competenze» tra aziende sanitarie e Comuni. Data la sua natura, l'area della assistenza psichiatrica e in generale del disagio psichico è stata tra quelle maggiormente penalizzate da fenomeni di frammentazione, inutili duplicazioni di interventi tra loro non coordinati, mancata erogazione del servizio per motivi di «rinvio delle competenze».

Un secondo aspetto rilevante delle politiche di finanziamento riguarda le modalità tecniche utilizzate. In un sistema di finanziamento pubblico basato sulla fiscalità, tali modalità sono essenzialmente collegate ai criteri

tramite cui il fondo sanitario viene ripartito tra le Regioni e tramite cui le risorse regionali (quelle del fondo nazionale e quelle eventualmente aggiunte dal proprio bilancio) affluiscono alle strutture che producono ed erogano i servizi. A partire dalla riforma dei decreti 502/92 e 517/93, tali criteri sono stati di tipo «misto» e per certi aspetti contraddittori, essendo riconducibili al parametro del finanziamento pro capite per le aziende territoriali e al parametro della «tariffa per caso trattato» (sistema DRG) per il finanziamento delle aziende ospedaliere. Sistema contraddittorio perché sul piano teorico il finanziamento pro capite dovrebbe spingere a privilegiare forme di prevenzione (che riducono i costi dei trattamenti diagnostico-terapeutici) e forme di assistenza integrate (che riducono i costi complessivi), mentre il finanziamento «a tariffa per caso trattato» spinge a privilegiare gli interventi di tutela della salute legati alla diagnosi e terapia e a concentrare l'attenzione sul singolo «evento di salute» e sulla efficienza di specifiche prestazioni o di specifici servizi o «pacchetti di servizi». La forte enfasi sull'equilibrio di bilancio delle aziende, la maggiore facilità nella determinazione dei costi relativi al trattamento di specifici eventi di salute rispetto alla determinazione dei costi del trattamento integrato di patologie croniche, dei disabili e degli anziani, il maggiore prestigio di cui gode la medicina diagnostica e terapeutica (specie quella specialistica), hanno nei fatti portato ad una più elevata influenza delle modalità di finanziamento del tipo «tariffa per caso trattato». Anche in questo caso i comportamenti non sono stati uniformi e vi sono state applicazioni non sempre rigorose del sistema a causa degli interventi di copertura dei disavanzi a consuntivo, ma si può certamente affermare che le politiche sanitarie sono state forte-

mente condizionate dal sistema di finanziamento «a tariffa» a partire dal 1995.

Ciò ha determinato una forte attenzione sugli aspetti di efficienza e di qualità nella erogazione di specifiche prestazioni, di riduzione dei costi unitari, di espansione dei trattamenti caratterizzati da una elevata convenienza del rapporto tariffa-costi di produzione e dalle politiche di ridimensionamento dei trattamenti per i quali tale rapporto non è giudicato conveniente.

La conseguenza è stata l'oggettiva penalizzazione, indipendentemente dalla volontà o dalle politiche «dichiarate», di tutti gli interventi nelle aree di confine tra sanità e assistenza. Una penalizzazione che in molti casi si è tradotta in una effettiva riduzione dei livelli assistenziali, in altri casi nel mantenimento dei livelli assistenziali in virtù del recupero di efficienza, in altri casi ancora nel mantenimento dei livelli assistenziali correlato però ad un aumento della pressione e dello stress lavorativo degli operatori a livelli «non fisiologici» e comunque non sostenibili nel lungo periodo.

Senza poter anche in questo caso approfondire il tema, si può rilevare che spesso nelle aree di confine tra interventi sanitari e socio-assistenziali, negli anni recenti è stato possibile evitare un pesante peggioramento del livello dei servizi utilizzando una risorsa «aggiuntiva» costituita dalla elevata motivazione e dal senso di responsabilità degli operatori, atteggiamento ancora una volta non generalizzabile e che presenta un elevato grado di differenziazione nelle diverse realtà. In molti casi forti valori e motivazioni individuali hanno consentito di sopprimere alle carenze di nuove politiche per le aree di confine che sono state imposte dal nuovo contesto economico (riduzione della spesa pubblica, sia per la sanità che per l'assistenza) e politi-

co-istituzionale (richiesta di ripensamento delle forme di Welfare State). Dove tali valori individuali sono mancati si è assistito a un drastico ridimensionamento dei servizi con pesanti conseguenze negative sul piano sociale e dell'effettivo rispetto di obblighi di legge in tema di «livelli di assistenza garantiti».

Il terzo aspetto rilevante per le politiche di finanziamento riguarda la possibilità di valutare l'efficacia degli interventi. Quelli ad elevata integrazione sanitaria e assistenziale presentano le seguenti caratteristiche:

1) sono di più difficile valutazione in quanto spesso gli effetti dipendono da una molteplicità di condizioni esterne «di ambiente» non controllabili;

2) producono effetti più difficilmente esplicitabili e misurabili in quanto consistono nel mantenimento di un certo livello di benessere fisico e psichico o nel rallentamento del suo degrado e non nel recupero di un certo livello di salute come accade per gli interventi diagnostico terapeutici: infatti mentre il recupero è misurabile in termini di «valutazione» tra una data situazione (esempio livello di funzionalità dopo un trauma), il mantenimento o il mancato degrado implica la misurazione e la valutazione di una certa condizione rispetto a quello che ipoteticamente si sarebbe determinato in assenza degli interventi;

3) spesso producono effetti «marginali» (piccoli miglioramenti) che si manifestano nel lungo periodo e comunque di limitato impatto emotivo (salvo i casi eccezionali di portatori di disabilità gravi che vivono «una vita normale»), al contrario di quanto accade per i trattamenti di «patologie acute» per i quali si hanno effetti immediati, spesso rilevanti e con forte impatto emotivo (esempio la persona che ha subito un trapianto che può riprendere la propria attività in tempi

brevi o la persona «strappata alla morte» da un intervento chirurgico): le politiche pubbliche, dovendosi basare sul consenso, sono fortemente condizionate (positivamente o negativamente) da elementi di dimostrabilità del rapporto causa-effetto, dalla visibilità, dall'emotività collettiva;

4) producono effetti che non di rado attengono alla sfera della qualità di vita e del benessere «percepito» dai destinatari degli interventi: la misurazione e, soprattutto, la valutazione della percezione è processo tecnicamente complesso rispetto alla misurazione e valutazione di «elementi obiettivi» come avviene in altri campi della sanità.

Considerando che le aree di integrazione e/o di confine tra politiche sanitarie e assistenziali rappresentano ambiti avanzati di sperimentazione di soluzioni innovative non solo sul piano scientifico, istituzionale e delle tecnologie, ma anche e soprattutto su quello organizzativo, nella recente storia del SSN si possono osservare differenti periodi.

A seguito dell'introduzione del SSN con la legge 833/78 esse hanno goduto di una fase di promozione favorita dai principi della copertura globale dei bisogni e della «gestione integrata» dei servizi. Si è trattato di una fase in cui si sono diffuse esperienze-pilota di avanguardia e nella quale in alcune Regioni è stata potenziata la rete di servizi. In essa, tuttavia, scarsa attenzione è stata dedicata agli aspetti di efficienza e di valutazione del rapporto benefici-costi.

In seguito le politiche restrittive sulla spesa sanitaria hanno determinato una fase in cui le esigenze di chiarire le responsabilità sui livelli di spesa tra «sistema sanitario» e «sistema delle autonomie locali» e l'applicazione di modelli di finanziamento prevalentemente orientati ad elevare i livelli di efficienza nella produzione

dei servizi, hanno penalizzato gli interventi in queste aree. Si può osservare che nelle Regioni in cui il sistema dei servizi sanitari e assistenziali era solido, esso ha tenuto, seppure con qualche difficoltà. Nelle Regioni, invece, nelle quali vi erano ritardi strutturali nella riorganizzazione del sistema di offerta, i nuovi criteri di finanziamento hanno avuto pesanti effetti negativi su livelli dei servizi penalizzando gruppi di utenti strutturalmente deboli.

Due sono le strade percorribili per ridurre tali effetti negativi:

— da un lato rivedere i criteri di finanziamento sulla linea delle logiche managed care,

— dall'altro attivare politiche che specie per queste aree di bisogni favoriscano un maggiore coinvolgimento dei privati, specie nelle forme del «non profit».

Le tecniche di finanziamento del tipo managed care consistono nell'assegnare alla struttura che «si prende carico di una certa persona» (disabili, cronici, anziani non autosufficienti), un finanziamento complessivo per un certo periodo in modo da stimolare la struttura responsabile dell'offerta:

1) a migliorare l'efficienza delle singole prestazioni erogate in modo da ridurre il costo unitario (stimolo all'efficienza legata alla minimizzazione dei costi);

2) a scegliere un mix di prestazioni tale da utilizzare per ogni fase del decorso della malattia o per ogni esigenza di assistenza, la prestazione

a più basso costo (efficienza legata alla scelta dell'alternativa a più basso costo, o con più elevato rapporto beneficio-costi).

I sistemi di finanziamento basati su «tariffe per caso trattato» sono guidati dalla logica di «ottimizzazione parziale» (delle singole prestazioni) e di «equilibrio economico parziale» della singola struttura di offerta, mentre i sistemi di «managed care» sono guidati dalla logica di «ottimizzazione globale» della catena dei servizi richiesti da persone con bisogni di salute complessi, articolati, durevoli nel tempo. Nei sistemi di finanziamento del primo tipo, il perseguimento dell'efficienza non implica automaticamente una attenzione all'efficacia del trattamento complessivo, anzi spesso avviene a danno dell'efficacia. I sistemi del secondo tipo cercano di indurre comportamenti nei quali il perseguimento dell'efficienza è correlato, almeno potenzialmente, alla ricerca di modalità di offerta capaci di migliorare anche il livello di efficacia. Peraltro, i rischi connessi ai sistemi del secondo tipo sono quelli di perseguire la riduzione della spesa tramite la mancata erogazione delle prestazioni. Tale rischio può essere evitato introducendo adeguati sistemi di controllo sulla qualità dei servizi e sui livelli di efficacia delle metodiche assistenziali utilizzate e sviluppando nuove forme di risposta, ad esempio quelle che comportano il coinvolgimento delle istituzioni non profit.

Infatti le politiche idonee ad incentivare l'espansione del non profit sono motivate da un triplice ordine di motivazioni:

a) necessità di attivare fonti private di finanziamento in un periodo di decrescenti disponibilità di finanziamenti pubblici (capacità del non profit di attrarre contributi volontari e donazioni);

b) maggiore flessibilità organizzativa garantita dal non profit rispetto alle strutture di offerta pubbliche e a quelle private for profit, flessibilità particolarmente richiesta proprio dai servizi «di confine» nei quali il contenuto relazionale prevale sulla tecnologia;

c) la coerenza dei valori e delle motivazioni (solidaristiche e altruistiche che stanno alla base delle istituzioni non profit) con le esigenze dei destinatari dei servizi (gruppi deboli della società): ciò consente una reale ed effettiva personalizzazione dei servizi.

I servizi «di confine» tra sanità e assistenza rappresentano perciò la «nuova frontiera» della collaborazione pubblico-privato, sia di tipo profit che non profit, nel campo dei servizi alla persona.

Relazione presentata al I Congresso nazionale della Società italiana di psichiatria residenziale: «Stigma e Residenzialità», Catania, 8-13 novembre 1999, nella giornata «La prospettiva economica ed organizzativa», Catania 10 novembre 1999

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

IL RUOLO DEI QUADRI INTERMEDI DELLE PROFESSIONI SANITARIE NEL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE. ALCUNE EVIDENZE EMPIRICHE

Elena Zuffada

Facoltà di Economia - Università Cattolica del Sacro Cuore - Piacenza

SOMMARIO: 1. Il processo di aziendalizzazione e il ruolo dei quadri intermedi - 2. Obiettivi della ricerca e metodologia di indagine - 3. I risultati emersi - 4. Riflessioni conclusive.

Recent changes of Italian National Health Care System focus attention on the need for modern management tools, aimed at improving the quality and efficiency of service delivery. One of those tools is represented by the delegation process: if responsibility for a number of processes and a significant volume of resources is delegated to middle managers, a higher accountability of managers and professionals will be the immediate consequence. An empirical analysis of almost 50 local health units throughout Italy has shown that in many cases this delegation process is taking place, but the decision-making powers delegated are not the same for all management areas. The recent work conditions agreement is by many aspects a step forward in this direction. Middle managers are however required to critically review their skills and abilities, and to become more aware of their importance in the renewed health care system.

1. Il processo di aziendalizzazione e il ruolo dei quadri intermedi

La scarsità di risorse pubbliche da destinare ad un volume crescente e sempre più diversificato di bisogni della collettività, unitamente all'esigenza di ammodernare l'apparato delle amministrazioni pubbliche per favorire l'integrazione europea e rendere al contempo il «sistema Paese» maggiormente competitivo possono essere considerati fra i fattori determinanti una stagione di profonde riforme istituzionali che hanno caratterizzato la pubblica amministrazione italiana a partire dagli anni '90. Uno dei settori maggiormente interessati da questi obiettivi di razionalizzazione della spesa e di miglioramento del rapporto fra qualità dei servizi e risorse impegnate è quello sanitario. Con i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 ha avuto un processo cosiddetto di aziendalizzazione, che delega alle regioni le funzioni di programmazione sanitaria

e di progettazione dei modelli di funzionamento dei sistemi locali, riconoscendo autonomia organizzativa, finanziaria, patrimoniale e contabile alle strutture di erogazione dei servizi, denominate per la prima volta in un provvedimento normativo «aziende».

Aziendalizzazione significa applicazione di logiche e strumenti aziendali a contesti istituzionali con prevalenti finalità extra-economiche, per il conseguimento delle quali sia tuttavia necessario attuare rilevanti processi economici, ossia di combinazione di risorse scarse per l'ottenimento di beni economici, quali il bene salute, atti al soddisfacimento di bisogni umani importanti per il singolo e la collettività (1). L'azienda è infatti secondo Masini, l'ordine economico dell'istituto, ossia lo strumento per la realizzazione delle finalità istituzionali, «la disposizione di accadimenti economici ad unità e secondo proprie leggi» (2); tale categoria logica può quindi essere utilizzata per interpreta-

re il funzionamento e governare anche le istituzioni pubbliche (3). Introdurre logiche aziendali non significa infatti modificare o subordinare le originarie finalità istituzionali ad interessi e convenienze meramente economiche, ma utilizzare strumenti per migliorare il rapporto risorse-risultati.

I due decreti sopra citati presentano diversi spunti innovativi; in particolare quelli più direttamente collegabili all'avvio del processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale sono i seguenti:

— introduzione di elementi di concorrenzialità fra le aziende pubbliche e private, anche in ragione del nuovo meccanismo di finanziamento a prestazioni;

— esigenza da parte delle aziende di esercitare una maggiore competitività attraverso la capacità di differenziare il livello di servizio offerto agli utenti e quindi spinta ad un maggior orientamento all'utente;

— riconoscimento di una maggiore autonomia agli enti erogatori di prestazioni sanitarie a fronte di una più incisiva responsabilizzazione sul conseguimento dei risultati.

Nel recente provvedimento di riforma, decreto legislativo 229/1999 questi aspetti risultano potenziati dall'attribuzione di autonomia imprenditoriale (4) alle strutture erogatrici di servizi e dalla indicazione dei modelli dipartimentali quale soluzione organizzativa tesa a coniugare istanze di razionalizzazione nell'uso di risorse e di coordinamento per una migliore qualità della risposta ai bisogni di salute.

L'aziendalizzazione non può essere peraltro solo il frutto di una norma, ma deve concretizzarsi in un cambiamento del modo di lavorare, nell'utilizzo di nuovi strumenti organizzativo-gestionali che sappiano coordinare il contributo di tutti gli operatori al raggiungimento degli obiettivi aziendali, al minor costo possibile.

L'introduzione della logica aziendale nel governo delle strutture sanitarie quale filosofia gestionale che consente di contemperare le istanze di miglioramento continuo della qualità dei servizi, di valorizzazione delle risorse umane e di uso razionale ed efficiente delle risorse si esplica soprattutto attraverso:

— lo sviluppo e il potenziamento delle funzioni gestionali trasversali quali il controllo di gestione, lo sviluppo organizzativo e la gestione delle risorse umane, la valutazione della qualità, ecc.;

— il rafforzamento della funzione manageriale, mediante l'esplicitazione di mandati organizzativi e l'ampliamento del grado di autonomia decisionale dei ruoli direttivi;

— l'articolazione della funzione manageriale con l'individuazione di responsabilità intermedie e di ruoli di coordinamento;

— la diffusione di cultura aziendale.

A soli sette anni dal primo decreto legislativo di riforma è difficile tracciare un bilancio dei cambiamenti concreti intervenuti nel Servizio sanitario nazionale (né questo è l'obiettivo del presente saggio), perché il processo di trasformazione in aziende implica soprattutto una riconversione culturale e di competenze di non poco conto e si configura pertanto lento e difficoltoso. Il processo sin qui attuato ha tuttavia posto in luce i seguenti fenomeni:

— la potenzialità delle logiche e degli strumenti manageriali per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e l'incremento di efficienza nell'impiego delle risorse;

— il rischio di un uso distorto e improprio di tali logiche e strumenti che ha portato a situazioni limite di esasperazione del principio del contenimento dei costi;

— la centralità delle persone nell'adozione di una nuova cultura di orientamento ai risultati, intesa come orientamento all'utente e all'uso adeguato delle risorse;

— l'importanza di avviare processi di cambiamento organizzativo, che coinvolgano tutti i livelli della struttura e valorizzino in particolare i quadri intermedi come anello critico della funzione manageriale per l'attuazione delle strategie aziendali elaborate dagli organi di governo, secondo una logica di responsabilizzazione diffusa;

— la rilevanza delle competenze professionali (specialistiche e manageriali) dei singoli operatori quali elementi costitutivi e distintivi del *know-how* aziendale che genera valore e differenzia la capacità di offerta delle singole strutture (5);

— la conseguente necessità di sostenere lo sviluppo professionale e la valorizzazione del capitale umano.

Più in particolare emerge che, per assicurare elevati livelli qualitativi nei servizi offerti, è necessario sviluppare adeguate:

— competenze e capacità tecnico-specialistiche, necessarie per garantire la qualità tecnica del *core* del servizio, cioè dell'accertamento diagnostico o del trattamento richiesto dal paziente, nella consapevolezza che «high tech, high touch», ossia che quanto più la tecnologia è sofisticata, tanto più il ruolo delle risorse umane è determinante;

— competenze e capacità relazionali, finalizzate a migliorare il comportamento e l'atteggiamento, il linguaggio dell'operatore e più in generale le modalità di interazione con il paziente, momento cruciale nell'erogazione del servizio;

— competenze e capacità organizzativo-gestionali, intese quali capacità di presidio dei processi organizzativi che definiscono e sostengono le modalità di erogazione del servizio.

La rilevanza dei processi di accumulo e sviluppo delle competenze nel miglioramento del livello di efficienza e della qualità dei servizi (6) trova riscontro in alcuni recenti provvedimenti normativi che interessano il Servizio sanitario nazionale. Così, ad esempio, l'indicazione dell'obbligatorietà della formazione permanente e continua di tutto il personale sanitario, quale strumento di riaccreditamento periodico del professionista, ed il recente contratto collettivo del comparto che riconosce nella formazione un parametro significativo per la valorizzazione e il riconoscimento professionale e quindi per delineare i sentieri di carriera (7).

Le aziende sanitarie si stanno muovendo in questa direzione, nella consapevolezza che il patrimonio delle competenze professionali deve essere salvaguardato e sviluppato; con sempre maggiore frequenza si stanno per-

ciò diffondendo significative esperienze di elaborazione di politiche del personale e di utilizzo sistematico e coerente dei molteplici strumenti di gestione delle risorse umane suggeriti dalle teorie di *management*, quali inserimento, formazione, valutazione delle prestazioni, definizione di sentieri di carriera.

Sembra finalmente acquisito, almeno a livello teorico seppur ancora con differenziate traduzioni operative, il principio che la crescita professionale non è soltanto una giusta aspirazione dei gruppi professionali, ma una necessità dell'organizzazione sanitaria, orientata al miglioramento continuo della qualità dei servizi e all'apprendimento organizzativo.

Il nuovo contratto delinea un sistema, il cui impianto si fonda sul riconoscimento delle prestazioni individuali, del *curriculum* professionale, dell'impegno e delle competenze del singolo ed evidenzia spazi di manovra per la valorizzazione delle risorse umane. Si accentua in tal modo l'esigenza di porre in capo a figure di quadri intermedi la responsabilità nell'uso degli strumenti di gestione del personale e di sviluppare le capacità manageriali dei quadri intermedi stessi.

I quadri intermedi rappresentano infatti in molte aziende la spina dorsale della struttura; punto di snodo centrale nella diffusione della cultura aziendale, essi possono garantire l'attivazione dei processi di apprendimento e di accumulo delle competenze dei collaboratori e costituire i motori del processo di miglioramento continuo e della caccia agli sprechi (8). Se si accoglie questa ipotesi risulta, a maggior ragione, interessante indagare il ruolo assunto dai quadri intermedi nelle aziende sanitarie, nelle quali le conoscenze ed il sapere scientifico-professionale sono fondamentali per l'erogazione del servizio.

Va precisato che con il termine quadri intermedi del personale del comparto si fa riferimento, secondo le denominazioni dei D.P.R. 761/1979 e 821/1984, ormai superate con il nuovo sistema di classificazione, alle figure di operatore professionale coordinatore e operatore professionale dirigente previste per i diversi gruppi professionali di: infermiere, ostetrica, tecnico di laboratorio, tecnico di radiologia, terapeuta della riabilitazione, che rappresentano i principali profili di operatore sanitario, nonché i più diffusi all'interno delle strutture sanitarie.

Secondo le disposizioni del nuovo contratto tali figure dovrebbero essere inquadrati nell'ambito della categoria D (collaboratore professionale sanitario), prevalentemente nelle posizioni di

— coordinatore di Unità operativa (ospedaliera e territoriale);

— coordinatore (o referente) (9) di Dipartimento o di modulo organizzativo;

— componente o responsabile del Servizio infermieristico (10);

— coordinatore collocato in funzioni gestionali di supporto al processo di aziendalizzazione, quali il controllo di gestione, l'ufficio relazioni con il pubblico, l'ufficio sviluppo e organizzazione, gli uffici formazione, i servizi gestione qualità (11).

2. Obiettivi della ricerca e metodologia di indagine

Alla luce dell'evoluzione dello scenario sopra delineata pare interessante indagare, attraverso una ricerca di carattere empirico su un campione significativo, lo spazio di decisionalità e di responsabilità del quadro intermedio delle professioni del comparto. L'obiettivo è quindi quello di analizzare il contributo apportato alla funzione manageriale nella traduzione degli orientamenti di fondo, delle strategie e de-

gli indirizzi di politica sanitaria formulati dagli organi di governo aziendali in scelte gestionali, di organizzazione, di combinazione delle risorse e di processi per l'ottenimento di risultati, in termini di un adeguato *mix* quali-quantitativo di servizi, di un soddisfacente livello di efficienza organizzativa e di un'elevata soddisfazione e motivazione dell'organismo personale. In tal modo è possibile evincere se e in che misura i quadri intermedi del personale del comparto rappresentano un elemento strategico nel processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie ed assumono un ruolo di facilitatori nella realizzazione dei cambiamenti in atto.

Va precisato che l'indagine è stata svolta nel periodo giugno-agosto 1999 e pertanto non tiene conto dei primi tentativi di applicazione del nuovo contratto del comparto. Si sottolinea inoltre che la ricerca si propone di rappresentare una fotografia dello stato attuale del ruolo di quadro. Come tale non ha quindi le caratteristiche proprie di un'analisi dinamica, in grado di evidenziare l'evoluzione temporale subita dal quadro intermedio, a seguito del processo di aziendalizzazione; ciò in quanto, in assenza di ricerche empiriche elaborate in periodi precedenti all'introduzione dei decreti 502 e 517, non sono possibili confronti intertemporali.

Dal punto di vista metodologico si sono utilizzati i seguenti strumenti:

1) questionario informativo distribuito ad un campione significativo di quadri intermedi;

2) fonti di natura istituzionale, quali regolamenti, statuti, delibere aziendali e provvedimenti regionali atti a documentare la formalizzazione dei mandati organizzativi attribuiti ai quadri, con particolare riferimento alle posizioni più innovative;

3) interviste e colloqui con responsabili aziendali ed esponenti delle

associazioni di rappresentanza dei diversi gruppi professionali coinvolti nella ricerca;

4) analisi bibliografica.

Gli strumenti di cui ai punti 2), 3) e 4) rappresentano i presupposti logici per la costruzione del questionario, nonché un valido supporto per l'interpretazione dei dati emersi dall'elaborazione.

In ragione degli obiettivi della ricerca sopra evidenziati, il questionario si propone di rilevare:

— il ruolo effettivamente assunto dal quadro intermedio nell'attivazione dei sistemi operativi e delle funzioni gestionali;

— gli spazi di azione e le responsabilità attribuite a questa figura;

— le innovazioni organizzative di cui i quadri sono maggiormente protagonisti;

— le competenze professionali richieste e i possibili percorsi di arricchimento delle loro professionalità e di articolazione dei sentieri di carriera.

Il questionario pertanto consente di illustrare l'attuale condizione dei quadri attraverso l'interpretazione diretta di chi esercita in prima persona il ruolo indagato.

Esso si compone di 23 domande ed è articolato nelle seguenti sezioni logiche:

1) dati anagrafici;

2) dati relativi alla struttura aziendale e alla collocazione organizzativa della posizione ricoperta;

3) processi gestionali che coinvolgono il quadro intermedio.

La prima sezione è destinata a raccogliere informazioni di carattere generale quali età, anzianità di servizio, percorso formativo (scolarità di base e formazione manageriale svolta) ed azienda di appartenenza. La seconda parte è orientata, per quanto concerne l'approfondimento delle caratteristiche della struttura aziendale, alla raccolta di informazioni circa l'assetto

istituzionale, la regione di appartenenza, l'introduzione di alcuni organi a supporto di funzioni gestionali innovative, l'attivazione di processi gestionali. Con riguardo invece all'analisi della posizione organizzativa ricoperta dall'intervistato si è posta particolare attenzione a rilevare: denominazione della posizione, collocazione organizzativa della stessa, descrizione delle relazioni organizzative in essere all'interno del contesto organizzativo, anzianità di ruolo ed ampiezza del controllo.

La terza sezione del questionario è orientata ad indagare i processi organizzativi e gestionali che coinvolgono il quadro intermedio, nonché il grado di autonomia attribuito allo stesso nei diversi processi o funzioni aziendali. Per cogliere gli spazi di azione e le responsabilità attribuite a tali ruoli si rilevano inoltre il grado di partecipazione a specifici progetti aziendali, la capacità propositiva e l'autonomia nella realizzazione degli stessi, le competenze ritenute più importanti e i fabbisogni formativi connessi all'esercizio del ruolo.

La distribuzione dei questionari è stata effettuata a mezzo posta, anche grazie alla collaborazione delle associazioni professionali di riferimento e di operatori del settore con posizioni di responsabilità all'interno delle aziende. Sono stati complessivamente

distribuiti 500 questionari con un ritorno pari al 33,6% (168 questionari).

2.1. La composizione del campione

Dati certi sulla popolazione complessiva dei coordinatori presenti nelle strutture sanitarie non sono disponibili né da fonti ministeriali né da banche dati delle associazioni professionali; la difficoltà è in parte spiegata dal fatto che, per alcuni operatori sanitari (ad esempio i tecnici di laboratorio e i tecnici di radiologia) a fronte di un inquadramento contrattuale come operatore professionale coordinatore (almeno secondo le vecchie disposizioni contrattuali) spesso non si riscontra l'effettivo esercizio di un ruolo di coordinamento.

Il campione esaminato è costituito da 168 quadri appartenenti ai seguenti profili professionali (tabella 1).

La composizione del campione in termini di profilo professionale può considerarsi significativa, in quanto congruente con il diverso grado di presenza negli organici aziendali dei suddetti profili professionali.

Le 168 persone che hanno risposto al questionario ricoprono ruoli di coordinamento differenti: di unità operativa ospedaliera (divisione o servizio), di dipartimento, di Servizio infermieristico o per il personale del comparto, di diploma universitario.

Tabella 1 - La composizione del campione per profili professionali

Profilo professionale	Valori assoluti	Valori percentuali (*)
Infermiere.....	88	54,3
Ostetrica.....	2	1,2
Tecnico di laboratorio.....	16	9,9
Tecnico di radiologia.....	47	29,0
Tecnico di riabilitazione.....	9	5,6
Profilo non specificato.....	6	—
Totale.....	168	100

(*) Le percentuali si riferiscono al totale dei questionari che hanno specificato il profilo di appartenenza, pari a 162.

In particolare il campione è costituito da:

- 72 caposala
- 2 capo ostetriche
- 43 tecnici coordinatori di radiologia
- 15 tecnici coordinatori di laboratorio
- 8 terapisti coordinatori

per un totale di 140 coordinatori di unità operative, pari all'83,4 % del campione complessivo.

Inoltre sono presenti i seguenti ruoli:

- 14 coordinatori di dipartimento, di cui 1 coordinatore del dipartimento di diagnostica per immagini e 1 coordinatore di riabilitazione, complessivamente pari all'8,4%;

— 6 componenti del Servizio infermieristico, pari al 3,6%. Particolarmente interessanti per il grado di innovatività sono le posizioni di componente del Servizio infermieristico in qualità di referente per l'area del personale tecnico della radiologia, di referente per l'attività territoriale e di supervisore dei coordinatori di dipartimento;

— 2 coordinatori di diploma universitario, pari all'1,2%;

— 1 responsabile di processo.

Il 2,9 % degli intervistati non ha indicato il ruolo ricoperto.

Il campione risulta pertanto composto in misura rilevante dai ruoli di coordinamento di unità operativa che rappresentano di fatto il numero più consistente di posizioni di quadro intermedio all'interno delle aziende sanitarie. Le altre posizioni considerate nel campione presentano un maggior grado di innovatività, in quanto di più recente introduzione negli organismi aziendali, spesso a seguito di processi di revisione organizzativa sviluppati dalle aziende in ragione dell'autonomia loro accordata dai decreti 502 e 517. Si pensi ad esempio ai modelli dipartimentali che si stanno

diffondendo con sempre maggiore frequenza, anche se con soluzioni organizzative spesso tra loro differenziate. Del tutto irrilevante risulta invece essere la presenza di queste figure professionali negli uffici/servizi istituiti in relazione alla creazione o al potenziamento di funzioni gestionali, quali il controllo di gestione, la comunicazione con il pubblico, l'ufficio DRG, l'ufficio qualità.

I quadri intervistati operano all'interno di 49 diverse strutture aziendali. Si tratta in particolare di:

— 20 aziende USL, pari al 10,2 % del totale delle aziende presenti nel Servizio sanitario nazionale;

— 21 aziende ospedaliere, pari al 21,9 % del totale nazionale;

— 4 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, pari al 12 % del totale nazionale;

— 2 Policlinici universitari, pari al 20% della popolazione complessiva;

— 1 azienda privata accreditata;

— 1 ateneo universitario.

In termini dimensionali le aziende USL e le aziende ospedaliere sono distinte in due gruppi:

— aziende di minori dimensioni, ossia con numero di dipendenti inferiori al valore mediano nazionale, pari nel caso delle USL a 1927 e a 1930 nel caso delle aziende ospedaliere;

— aziende di maggiori dimensioni, ossia con un organico superiore al valore mediano nazionale.

Sulla base di questa classificazione il campione risulta pertanto costituito da:

— 59 questionari, pari al 35,1 % provenienti da aziende ospedaliere con dimensioni superiori al valore mediano;

— 12 questionari, pari al 7,1 % provenienti da aziende ospedaliere con dimensioni inferiori al valore mediano;

— 70 questionari, pari al 41,6 % provenienti da aziende sanitarie locali

con dimensioni superiori al valore mediano;

— 7 questionari, pari al 4,1% provenienti da aziende sanitarie locali con dimensioni inferiori al valore mediano;

— 9 questionari, pari al 5,3% provenienti da IRCCS e Policlinici universitari;

— 9 questionari, pari al 5,3% provenienti da un'azienda privata accreditata;

— 2 questionari, pari all'1,1% provenienti da Istituti universitari (12).

Dalla composizione del campione si può notare come si sia inteso procedere ad un'analisi approfondita del tema con riguardo ad alcune specifiche aziende, che si caratterizzano per:

— dimensioni rilevanti;

— diverso assetto istituzionale;

— innovatività del modello organizzativo adottato con riguardo alla gestione del personale del comparto.

In particolare si tratta di: due aziende ospedaliere pubbliche di rilevanti dimensioni, fra le maggiori a livello nazionale (azienda ospedaliera S. Martino di Genova e azienda ospedaliera Spedali civili di Brescia), due aziende sanitarie locali, una caratterizzata da un elevato grado di innovatività (l'ASL di Piacenza nella quale è costituita la dirigenza assistenziale, da cui dipende gerarchicamente tutto il personale del comparto) e l'altra di rilevanti dimensioni (ASL Città di Bologna) ed infine un'azienda privata accreditata. Tale scelta è finalizzata ad evidenziare il diverso grado di autonomia dei ruoli intermedi nell'ambito di una medesima realtà aziendale, dove la variabile «grado di aziendalizzazione» può considerarsi costante.

Per quanto il campione non copra tutto il territorio nazionale, vi sono rappresentate ben 14 Regioni, molte delle quali negli ultimi anni hanno significativamente investito e innovato

in termini di programmazione ed organizzazione della rete di servizi sanitari (13).

3. I risultati emersi

3.1. Il profilo del quadro intermedio

Il campione è composto da quadri con un'età media di 42,6 anni e si distribuisce nelle diverse fasce di età nel seguente modo (tabella 2).

Ne consegue che oltre il 64% del campione ha più di 40 anni; considerando che l'accesso alla professione avviene di norma attorno ai 20 anni, ciò significa che l'assunzione di un ruolo di coordinamento si ha dopo un numero assai consistente di anni di servizio. Tale considerazione trova peraltro conferma anche dall'analisi dell'anzianità di servizio del campione e dal confronto della stessa con la distribuzione per fasce di anni di ruolo, di seguito riportati.

L'anzianità media di servizio nelle strutture sanitarie è infatti di 21,7 anni, così distribuita (tabella 3).

L'anzianità media di ruolo è di 7,8 anni, con la seguente distribuzione per fasce (tabella 4).

In termini di scolarità di base si evidenzia che circa il 75 % del campione ha conseguito il diploma di maturità prima dell'accesso ai corsi per l'abilitazione all'esercizio professionale. Questo appare un dato sicuramente rilevante, tenuto conto che la licenza superiore è diventato requisito obbligatorio:

— per gli infermieri a partire dal 1995, con l'istituzione dei diplomi universitari e secondo quanto previsto dal decreto 502/92;

— per i tecnici di radiologia dal 1983, con la legge 25;

— per i terapisti a partire dal 1974, con il D.M. di istituzione delle scuole dirette a fini speciali

e che il campione presenta un'anzianità media piuttosto elevata.

È importante inoltre considerare che, mentre per le caposala era previsto, almeno fino all'emanazione del decreto legislativo 502 un corso della durata triennale per l'abilitazione alle funzioni direttive, per gli altri profili non sono mai stati istituiti analoghi percorsi formativi e fra i criteri di progressione di carriera e di accesso al profilo di operatore professionale coordinatore l'anzianità era fra quelli più rilevanti, secondo quanto previsto dal dispositivo del D.M. 30 gennaio 1982, normativa concorsuale del personale delle Unità sanitarie locali, in applicazione dell'articolo 12 del de-

creto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 (14).

Correlando la distribuzione per fasce di anzianità di servizio e di anzianità di ruolo, e tenuto conto dei percorsi formativi e più in generale dei requisiti di accesso al ruolo di coordinatore, emerge che solo in pochi casi si sono avuti passaggi rapidi di carriera. Mediamente infatti l'accesso al ruolo di coordinamento avviene dopo un significativo numero di anni di servizio: a fronte di un'anzianità media di servizio pari a 21,6 anni si ha un'anzianità media di ruolo pari a 7,8. Più in dettaglio, con riguardo alla globalità del campione, si può osservare che oltre il 67% dei quadri con anzianità di servi-

Tabella 2 - Distribuzione del campione per fasce di età

Fasce di età	Valori assoluti	Valori percentuali
Inferiore ai 30 anni	8	4,7
Dai 31 ai 40 anni	52	31,0
Dai 41 ai 50 anni	78	46,4
Superiore ai 50 anni.....	30	17,9
Totale.....	168	100

Tabella 3 - Anzianità di servizio

Anzianità di servizio	Valori assoluti	Valori percentuali
Anni di servizio inferiori a 5.....	1	0,6
Anni di servizio fra 6 e 15	38	22,6
Anni di servizio superiori a 15	129	76,8
Totale.....	168	100

Tabella 4 - Anzianità di ruolo

Anzianità di ruolo	Valori assoluti	Valori percentuali
Anni di ruolo inferiore ad 1	22	13,2
Anni di ruolo fra 2 e 5.....	44	26,5
Anni di ruolo fra 6 e 10.....	61	36,8
Anni di ruolo maggiore di 10	39	23,5
Totale.....	166 (*)	100

(*) Le percentuali si riferiscono al totale dei questionari che hanno specificato il profilo di appartenenza, pari a 166.

zio compresa fra i 6 e i 15 anni ricopre il ruolo di coordinatore da meno di 5 anni e solo il 32% di coloro che hanno un'anzianità di servizio superiore ai 15 anni ha assunto un ruolo di coordinamento da non più di 5 anni.

Tale dato può trovare spiegazione nei seguenti fenomeni:

— le politiche del personale, ed in particolare di articolazione dei percorsi di carriera del personale del comparto, sono state tradizionalmente vincolate dalla presenza negli organismi aziendali di un limitato numero di possibili tappe di sviluppo. In tale contesto non pare opportuno imprimere una decisa accelerazione dei tempi di percorrenza dei sentieri di carriera, con il rischio di non poter disporre successivamente di ulteriori strumenti per la motivazione del personale e più in generale per soddisfare il fabbisogno di sviluppo dei dipendenti;

— non di rado vincoli di carattere finanziario suggeriscono di limitare il ricorso a figure di quadri intermedi;

— una scarsa sensibilità organizzativa ed una modesta diffusione di cultura manageriale hanno portato negli anni passati a ricercare il miglioramento della qualità dei servizi, incentrando l'attenzione più sui processi e le competenze di tipo specialistico e sull'evoluzione delle tecnologie che non sulle scelte di progettazione organizzativa e di potenziamento di logiche e strumenti gestionali.

Il fenomeno delle carriere lente si manifesta tuttavia, all'interno del gruppo di coordinatori di unità operative con una sensibile differenziazione fra profili professionali, come evidenziato nella tabella 5.

Dai dati rilevati si osserva per il gruppo infermieristico una maggiore presenza di coordinatori relativamente più giovani, ossia con minore anzianità di servizio, coerentemente con una più forte tradizione e legittimazio-

ne della figura di caposala all'interno delle organizzazioni sanitarie. Nei servizi di radiologia e di laboratorio la situazione è decisamente meno favorevole ai quadri; in particolare nei laboratori di analisi la forte presenza di personale laureato (biologi e chimici), con un rapporto laureati-tecnici in organico che in molte organizzazioni è pari a 1:2 o 1:3, può aver precluso o rallentato lo sviluppo della professionalità dei tecnici secondo una dimensione prevalentemente gestionale.

Per le figure di coordinatore di dipartimento l'anzianità di servizio tende a distribuirsi con maggiore frequenza sulle fasce di più elevata anzianità: circa il 93% ha un'anzianità di servizio superiore ai 15 anni. Ne consegue che anche per questa posizione di coordinamento relativamente nuova ed innovativa (l'anzianità di ruolo più frequente è relativa alla fascia inferiore ai 5 anni) si tende a privilegiare la competenza acquisita sul campo piuttosto che una formazione *ad hoc*; con il rischio che un'elevata anzianità di servizio e quindi una maggiore esperienza non sia sempre direttamente correlata ad un incremento effettivo delle capacità gestionali. D'altro canto non pochi regolamenti aziendali per l'istituzione dei dipartimenti e per l'individuazione all'interno degli stessi di figure di coordinamento o referenti per il personale del comparto (15) prevedono fra i requisiti per la nomina il possesso di una certa anzianità di servizio nel ruolo di coordinatore di U.O.

Dall'analisi dei dati emerge, si è detto, che per gli operatori sanitari appartenenti a questi gruppi professionali sono previsti percorsi di carriera piuttosto lenti; va ricordato peraltro che la ricerca svolta fotografa la situazione esistente prima dell'applicazione del nuovo contratto nazionale di lavoro del comparto. Quest'ultimo presenta innovazioni interessanti e margini di autonomia che le singole aziende possono utilizzare per una maggiore valorizzazione delle professionalità; così ad esempio, gli istituti della progressione verticale e delle posizioni organizzative potrebbero costituire, se ben gestiti, un'interessante opportunità per articolare i percorsi di crescita professionale degli operatori sanitari.

Come ricordato in precedenza solo per le caposala era previsto un percorso formativo finalizzato a sviluppare competenze organizzativo-gestionali, quale pre-requisito per l'accesso al ruolo; tuttavia circa il 61% del campione complessivo afferma di aver frequentato negli ultimi 5 anni corsi di formazione manageriale. L'attenzione allo sviluppo di competenze gestionali riguarda in generale tutti i profili professionali e le diverse tipologie di quadro intermedio: il 70% dei coordinatori di unità operativa ha frequentato corsi (con un valore minimo del 46,5% dei TSRM intervistati ed una percentuale massima del 73,3% dei tecnici di laboratorio che hanno compilato il questionario). Anche nel caso dei coordinatori di dipartimento e dei

Tabella 5 - Correlazione ruolo/anzianità di servizio

Ruolo anzianità di servizio	Caposala	Tecnici di radiologia coordinatori	Tecnici di laboratorio coordinatori	Terapisti di riabilitazione coordinatori
< 5 anni	1,4%	—	—	—
6-15 anni	32,0%	16,3%	6,6%	25%
> 15 anni	66,6%	83,7%	93,4%	75%
Totale	100	100	100	100

componenti del Servizio infermieristico le percentuali di coloro che hanno frequentato corsi di formazione manageriale è molto elevata, attorno all'84% in entrambi i casi. Dalle risposte fornite non è tuttavia possibile evincere una valutazione circa le conoscenze e le competenze apprese, in quanto non sono precisate la durata e gli argomenti oggetto dei corsi, né lo sviluppo professionale che ne è conseguito. Il dato può essere tuttavia interpretato come segnale di un cambiamento e di una maggiore attenzione da parte delle aziende ad una formazione dei dipendenti non solo di tipo specialistico, ma anche di carattere gestionale, in linea con i contenuti tipici del ruolo assunto dagli stessi.

3.2 Il contesto aziendale di riferimento

Per conseguire gli obiettivi della ricerca, ossia analizzare gli spazi decisionali e di autonomia dei quadri intermedi, nonché il ruolo effettivamente assunto e il contributo fornito nel processo di cambiamento delle strutture sanitarie e di potenziamento delle logiche aziendali nella gestione delle stesse, è importante disporre di alcuni dati relativi alle caratteristiche del contesto organizzativo in cui operano i soggetti intervistati. Le domande poste a tale riguardo sono tese a verificare:

— l'introduzione o meno di uffici e servizi dedicati a sviluppare funzioni gestionali;

— il grado di innovazione dei modelli organizzativi adottati per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione del personale del comparto;

— l'attivazione dei processi gestionali che connotano tipicamente il funzionamento di un'azienda.

I risultati emersi non consentono di formulare un giudizio sul grado di aziendalizzazione delle strutture coin-

volte nella ricerca; né tale era l'intendimento originario, che avrebbe richiesto l'adozione di strumenti di indagine differenti da quelli utilizzati. Dall'elaborazione dei dati raccolti è tuttavia possibile, in linea con gli obiettivi perseguiti, delineare alcune caratteristiche fondamentali delle strutture aziendali di provenienza degli intervistati, al fine di meglio contestualizzare il grado di autonomia e il ruolo degli stessi rispetto alla crescita e allo sviluppo organizzativo delle realtà in cui sono inseriti (16).

Come ricordato in precedenza il processo di aziendalizzazione è strettamente correlato:

— all'introduzione di leve gestionali, quali il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi, il controllo di gestione, la comunicazione interna ed esterna;

— alla progettazione di modelli organizzativi strumentali alla diffusione di cultura e competenze gestionali, o finalizzati ad un incremento dell'efficienza e del coordinamento nei processi specialistici.

Il questionario ha inteso pertanto rilevare le scelte compiute dalle aziende relativamente alla introduzione delle seguenti unità organizzative:

- dipartimenti;
- Servizio infermieristico;
- ufficio controllo di gestione;
- ufficio relazioni con il pubblico;
- servizio valutazione qualità.

Le risposte fornite indicano che circa il 92% delle aziende ha adottato le strutture dipartimentali, che costituiscono il modello organizzativo suggerito anche dai recenti provvedimenti normativi in tema di riordino del S.S.N. Il modello dipartimentale, almeno quello cosiddetto forte, introduce nell'assetto aziendale logiche di profonda riorganizzazione del lavoro, non più fondata sull'assegnazione del personale alle singole unità operative, ma attuata attraverso la negoziazione

delle risorse necessarie a livello di dipartimento per il conseguimento degli obiettivi. Secondo tale modello diviene importante che per la gestione coordinata ed efficiente del personale del comparto il Servizio infermieristico assuma un ruolo rilevante nel processo di negoziazione di obiettivi e risorse. Va osservato tuttavia che a fronte di un ampio ricorso al modello dipartimentale (92% delle aziende), solo il 4,5% dei coordinatori di unità operativa dichiara e quindi riconosce la dipendenza gerarchica dal coordinatore di dipartimento. Il dato si presta a molteplici interpretazioni:

— l'innovazione è ad uno stadio iniziale e non ancora sono visibili gli effetti sui comportamenti degli operatori e sulle relazioni organizzative;

— molte aziende hanno optato per un modello dipartimentale debole, in cui il coordinatore o referente di dipartimento esercita unicamente una funzione di integrazione ma non gli sono attribuiti poteri gerarchici;

— il ruolo di coordinatore di dipartimento è esercitato con scarsa incisività dai titolari, anche per facilitare il graduale superamento delle resistenze al cambiamento che connotano ogni intervento di riorganizzazione.

Il 94% del campione delle aziende esaminato presenta nel proprio organigramma un Servizio infermieristico o del personale del comparto: nella maggior parte dei casi (il 75%) esso ha una collocazione organizzativa di tipo tradizionale, ossia in *staff* al direttore sanitario; nel 15,6% dei casi il servizio è posizionato in *staff* al direttore generale (17). Una sola azienda fra quelle ricomprese nel campione presenta una configurazione organizzativa fra le più innovative: il responsabile del servizio (denominato direttore assistenziale) dipende gerarchicamente dal direttore sanitario e il personale del comparto dipende a sua volta dal direttore assistenziale. In questo model-

lo si sviluppano relazioni organizzative di relativa autonomia del personale del comparto dalla dirigenza medica, alla quale si riferisce solo funzionalmente. In tal modo l'esistenza di una professione «comprensiva» di un'altra ed il primato degli appartenenti alla prima sui professionisti del secondo gruppo, in ragione della responsabilità primaria sul caso attribuita alla professione più ampia non trovano riflesso diretto nell'articolazione delle relazioni organizzative (18).

Il 90% circa delle aziende ha previsto nel proprio organigramma un ufficio preposto al controllo di gestione: nell'83% dei casi questo è posto in staff al direttore generale, che appare per tutte le funzioni aziendali innovative sopra richiamate il punto di riferimento, in linea con il ruolo attribuitogli di responsabile ultimo dei risultati aziendali.

Considerazioni del tutto similari possono essere elaborate con riguardo all'ufficio relazioni con il pubblico che è presente nel 90% delle aziende rappresentate nel campione.

Per quanto istituzionalmente impegnate ad un miglioramento continuo della qualità, è significativo che solo l'80% delle aziende abbia costituito un apposito ufficio responsabilizzato sul monitoraggio della qualità. Ancor più peculiare appare il dato relativo alla collocazione organizzativa di tale ufficio, che nel 25% dei casi è posto in staff al direttore sanitario, a significare una prevalente attenzione rivolta agli aspetti *core* del servizio e non all'intera catena delle attività generatrice di valore all'interno dell'azienda.

Il 67% delle aziende ha attivato tutti gli uffici sopra esaminati. Significativo infine evidenziare che solo in un caso un quadro intermedio delle professioni sanitarie opera stabilmente all'interno degli uffici preposti alla valutazione della qualità.

Per evidenziare l'orientamento ad adottare logiche di gestione aziendale si è quindi proceduto a rilevare il grado di attivazione di processi di natura organizzativo-gestionale. Nella tabella 6 sono evidenziati i risultati emersi.

Dall'elaborazione delle risposte emerge quanto segue. La quasi totalità del campione (92,3%), indipendentemente dalle dimensioni aziendali e dalla regione di provenienza, segnala che nella propria azienda si adotta una gestione budgetaria; solo 4 aziende rispondono negativamente su questo punto. Una minore percentuale (87,5%) dichiara invece che sono attivati sistemi di controllo di gestione e la stessa percentuale evidenzia l'esistenza di processi di comunicazione degli obiettivi strategici a tutti i livelli della struttura organizzativa. Si può quindi affermare che la diffusione di logiche e strumenti di gestione per obiettivi è ad ampio spettro, ma non in tutti i casi il ciclo di programmazione e controllo è attuato nella sua interezza. Per quanto si tenda visibilmente

verso una più accentuata responsabilizzazione sui risultati la pervasività degli strumenti, il grado di decentramento decisionale e di consapevolezza strategica diffusa non sono ancora del tutto capillari.

Con riferimento alla gestione delle risorse umane, si osserva una forte attenzione alle problematiche relative alla determinazione degli organici (90,5%), all'inserimento del personale (91,7%) e alla formulazione dei piani di formazione (90,5%). Nel primo caso potrebbe trattarsi tuttavia di un retaggio di obsolete logiche burocratiche di gestione delle aziende pubbliche, legate più al concetto di pianta organica che non alla definizione di una dotazione organica, quale espressione del fabbisogno di risorse umane per il conseguimento di obiettivi assegnati o negoziati a livello di unità operativa o di dipartimento. Viceversa si potrebbe osservare che l'ampia e diffusa adozione di logiche budgetarie ha sensibilizzato maggiormente i vertici aziendali sulla

Tabella 6 - Grado di attivazione dei processi gestionali

Processi gestionali attivati	Val. assoluti	%
Definizione di un piano strategico.....	148	88,1
Comunicazione degli obiettivi strategici a tutti i livelli della struttura organizzativa.....	147	87,5
Formulazione del <i>budget</i>	155	92,3
Controllo di gestione.....	147	87,5
Definizione protocolli.....	151	89,9
Valutazione della qualità dei servizi.....	149	88,7
Monitoraggio della soddisfazione degli utenti.....	146	87,0
Determinazione fabbisogno organici.....	152	90,5
Inserimento del personale.....	154	91,7
Definizione piani di formazione.....	152	90,5
Analisi del lavoro (mansioni).....	138	82,0
Valutazione delle posizioni organizzative.....	143	85,0
Valutazione della qualità delle prestazioni individuali.....	139	82,7
Assegnazione di incentivi.....	144	85,7
Definizione di percorsi di sviluppo di carriera.....	138	82,0
Progettazione e revisione delle modalità di comunicazione interna.....	143	85,0
Programmazione acquisti.....	151	89,9
Gestione delle scorte.....	149	88,7
Valutazione della dotazione tecnologica.....	149	88,7
Manutenzione delle attrezzature.....	152	90,5
Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici.....	145	86,3

necessità di programmare le dinamiche degli organici. Un significativo investimento le aziende stanno compiendo anche in termini di elaborazione di piani di formazione; ciò appare confortante, se si pone mente al fatto che le competenze del personale assumono un ruolo assai critico e rilevante nel miglioramento della qualità dei servizi resi. L'elevata percentuale relativa ai processi di inserimento del personale costituisce un dato in linea con la tradizionale attenzione che, sia nelle unità operative sia nei servizi infermieristici, ha contraddistinto le azioni a favore dei neoassunti del personale del comparto. Per quanto riguarda invece gli strumenti più innovativi delle politiche del personale, in parte introdotti dal recente contratto (valutazione delle posizioni, delle prestazioni, sviluppo dei sentieri di carriera, strumenti di incentivazione) si registra una loro relativa minore diffusione (si va dall'82 all'85%), segno di una conoscenza ancora incompleta della loro potenzialità e dell'esigenza di investire maggiormente in questa direzione, per migliorare il livello motivazionale degli operatori.

Una delle aree maggiormente critiche ed innovative nel processo di cambiamento delle strutture sanitarie è quella relativa alla valutazione della qualità erogata e percepita dagli utenti; al di là della percentuale di risposte positive circa l'attivazione di strumenti per soddisfare tale esigenza (si va dall'87% per il monitoraggio della soddisfazione degli utenti all'88,7% per la valutazione della qualità dei servizi), appare singolare il fatto che, il 13% non abbia ancora lavorato in questa direzione, con il rischio di perpetuare logiche di autoreferenzialità nella progettazione e nell'erogazione dei servizi. Ciò può spiegare anche la percentuale relativamente più elevata di aziende che affermano di non aver costituito uffici qualità e di non aver

quindi formalizzato un nucleo di persone dedicate ad dare impulso a questa nuova funzione gestionale all'interno dell'azienda.

Correlando il grado di attivazione dei processi gestionali con la costituzione di unità organizzative dedicate si osserva quanto segue:

— dei 149 quadri che operano in aziende nelle quali sono attivati processi di valutazione della qualità, solo 119 dichiarano di avere costituito un ufficio qualità;

— dei 147 che operano in aziende nelle quali è attivato il controllo di gestione, solo 127 affermano la presenza di un ufficio controllo di gestione;

— su 146 coordinatori impiegati all'interno di aziende nelle quali si rileva la soddisfazione degli utenti, 140 rilevano l'esistenza di uffici relazioni con il pubblico, dato che potrebbe costituire un indicatore significativo della volontà di sviluppare politiche di attenzione alle esigenze dell'utente. Va considerato peraltro che esiste un obbligo di legge in tale senso e quindi l'apertura dell'U.R.P. potrebbe rappresentare anche un mero adempimento formale.

Va osservato inoltre che lo sviluppo all'interno dell'azienda delle funzioni gestionali si attua di norma attraverso:

— una ridefinizione dei contenuti di responsabilità dei vari livelli della funzione manageriale;

— la formalizzazione di unità costituite da nuclei di persone e risorse dedicati a consolidare e diffondere *know how* specifico sui diversi temi, in qualità di centri propulsori e di coordinamento per l'attivazione dei relativi meccanismi operativi (di valutazione della qualità, di controllo di gestione, ecc.).

È chiaro tuttavia che quest'ultima alternativa non è l'unica percorribile e possono esservi pertanto aziende, come sopra evidenziato, che, pur attivando processi gestionali relativi a

queste aree tematiche non hanno proceduto ad un adeguamento della struttura organizzativa e alla costituzione di uffici preposti.

3.3. *Il ruolo e il grado di autonomia dei quadri intermedi*

Fra i principali elementi che influenzano il ruolo e lo spazio decisionale del quadro intermedio sono da considerare la collocazione della posizione all'interno dell'organigramma e la natura delle relazioni organizzative che il quadro intrattiene con le altre posizioni aziendali, in particolare quelle di dipendenza gerarchica.

Per quanto riguarda il complesso dei coordinatori di unità operativa, il 66,2% afferma di dipendere gerarchicamente dal dirigente medico di unità (secondo la vecchia denominazione, precedente al nuovo contratto, dal primario); il 29,3% direttamente dal responsabile del Servizio infermieristico, il 4,5% dal responsabile di dipartimento. Questo può significare che le aziende tendono a ripercorrere soluzioni organizzative già note e tradizionalmente consolidate, anche se cominciano a farsi strada nuovi modelli e differenti intrecci di relazioni organizzative.

Fra coloro che segnalano la dipendenza diretta dal Servizio infermieristico, la percentuale più rilevante (87,1%) è costituita dai caposala, mentre per gli altri profili professionali le percentuali sono inferiori al 10%. Il dato conferma due fenomeni relativamente diffusi:

— al Servizio infermieristico è spesso attribuito un mandato organizzativo che non sempre comprende la gestione degli operatori sanitari non infermieri e d'altro canto gli stessi gruppi professionali (tecnici e terapeuti) tendono a non riconoscerne l'autorità e l'autorevolezza nella risoluzione di problemi relativi all'area tecnica;

— la maggiore tradizione e legittimazione del ruolo di caposala ha probabilmente consentito un'evoluzione dei rapporti organizzativi, di relativa maggiore autonomia rispetto al dirigente medico.

Per quanto concerne i coordinatori di dipartimento il 57,1% dichiara una dipendenza gerarchica dal Servizio infermieristico, mentre la rimanente parte dipende dal dirigente medico responsabile del dipartimento.

Per meglio comprendere i modelli organizzativi adottati dalle aziende e la collocazione organizzativa del quadro intermedio è necessario osservare come la totalità di coloro che affermano di dipendere gerarchicamente dal responsabile del Servizio infermieristico operano all'interno di strutture organizzative in cui il Servizio stesso è collocato in *staff* al direttore sanitario (si tratta di 12 aziende diverse). Ciò appare poco coerente con un utilizzo proprio del concetto di *staff*, in quanto, per loro natura, dagli organi di *staff* non dipendono gerarchicamente quadri intermedi responsabilizzati sulla gestione dell'attività operativa e caratteristica dell'azienda. A tale proposito si può ipotizzare che:

— da un lato le persone intervistate non abbiano pienamente interiorizzato una strumentazione propria delle teorie organizzative, o tendono a rimarcare un più forte collegamento con il livello gerarchico ricoperto da membri dello stesso gruppo professionale, evidenziando più un «dover essere» che non una realtà di fatto;

— dall'altro le aziende utilizzino impropriamente nella progettazione della struttura organizzativa gli strumenti messi a disposizione della dottrina.

Un ulteriore elemento rilevante ai fini dell'analisi del grado di autonomia dei quadri intermedi è l'ampiezza media del controllo, ossia il numero di persone direttamente coordinate. Ol-

tre il 60% del campione esaminato coordina più di 15 collaboratori e nel 30 % dei casi un numero superiore a 30. In ragione della natura e delle caratteristiche del loro mandato organizzativo sono prevalentemente i coordinatori o referenti di dipartimento e i componenti del Servizio infermieristico ad esercitare una maggiore ampiezza del controllo (più di 30 persone), mentre solo il 20,7% dei coordinatori di unità operativa gestiscono un numero di collaboratori superiore a 30.

Fra i principali fattori determinanti l'ampiezza del controllo le teorie organizzative individuano i seguenti:

- grado di autonomia dei collaboratori;
- stabilità organizzativa;
- natura tecnica dell'attività svolta;
- capacità gestionali del coordinatore;
- esperienza del coordinatore.

I dati ottenuti confermano in particolare la rilevanza di quest'ultimo fattore in quanto, a parità di ruolo (coordinatore di unità operativa), l'ampiezza del controllo tende a crescere all'aumentare dell'anzianità di servizio.

Si è passati in seguito ad indagare il contributo e lo spazio di decisionalità del quadro intermedio, con riguardo a tutte le funzioni che di norma sono riconosciute come costitutive della figura manageriale. Agli intervistati è stato dunque proposto di descrivere l'autonomia connessa al proprio ruolo, graduata attraverso le seguenti espressioni:

- 1 = decide in piena autonomia, assumendosi tutte le responsabilità;
- 2 = decide sulla base delle indicazioni fornite dal superiore diretto o dal referente di competenza;
- 3 = partecipa al processo decisionale;
- 4 = esegue direttive indicate dal superiore;

5 = non è coinvolto nei processi decisionali e di realizzazione, ma è informato periodicamente;

6 = non è coinvolto nei processi decisionali e di realizzazione e non è informato;

7 = non è necessario che sia coinvolto.

Da una prima analisi di tipo aggregato svolta in base al parametro della moda emerge quanto segue.

Per le diverse 47 funzioni descritte nel questionario i quadri evidenziano come valori-moda:

- 1 in 13 casi, pari al 27,6%;
- 3 in 32 casi, pari al 68 %.

Si sono verificate altresì due situazioni miste che vedono la compresenza di due valori moda, rispettivamente 1 e 3 per quanto riguarda la definizione dei carichi di lavoro e 3-7 per quanto riguarda l'individuazione dei fornitori.

Singolare il fatto che la moda non sia mai costituita dai valori 2, 4, 5, 6. In particolare, per quanto concerne la fascia di maggiore autonomia, ricompresa fra i punteggi 1 e 3, sembra prevalere una distribuzione delle risposte bipolare, secondo la quale:

- si ritiene di poter operare in totale autonomia (punteggio 1);
- oppure si partecipa al processo decisionale (punteggio 2).

Non si verificano invece mai casi in cui la frequenza maggiore delle risposte si concentra sul punteggio 2, che caratterizza la situazione in cui l'assunzione di responsabilità avviene nell'ambito di un processo di delega che vede coinvolti in modo interattivo due diversi livelli gerarchici. Questo dato potrebbe essere indicatore di una scarsa consapevolezza da parte degli intervistati della natura di ruolo intermedio, ossia di un ruolo che costituisce l'anello di congiunzione fra i livelli direttivi e quelli operativi ed è chiamato pertanto ad attuare scelte strategiche e gestionali di competenza di

ruoli gerarchici superiori. Il dato potrebbe essere interpretato anche come sintomo di scarso decentramento decisionale da parte del livello gerarchico superiore, tale per cui, o lo stesso non si sente responsabilizzato a presidiare direttamente la funzione e lascia quindi che altri se ne occupino, oppure mostra forti resistenze all'esercizio della delega sia per il timore di una perdita di controllo e di rinuncia ad uno spazio di potere sia per la intrinseca difficoltà di elaborare indirizzi guida ed obiettivi per i propri collaboratori.

Complessivamente le situazioni prevalenti delineano un ruolo di quadro intermedio coinvolto nei processi decisionali: per nessuna delle funzioni indicate la moda è pari a 4, 5 e 6. L'unico caso in cui le frequenze maggiori si distribuiscono equamente sui valori 3 e 7, è quello relativo alla individuazione dei fornitori; ciò trova spiegazione nel fatto che tale scelta ha connotazioni di carattere strategico o può essere accentrata a livello aziendale in un apposito ufficio economato, dedito agli acquisti e alla gestione dei fornitori stessi.

L'analisi più dettagliata, basata sempre sui valori moda, evidenzia che il maggior grado di autonomia è dichiarato per le funzioni di programmazione operativa, quali l'organizzazione quotidiana dell'unità operativa, la definizione dei turni, l'individuazione dei criteri per la rotazione, l'assegnazione delle posizioni di lavoro, l'elaborazione dei piani di lavoro, la programmazione della manutenzione e la gestione dei materiali.

Con riguardo alla gestione del personale la maggiore autonomia è relativa all'impiego di strumenti di tipo più tradizionale, quali l'inserimento dei neoassunti e l'aggiornamento specialistico del personale. Interessante tuttavia il dato relativo all'elevato grado di autonomia dichiarata dai quadri con riguardo alla individuazione dei criteri

per la valutazione delle prestazioni e quindi alla valutazione del personale. Tale dato ha indubbiamente connotazioni positive per quanto concerne il profilo del quadro intermedio e il suo spazio decisionale, ma può essere interpretato come indice di uno scarso coordinamento a livello di intero sistema organizzativo, in considerazione del fatto che:

— l'individuazione dei criteri di valutazione delle prestazioni presuppone di norma un'impostazione metodologica unitaria a livello aziendale;

— circa l'86% del campione è rappresentato da coordinatori di unità operativa.

Margini di autonomia significativi si registrano inoltre con riguardo a:

— la rilevazione del grado di soddisfazione del personale, facilitata da un più diretto contatto con gli operatori;

— la possibilità di incidere significativamente sulla crescita professionale dei collaboratori sia attraverso la predisposizione di strumenti per la messa in comune del *know-how* professionale, sia mediante la scelta delle persone che fruiscono dei corsi di formazione.

Sulla base di questa prima analisi dei dati si delinea pertanto per il quadro intermedio un ruolo di depositario e custode del sapere professionale dei diversi gruppi di operatori gestiti.

Le scelte che hanno invece una valenza più ampia, perché implicano il coinvolgimento di altre figure professionali quali quelle mediche, o hanno impatto sull'organizzazione complessiva dell'unità operativa, vedono comunque una partecipazione al processo decisionale da parte dei quadri intermedi ma con un grado di autonomia inferiore (moda pari a 3).

Per una più approfondita interpretazione dei dati emersi dalla ricerca empirica si procede ad un'analisi dettagliata, per singole aree funzionali, basata sulla distribuzione percentuale

delle risposte sui diversi punteggi previsti dalla graduazione proposta. Per semplicità di esposizione e per una maggiore significatività delle considerazioni elaborate al riguardo i punteggi sopra descritti vengono raggruppati in tre classi:

— classe A: comprende i punteggi da 1 a 3 e corrisponde a situazioni in cui vi è un coinvolgimento del quadro intermedio nel processo decisionale;

— classe B: comprende il punteggio 4 e descrive situazioni in cui il quadro assume un ruolo di semplice esecutore di direttive, senza alcun coinvolgimento nel processo decisionale;

— classe C: comprende i punteggi 5, 6 e 7 e identifica situazioni in cui il quadro intermedio non è coinvolto nel momento decisionale, nemmeno in fase di attuazione delle scelte assunte e quindi risulta totalmente escluso dalla gestione dei diversi processi.

L'analisi dei risultati è integrata, nel caso in cui ciò consenta una maggiore comprensione dei fenomeni, dalla presentazione dei dati percentuali relativi alla distribuzione delle frequenze di risposta sui singoli punteggi o da elaborazioni differenziate per singoli ruoli (coordinatore di unità operativa, di dipartimento, componente o responsabile del Servizio infermieristico) o diversi profili professionali (infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio, terapisti della riabilitazione, ostetriche).

All'interno delle singole aree funzionali il questionario propone un'articolazione per *items*, ossia per categorie di decisioni o tipologie di strumenti finalizzati all'attivazione della funzione gestionale.

Per quanto concerne l'area organizzazione (tabella 7), in linea con i risultati emersi dall'analisi dei dati secondo il parametro moda, la maggiore autonomia dei quadri si registra a livello di scelte più legate all'operatività: ol-

Tabella 7 - Area organizzazione

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Definizione struttura organizzativa U.O.	67,5	9,5	23,0	100	3
Analisi posizioni di lavoro	72,0	8,0	20,0	100	1
Definizione carichi di lavoro.....	79,3	7,0	13,7	100	1 e 3
Assegnazione posizioni di lavoro.....	83,2	5,0	11,8	100	1
Individuazione criteri di rotazione	85,5	3,0	11,5	100	1

tre il 50% dichiara totale autonomia (punteggio 1) nell'individuazione dei criteri di rotazione, circa il 48% nell'assegnazione delle posizioni di lavoro. Lo spazio decisionale attribuito ai coordinatori di unità operativa su questi due temi è assai elevato: nel primo caso il 48% dei coordinatori intervistati risponde 1 e nel secondo il 45%; all'interno di questi due gruppi i tecnici di radiologia sono percentualmente il profilo professionale che detiene maggiore autonomia. Per quanto concerne invece la definizione dei carichi di lavoro la partecipazione al processo decisionale è complessivamente elevata, ma le posizioni di totale autonomia sono più contenute (31%) e solo il 27% dei coordinatori opera su questo tema con delega totale (19). Significativo infine sottolineare che per quanto concerne l'analisi delle posizioni di lavoro e la definizione della struttura organizzativa dell'unità o Servizio rispettivamente ben il 20% e il 23% dei quadri sono totalmente esclusi dal processo decisionale e solo il 21,5% e l'11,5% dichiarano totale autonomia. Il ruolo di coordinatore maggiormente legittimato ad operare in totale autonomia è costituito dalle caposala.

Come evidenziato in precedenza dall'analisi dei valori moda, il grado di autonomia dei quadri per quanto attiene i processi di inserimento del personale è assai elevato: il 50% del campione complessivo si identifica nel punteggio 1 e l'85% di questi è rappresentato da coordinatori di unità operativa (tabella 8). Le decisioni relative alla determinazione del fabbisogno di organico coinvolgono invece di nor-

ma livelli organizzativi differenti, quali per esempio il responsabile di dipartimento e di Servizio infermieristico. Tenuto conto che il campione oggetto di indagine è costituito in prevalenza da coordinatori di unità operativa, ciò può in parte spiegare la percentuale minore (72%) relativa alla classe A. Anche il dato analitico supporta questa affermazione in quanto solo il 10,7% del campione dichiara piena autonomia decisionale ed una elevata percentuale (21%) dei coordinatori di U.O. è totalmente esclusa dal processo. Sulla programmazione delle modalità di impiego del personale ampi margini di azione sono attribuiti ai quadri intermedi: il 91,3% del campione si colloca nella classe A e il 63,4% dichiara totale autonomia. Solo il 5,6% afferma di non essere coinvolto nel processo decisionale, di cui la metà è costituita da componenti del Servizio infermieristico, che, almeno nelle soluzioni organizzative più evolutive non si occupano più direttamente della gestione di queste problematiche. Per quanto concerne la definizione dei criteri di valutazione delle pre-

stazioni individuali, in aggiunta alle riflessioni in precedenza formulate si può osservare quanto segue: il grado di coinvolgimento dei quadri è assai elevato (82%), con circa il 37% di posizioni di totale autonomia ed il 35,7% dei coordinatori di unità operativa che si attribuiscono il punteggio 1. Considerazioni del tutto analoghe si possono articolare con riguardo alla valutazione del personale, per la quale la percentuale del campione che si colloca nella classe A è pari all'84,4% ed il 37,6% dei quadri afferma la piena autonomia decisionale. Singolare tuttavia che il 12,4% dei quadri intermedi non assuma alcun ruolo attivo nella valutazione del personale, della cui gestione è di fatto responsabile.

Nell'individuazione del fabbisogno formativo (tabella 9) il valore moda è pari a 3, la percentuale cumulata della classe A è relativamente alta (84,1), ma la percentuale dei quadri che dichiarano piena autonomia in questo ambito è relativamente contenuta, pari al 28,3%.

Maggiori spazi decisionali sembrano invece avere i quadri per quanto concerne la scelta delle persone che partecipano ai corsi di formazione e quindi in sostanza delle risorse su cui investire in termini di sviluppo delle competenze; in questo caso la moda è 1, la percentuale della classe A è pari all'80,6% e la piena autonomia è indicata da circa il 37% degli intervistati. Significativo inoltre osservare che si

Tabella 8 - Area gestione del personale

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Inserimento del personale	88,1	2,5	9,4	100	1
Definizione del fabbisogno di organico	72,5	6,9	20,6	100	
Programmazione delle modalità di impiego del personale	91,3	3,1	5,6	100	3
Definizione dei criteri di valutazione delle prestazioni individuali.....	82,0	4,0	14,0	100	1
Valutazione del personale	84,4	3,2	12,4	100	1
Definizione di modalità di rilevazione del soddisfacimento del personale.....	76,0	6,4	17,6	100	1

Tabella 9 - Area formazione (*)

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Individuazione del fabbisogno.....	84,1	3,5	12,4	100	3
Identificazione delle persone che partecipano ai corsi.....	80,6	3,8	15,6	100	1
Momenti e strumenti per condivisione esperienza professionale.....	82,2	4,6	13,2	100	1
Definizione piani di formazione.....	66,0	8,7	25,3	100	3
Interventi per la motivazione del personale.....	70,4	5,3	24,3	100	3

(*) Il tema della formazione si sviluppa in realtà su diverse aree: in quella dedicata alla gestione della tecnologia per quanto riguarda la formazione all'uso delle nuove attrezzature e in quella relativa alla gestione dell'innovazione, in cui si rileva il fabbisogno di formazione collegato all'introduzione di innovazioni.

identificano con il punteggio 1 il 34,3% dei coordinatori di unità operativa e il 35,7% dei coordinatori di dipartimento; nei modelli organizzativi emergenti infatti la formazione viene spesso gestita a livello di dipartimento. Il dato non risulta peraltro del tutto coerente con la percentuale assai contenuta, il 21,4% sul totale dei coordinatori di dipartimento intervistati, che dichiara piena autonomia nella definizione del piano di formazione. Con riguardo a questo aspetto il grado di decisionalità attribuito ai quadri intermedi sembra assai più sfumato: solo il 18% del campione complessivo dichiara piena autonomia nelle scelte, mentre il 25,3% non è in alcun modo coinvolto. Va evidenziato tuttavia che il dato appare coerente con la natura della decisione in oggetto che implica di norma un coordinamento a livello aziendale e pertanto un maggiore grado di accentramento, non tanto in fase di raccolta dei fabbisogni, quanto appunto in sede di formulazione definitiva del piano. Considerazioni del tutto analoghe possono svilupparsi con riguardo alla definizione di interventi per la motivazione del personale (valore moda 3, percentuale classe A 70,4%, punteggio 1 indicato solo dal 20% del campione), che richiedono, in particolare per gli strumenti e le forme di incentivazione di natura economica, decisioni ed applicazioni a livello aziendale.

Un buon grado di autonomia sembrano invece avere i quadri per quanto attiene all'introduzione di modalità di formazione e di consolidamento del sapere professionale, attraverso la condivisione dell'esperienza maturata dai singoli, meccanismi più facilmente governabili a livello decentrato: il valore moda è pari ad 1, la percentuale della classe A è dell'82,2% ed il 37% del campione dichiara piena autonomia.

Nella scelta dei fornitori (tabella 10) i quadri intermedi sono di fatto poco coinvolti: la moda è tre e sette, la percentuale della prima classe è del 43,7%, inferiore quindi alla metà del campione e solo l'8,7% dichiara piena autonomia su questo punto. Modesto coinvolgimento si rileva anche per quanto riguarda la formulazione del parere tecnico sulle caratteristiche dei beni acquistati: solo il 15,4% del campione complessivo ha piena autonomia e il 29% non è chiamato a pronunciarsi né informato. Se da un lato questo dato trova spiegazione nel fatto che di norma i processi di acquisto

vengono gestiti in modo accentrato a livello aziendale, dall'altro va sottolineato che spesso gli operatori lamentano la messa a disposizione di materiale non sempre adeguato rispetto alle specifiche esigenze degli utilizzatori, non note, ad evidenza, a chi è responsabilizzato sull'acquisizione dei beni stessi. Considerazioni analoghe possono essere formulate con riguardo alla definizione delle procedure di approvvigionamento. Relativamente contenuto è il grado di partecipazione alla individuazione delle quantità e dei lotti da ordinare e dei tempi di consegna: a fronte di un valore moda pari ad 1, si ha comunque la percentuale relativa alla classe A pari al 67,1% ed oltre il 27% dei quadri non è coinvolto nel processo. Per quanto le aziende sanitarie tendano a gestire in modo centralizzato le scorte e, quindi, in molti casi, i «magazzini» di unità operativa siano di dimensioni poco rilevanti, è tuttavia necessario individuare un responsabile che si occupi della programmazione delle risorse materiali, del sistematico approvvigionamento delle stesse, nonché della loro conservazione. I risultati della ricerca evidenziano come in molti casi questo responsabile non è rappresentato dal quadro intermedio.

Con riguardo alla gestione della tecnologia va precisato che la funzione è stata articolata in due sottofunzioni: la programmazione della manutenzione delle attrezzature e la formazione del personale all'uso di nuove attrezzature (20). Per entrambe le sottofunzioni si osserva una situazione

Tabella 10 - Area gestione delle scorte

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Individuazione dei fornitori.....	43,7	8,8	47,5	100	3 e 7
Caratteristiche tecniche dei beni acquistati.....	64,8	6,2	29,0	100	3
Quantità lotti e tempi di consegna.....	67,1	5,7	27,2	100	3
Procedure di approvvigionamento.....	65,0	4,4	30,6	100	3
Procedure per controllo scadenza materiali.....	78,1	3,1	18,8	100	1

ne simile: la moda è 1, la percentuale della classe A si attesta su valori relativamente alti: circa 71% nel primo caso, 79% nel secondo, a rafforzare l'ipotesi che l'aggiornamento specialistico del personale si configura come responsabilità propria del quadro intermedio. Il rischio che potrebbe emergere però è che queste figure professionali tendano ad essere molto focalizzate su contenuti di tipo specialistico e sull'operatività, con conseguenti minori opportunità di sviluppare le competenze gestionali. La non piena e diffusa legittimazione del quadro ad intervenire in queste aree gestionali è confermata dalla percentuale di casi compresi nella terza classe, rispettivamente pari al 26,6% e al 18%. Per quanto concerne la funzione di programmazione e controllo (tabella 11) la moda è 3 in tutti i casi ad eccezione della elaborazione dei piani di lavoro; il minor grado di autonomia trova conferma anche nelle percentuali cumulate per classi. Sulla definizione degli obiettivi di *budget* oltre il 50% del campione non è coinvolto nel processo e solo il 4% dichiara di avere piena autonomia. Una situazione pressoché analoga è osservabile per quanto concerne l'individuazione delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi di *budget*. Le evidenze empiriche relative alla fase di esplicitazione e comunicazione degli obiettivi di *budget* e a quella di attribuzione degli obiettivi al personale coordinato configurano due contrapposte tendenze: da un lato, una significativa partecipazione al processo decisionale (nel 58,1% dei casi), dall'altro un 36,9% di totale esclusione per quanto riguarda la funzione di comunicazione. Analogamente, per quanto concerne la fase di attribuzione degli obiettivi, si ha il coinvolgimento nel 60,1% dei casi ed una preclusione pari al 36,4%. A livello di programmazione operativa (defini-

zione di protocolli ed elaborazione di piani di lavoro) la situazione muta sensibilmente: la percentuale della prima classe è pari al 76,9% nel primo caso e al 76,4% nel secondo, con un 28% di quadri che affermano una piena autonomia per la definizione di protocolli ed un 33,1% per l'elaborazione di piani di lavoro. Appaiono tuttavia ancora sensibilmente elevate le percentuali cumulate relative alla terza classe, di sostanziale esclusione dal processo decisionale: 19% per la definizione di protocolli e 20,3% per la formulazione dei piani di lavoro. Per quanto riguarda la misurazione dei risultati, la loro analisi e valutazione si delinea un ruolo dei quadri di relativo coinvolgimento: la moda in entrambi i casi è pari a 3, la percentuale della prima classe è rispettivamente del 67,8 e del 63,4. Significative ancora una volta le percentuali del-

la terza classe, pari al 26,7 nel primo caso e al 28,1 nel secondo.

Con riguardo alle funzioni di programmazione e controllo emerge, in sintesi, che il coinvolgimento del quadro intermedio è più elevato nelle scelte riconducibili al livello del controllo operativo, modesto nelle scelte connesse al livello di controllo direzionale (21).

Il ruolo propositivo dei quadri intermedi nell'adozione di nuove tecnologie e metodiche di lavoro appare mediamente buono, ma anche in questo caso con una situazione dicotomica (tabella 12). Il 68,5% partecipa con vari gradi al processo decisionale, ma un elevato 23,5% non è coinvolto e sembra quindi subire l'introduzione di nuove tecniche di tipo specialistico all'interno dell'unità coordinata. Diverso appare invece il grado di coinvolgimento sulla adozione di nuove solu-

Tabella 11 - Area programmazione e controllo

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Individuazione degli obiettivi di <i>budget</i>	41,3	8,0	50,7	100	3
Individuazione delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi di <i>budget</i>	44,9	4,8	50,3	100	3
Attribuzione degli obiettivi al personale	60,1	3,5	36,4	100	3
Definizione delle modalità di comunicazione degli obiettivi di <i>budget</i> al personale della U.O.....	58,1	5,0	36,9	100	3
Definizione di protocolli	76,9	4,1	19,0	100	3
Elaborazione dei piani di lavoro.....	76,3	3,4	20,3	100	3
Misurazione dei risultati.....	67,8	5,5	26,7	100	3
Analisi e valutazione dei risultati conseguiti dalla U.O.	63,4	5,5	28,1	100	3

Tabella 12 - Area gestione dell'innovazione (*)

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Adozione nuove tecniche e metodiche di lavoro specialistiche.....	68,5	8,0	23,5	100	3
Definizione nuovi modelli organizzativi.....	76,0	6,7	17,3	100	3
Fabbisogni aggiornamento e formazione connessi alle innovazioni introdotte.....	80,1	6,7	13,2	100	3
Fabbisogno di innovazione attrezzature.....	68,7	8,0	23,3	100	3

(*) Con il termine innovazione si fa riferimento ad un concetto comprensivo non solo della dimensione tecnologica ma anche di quella economico-gestionale, ossia di innovazione nella modalità di svolgimento dei processi economici.

zioni organizzative, dove il 13,4% del campione complessivo afferma di avere piena autonomia e complessivamente il 76% partecipa al processo decisionale; tuttavia il 17,3% ne rimane totalmente escluso. A conferma dell'importante ruolo di presidio del formarsi e consolidarsi del sapere specialistico all'interno dell'unità coordinata, la percentuale della classe A relativa all'individuazione dei fabbisogni di aggiornamento e formazione è pari all'80,1%. Importante infine sottolineare che circa il 69% partecipa alle scelte relative alla definizione del fabbisogno di nuove attrezzature; il 21,4% dei coordinatori di dipartimento afferma di avere a tale riguardo piena autonomia, in linea con quanto si rileva dai documenti aziendali di costituzione dei dipartimenti, nei quali spesso al referente infermieristico o tecnico è attribuita la responsabilità di presidiare questa funzione.

L'area funzionale relativa alla valutazione della qualità rappresenta uno degli ambiti strategici nel processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e di miglioramento del livello di servizi offerti. Come ricordato in precedenza non tutte le aziende del campione sembrano essersi attivate su questo fronte. Per quanto concerne lo spazio di autonomia dei quadri intermedi emergono le seguenti evidenze empiriche (tabella 13).

Nelle scelte relative all'attivazione di meccanismi per la valutazione e il miglioramento della qualità i quadri intermedi dichiarano un modesto grado di coinvolgimento. La percentuale più elevata relativamente alle frequenze della classe A si registra a livello di definizione dei percorsi di miglioramento della qualità del servizio; a seguire la valutazione della qualità delle prestazioni alberghiere, degli spazi, del *comfort* e delle prestazioni specialistiche che rappresentano indubbiamente gli aspetti di più diretta

controllabilità da parte dei quadri intermedi. In una logica di cambiamento diffuso delle organizzazioni e di responsabilizzazione sui risultati ci si attenderebbe, tuttavia, un maggior coinvolgimento nelle diverse fasi che conducono alla valutazione complessiva del servizio, dove il dato dominante è invece la totale esclusione di queste figure dal processo decisionale nel 40% e oltre dei casi. Questo anche in considerazione del fatto che le logiche e le tecniche della *total quality* poggiano sul presupposto fondamentale di una larga partecipazione e di una consapevolezza del proprio contributo al miglioramento del servizio da parte di tutti gli operatori. Critico appare infine il dato relativo alla scarsa partecipazione ai processi di monitoraggio della soddisfazione dell'utenza interna ed esterna. Si ricorda che su questo fronte le aziende intervistate sono relativamente meno impegnate rispetto ad altri processi gestionali; tuttavia il basso grado di autonomia attribuita ai quadri intermedi è da leggersi come dato negativo, laddove si ponga mente al fatto che in particolare i coordinatori di unità operativa e di dipartimento gestiscono direttamente larga parte degli operatori che entrano a diretto contatto con il paziente (posizioni di *front line*). Ancor più preoccupante, in termini di consapevolezza del ruolo assunto, il fatto che circa il

7% di quadri attribuisca alle suddette funzioni il punteggio 7 (non è necessario che sia coinvolto), evidenziando così l'esigenza che il cambiamento culturale investa più incisivamente e in modo pervasivo le aziende sanitarie.

Con particolare attenzione va osservato il dato relativo alla percentuale di coloro che dichiarano totale autonomia nella valutazione delle prestazioni specialistiche (10,8%); esso appare in contrasto con quello relativo alla valutazione delle prestazioni individuali (il 36,7% dichiara totale autonomia) e quello concernente la valutazione del personale (il 37,6% indica il punteggio 1). Una possibile spiegazione di tale fenomeno, che meriterebbe peraltro un ulteriore approfondimento, è riconducibile al fatto che la valutazione dei collaboratori viene effettuata quasi esclusivamente con riguardo ai comportamenti organizzativi e non già sui risultati conseguiti, ossia sulla qualità della prestazione individuale.

Il grado di partecipazione dei quadri intermedi alla codifica e alla progettazione delle procedure, ossia di uno degli strumenti di coordinamento più diffusi nelle aziende sanitarie, è relativamente contenuto (tabella 14). Si può notare infatti come accanto ad un 60,7% di risposte appartenenti alla classe A vi sia la compresenza di un

Tabella 13 - Area valutazione della qualità

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Valutazione qualità prestazioni specialistiche ..	56,8	7,2	36,0	100	3
Valutazione della qualità degli spazi e del <i>comfort</i>	59,0	7,0	34,0	100	3
Valutazione qualità delle prestazioni alberghiere	59,7	6,0	34,3	100	3
Sistemi di rilevazione soddisfazione utenti esterni.....	47,8	6,5	45,7	100	3
Sistemi di rilevazione soddisfazione utenti interni	49,2	8,0	42,8	100	3
Definizione indicatori di qualità.....	54,0	9,3	36,7	100	3
Definizione percorsi di miglioramento qualità del servizio	60,4	8,6	31,0	100	3

Tabella 14 - Area sistemi informativi

ITEMS	Classe A	Classe B	Classe C	Totale	Moda
Codificazione delle procedure.....	60,7	8,3	31,0	100	3
Identificazione di strumenti informativi per gli utenti	59,9	9,1	31,0	100	3
Identificazione di strumenti informativi per i collaboratori.....	73,8	9,7	16,5	100	3
Progettazione archivio documentazione sanitaria	66,0	11,1	22,9	100	3
Strumenti informativi a supporto attività specialistica (es. cartella infermieristica).....	73,4	3,5	23,1	100	3

31% di intervistati che dichiarano una totale assenza di coinvolgimento. Il dato peraltro contrasta con quello relativo all'adozione di nuovi modelli organizzativi, dove la percentuale di quadri che dichiarano di essere parte attiva nel processo decisionale è pari al 76%. In linea con quanto emerso a livello di coinvolgimento nelle decisioni relative alla valutazione della qualità e al miglioramento del servizio, solo poco più della metà del campione prende parte alla individuazione di strumenti informativi per gli utenti. La percentuale della classe A relativa alla progettazione dell'archivio per la documentazione sanitaria esprime un discreto coinvolgimento dei quadri, soprattutto in ragione del fatto che, come in seguito analizzato, questo ambito costituisce una delle aree di maggiore propositività in termini di progetti di miglioramento formulati dai coordinatori. Buona l'autonomia per quanto riguarda l'identificazione degli strumenti informativi per i collaboratori e di supporto all'attività specialistica, indice di una elevata sensibilità ed attenzione verso la comunicazione interna quale mezzo in grado di agevolare lo sviluppo di relazioni collaborative e lo svolgersi con maggiore efficienza ed efficacia dei processi di lavoro.

Rispetto alle diverse aree funzionali sopra indagate il questionario ha richiesto di esplicitare la percentuale di tempo dedicata a ciascuna di esse; dal-

l'elaborazione dei dati emerge quanto riportato nella tabella 15.

Essa evidenzia come la funzione che attualmente impegna in modo minore i quadri intermedi è quella relativa all'innovazione. Il dato è singolare in quanto le aziende dovrebbero essere, e sono di fatto, interessate da profondi processi di cambiamento, in ragione dei recenti provvedimenti normativi che impongono rivisitazioni talora radicali delle soluzioni organizzativo-gestionali. In modo analogo si può osservare come anche la funzione valutazione della qualità assorbe in misura contenuta tempo lavoro dei quadri, che, peraltro dichiarano di avere un ruolo relativamente marginale nei processi decisionali connessi all'implementazione di sistemi di monitoraggio della qualità e di soddisfazione degli utenti, nonché di miglioramento continuo del servizio. Scarsa-

mente rilevante appare inoltre il tempo lavoro dedicato a:

— la gestione della tecnologia, in quanto circa il 60% del campione opera in contesti organizzativi in cui l'elemento tecnologico inteso solo come attrezzature non è il fattore dominante;

— la funzione formazione, che pure in termini di decisionalità ed autonomia risulta essere un ambito significativo di responsabilità del quadro e che costituisce un'area strategica per il cambiamento delle strutture sanitarie, nonché per lo sviluppo di competenze distintive in grado di determinare vantaggi competitivi fra le aziende;

— la comunicazione interna e il coordinamento, la cui carenza rappresenta di norma uno dei maggiori ostacoli al conseguimento di *performance* di elevata efficienza ed efficacia nelle organizzazioni sanitarie;

— la funzione programmazione, indicatore questo del fatto che spesso la logica prevalente nelle organizzazioni sanitarie non è quella di prevedere e programmare gli eventi, ma operare facendo fronte di volta in volta alle urgenze.

La funzione che assorbe maggiormente tempo lavoro dei quadri è costituita dall'attività di controllo; poiché il grado di autonomia e di coinvolgimento degli stessi nelle decisioni inerenti la misurazione, analisi e valuta-

Tabella 15 - Tempo dedicato alle singole funzioni gestionali

Funzioni gestionali	Tempo assorbito in %
Controllo	17,7
Organizzazione.....	15,6
Gestione del personale	14,1
Gestione delle scorte	11,0
Programmazione	9,7
Sistemi informativi e comunicazione interna	8,3
Formazione.....	6,7
Tecnologia.....	5,9
Valutazione della qualità.....	5,7
Innovazione.....	5,3
Totale.....	100

zione dei risultati appare piuttosto contenuto sembra trattarsi più di un'attività di supervisione diretta, di carattere ispettivo che non di controllo sul raggiungimento degli obiettivi. Emerge quindi per il quadro intermedio un profilo tradizionale di controllore, di capo gerarchico più che di facilitatore di processi e diffusore di nuova cultura gestionale, secondo quanto le moderne teorie organizzative descrivono.

Analizzando questi dati in modo disaggregato per tipologia di ruolo si osserva che nel caso dei coordinatori di unità operativa le posizioni delle singole funzioni restano sostanzialmente immutate ad eccezione della valutazione della qualità che anziché occupare il penultimo posto si posiziona al terz'ultimo. Nel caso dei coordinatori di dipartimento le funzioni più rilevanti in termini di assorbimento di tempo lavoro sono nell'ordine:

- la gestione del personale (21%);
- l'organizzazione (18,5%);
- la programmazione (11,1%);
- la formazione (10,9%),

mentre quella meno importante risulta essere la gestione delle scorte (4,9%).

È interessante osservare che il tempo dedicato alla progettazione di strumenti informativi, di comunicazione interna e di coordinamento è molto contenuto (6,7%, inferiore quindi a quello speso dal campione complessivo), specie se si correla alle finalità proprie del dipartimento, di integrazione di risorse ed attività. Per i componenti il Servizio infermieristico le quattro funzioni più rilevanti sono costituite nell'ordine da:

- controllo (18,2%);
- organizzazione (15,5%);
- gestione del personale (14,2%);
- sistemi informativi e comunicazione interna (14%).

In ultima posizione si colloca la valutazione della qualità alla quale i componenti del Servizio infermieristico dedicano solo il 4% del loro tempo lavoro.

Per comprendere più a fondo il ruolo dei quadri, è necessario non solo analizzare le mansioni e le responsabilità stabilmente attribuiti alla posizione, ma anche rilevare il contributo degli stessi alla definizione e alla realizzazione di progetti riferiti all'unità di appartenenza o di carattere trasversale e quindi relativi al funzionamento dell'azienda nel suo complesso. Attraverso il questionario si è inteso pertanto indagare:

— la partecipazione a gruppi o comitati di lavoro;

— il ruolo assunto nell'ambito degli stessi;

— la capacità propositiva manifestata, indipendentemente dall'attuazione o meno del progetto, con riguardo all'arco temporale degli ultimi tre anni.

Circa il 55% del campione dichiara di aver preso parte a progetti aziendali, nel 23% dei casi di natura specialistica, quali riduzione delle lesioni da decubito ed infezioni ospedaliere, riduzione del rischio radiologico, linee guida per i blocchi operatori. Il rimanente 77% dei progetti ha invece natura gestionale: fra i più ricorrenti la riorganizzazione dei trasporti e dei collegamenti interni, l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, il miglioramento dei servizi e della qualità, l'inserimento e la valutazione del neoassunto. Nel 36% dei casi al quadro intermedio sono attribuite funzioni di coordinamento o di responsabilità del progetto nel suo complesso.

La popolazione intervistata dichiara di aver proposto e realizzato negli ultimi tre anni 115 progetti, per la maggior parte di tipo gestionale, così distinti:

— 60 relativi all'area organizzazione e informatizzazione (quali l'introduzione e la razionalizzazione delle schede infermieristiche, la riorganizzazione del lavoro nelle unità operative, la rotazione del personale);

— 1 di controllo di gestione;

— 30 connessi alla funzione di gestione del personale (i progetti più ricorrenti sono relativi alla definizione di un percorso di inserimento e alla valutazione del neoassunto);

— 22 di miglioramento della qualità del servizio (relativi al miglioramento della fase di accoglienza, connessi all'accreditamento o alla certificazione ISO, finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa);

— 2 di tipo specialistico.

Singolare è la situazione per quanto riguarda l'area qualità, in quanto a fronte di una relativamente elevata partecipazione a progetti di questa natura, i quadri intermedi delle professioni sanitarie non risultano inseriti stabilmente negli uffici preposti e godono di una modesta autonomia nelle scelte relative alla gestione di tali problematiche.

Sono stati inoltre presentati e non accolti 63 progetti, di cui 56 di tipo gestionale e 7 di tipo specialistico, così articolati:

a) 30 relativi all'area organizzazione e informatizzazione;

b) 12 relativi all'area gestione del personale;

c) 8 riguardanti i sistemi informativi e di coordinamento;

d) 1 finalizzato al miglioramento dei servizi;

e) 2 su temi di controllo di gestione;

f) 3 inerenti attività di ricerca ed innovazione;

g) 7 di tipo specialistico.

Analizzando più in dettaglio l'insieme dei progetti non accolti è interessante segnalare alcune tipologie, quali ad esempio la modifica di orari

di servizio e gli interventi di informatizzazione. Nel primo caso le ragioni della mancata realizzazione possono essere riconducibili al fatto che cambiamenti di tale natura coinvolgono di norma diversi gruppi professionali che operano all'interno della struttura e generano pertanto forti resistenze e conflittualità. Nel secondo caso le motivazioni possono riguardare invece la disponibilità o meno delle risorse finanziarie necessarie per sostenere gli investimenti, in relazione alla priorità attribuita dai vertici aziendali al progetto. In entrambe le situazioni quindi non si può ipotizzare una relazione diretta fra scarso grado di autonomia decisionale dei quadri e mancata realizzazione del progetto. Di contro la non attuazione di proposte relative alla riorganizzazione del lavoro all'interno dell'unità operativa conferma la valutazione emersa in precedenza circa il basso livello di delega esercitato nei confronti dei quadri in tema di scelte organizzative. Pur tenendo conto della diversa durata dei progetti, che in alcuni casi possono estendersi su un arco temporale non breve, la media *pro-capite* delle proposte risulta contenuta (1 proposta *pro-capite* ogni tre anni); da questo emerge l'indicazione a sviluppare e a potenziare la capacità propositiva dei quadri, nell'ottica di una valorizzazione dell'esperienza e del *know-how* maturati a livello operativo, nonché del consolidamento di processi di apprendimento organizzativo di tipo *bottom-up*.

3.4. Le competenze del quadro intermedio

Con riferimento all'analisi delle competenze connesse al ruolo la ricerca ha inteso focalizzare principalmente i seguenti aspetti:

— le capacità e le caratteristiche comportamentali ritenute dagli inter-

vistati più importanti per l'esercizio della propria attività;

— le conoscenze professionali e i contenuti gestionali di cui avvertono maggiormente la necessità.

Per quanto concerne il primo punto la tabella 16 mostra in ordine decrescente la priorità attribuita dai quadri alle diverse competenze suggerite nel questionario, attraverso l'indicazione del punteggio medio.

Da un'analisi disaggregata per tipologia di ruolo emerge quanto segue.

Per i coordinatori di unità operativa le competenze ritenute più importanti e che occupano le prime 5 posizioni sono nell'ordine:

- capacità di programmazione
- capacità di gestione di gruppi
- *leadership* e carisma
- capacità di risoluzione di problemi
- autonomia decisionale.

Le capacità e caratteristiche comportamentali evidenziate come meno rilevanti (in ordine decrescente) risultano essere:

- capacità di delega
- capacità di persuasione
- conoscenze informatiche
- conoscenze specialistiche
- tensione al risultato.

La contiguità del ruolo di quadro all'attività operativa è probabilmente il fattore determinante nell'individuazione e nella graduazione di priorità di tali competenze. Appare invece incoerente in questa logica la scarsa rilevanza della tensione al risultato, laddove si consideri la diretta responsabilità assunta dal quadro in merito all'erogazione delle prestazioni; da ciò si può quindi evincere che o tale responsabilizzazione non è ancora pienamente delegata o la consapevolezza del proprio ruolo da parte dei quadri risulta a tratti incompleta. Positivo da questo

Tabella 16 - Competenze ritenute prioritarie

Competenza	Ordine di priorità
Capacità di programmazione.....	2,92
<i>Leadership</i> -carisma.....	4,73
Capacità di risoluzione di problemi.....	4,92
Capacità di delega.....	4,98
Autonomia decisionale.....	5,08
Capacità di analisi.....	5,16
Orientamento all'efficienza.....	5,28
Spirito di iniziativa.....	5,51
Capacità relazionali.....	5,59
Capacità di sviluppo dei collaboratori.....	5,61
Flessibilità e apertura al cambiamento.....	5,63
Capacità di costruzione di reti relazionali.....	5,75
Capacità di gestione di gruppi.....	5,83
Capacità di valutazione.....	5,85
Capacità di coinvolgimento.....	5,88
Orientamento all'utente.....	5,90
Capacità negoziali.....	6,19
Senso di identificazione aziendale.....	6,78
Capacità di lavoro per obiettivi.....	6,95
Capacità di uso delle informazioni per fini gestionali.....	6,96
Tensione al risultato.....	7,38
Gestione dei conflitti.....	7,62
Conoscenze specialistiche.....	7,71
Conoscenze informatiche.....	8,23
Gestione dell'incertezza.....	8,67
Capacità di persuasione.....	9,55

punto di vista il fatto che le competenze specialistiche siano ritenute poco rilevanti.

Nel caso dei coordinatori di dipartimento le prime 5 competenze sono costituite da:

- capacità di gestione dei gruppi
- flessibilità ed apertura al cambiamento
- autonomia decisionale
- capacità di programmazione
- capacità di sviluppo dei collaboratori.

Da sottolineare l'importanza attribuita alla flessibilità e all'apertura al cambiamento, in quanto i coordinatori di dipartimento sono chiamati a gestire modelli organizzativi nuovi e che richiedono elevata capacità di interfacciarsi con i coordinatori di unità operativa. È evidente quindi la loro esigenza di affinare competenze in ordine allo sviluppo dei collaboratori e alla gestione dei gruppi. Sembrerebbe pertanto emergere un profilo teso più ad agevolare la collaborazione e il coordinamento che non ad esercitare un controllo di tipo gerarchico; analizzando tuttavia le competenze considerate meno rilevanti si evidenzia come dato contrastante con questa interpretazione la scarsa importanza della capacità di coinvolgimento e della capacità di costruzione di reti relazionali. Questo può essere indicativo di una forte attenzione a ricercare forme di integrazione all'interno del dipartimento, ma a presidiare in misura non sufficiente i rapporti inter-dipartimentali, a scapito della funzionalità aziendale e dell'efficacia e qualità dei servizi complessivamente resi.

Secondo i componenti e i responsabili del Servizio infermieristico le prime 5 competenze sono costituite da:

- capacità relazionali
- capacità di costruzione di reti relazionali
- capacità di programmazione
- *leadership* e carisma

— capacità negoziali.

In questo caso appaiono prioritarie le capacità relazionali e negoziali, in linea con la funzione propria del Servizio infermieristico, di supporto agli organi di alta direzione e di partecipazione alla formulazione delle politiche aziendali. Tutto ciò viene confermato anche dal fatto che le competenze meno rilevanti sono quelle più legate alla gestione dell'operatività, quali la capacità di risolvere problemi, di gestire l'incertezza, di gestire le persone e i conflitti.

L'orientamento all'efficienza, l'orientamento all'utente, il senso di identificazione aziendale, la capacità di lavoro per obiettivi non vengono segnalati da nessuno dei tre ruoli fra le competenze maggiormente rilevanti; il dato è assai significativo, soprattutto se si pone mente al fatto che tali competenze dovrebbero costituire l'asse portante del processo di riqualificazione aziendale delle strutture sanitarie.

Per quanto riguarda i contenuti professionali e gestionali di cui i diversi ruoli avvertono maggiormente la necessità per l'esercizio della propria attività, dall'elaborazione dei questionari emergono i seguenti dati. Il 78,7% del campione evidenzia un fabbisogno formativo connesso a tematiche di *general management* (22), con riguardo sia all'acquisizione di strumenti e tecniche sia allo sviluppo di capacità comportamentali. In particolare il 17,6% indica la necessità di migliorare le proprie competenze in ordine alla gestione del personale, il 5,6% quelle relative alla gestione di gruppo e dei conflitti, il 6,5% quelle connesse alla valutazione e al miglioramento della qualità.

L'interesse ad un aggiornamento di natura specialistica è dichiarato dal 7,4% del campione, quello ad un aggiornamento di tipo normativo dal 3,7%, mentre oltre il 10% afferma l'e-

sigenza di approfondire le conoscenze informatiche. I dati sopra esposti possono essere interpretati come indicatori di una elevata consapevolezza da parte dei quadri del ruolo gestionale assunto, nonché di loro una capacità di cogliere i cambiamenti impressi dal mutato contesto istituzionale ed aziendale nel quale sono chiamati ad operare. Tali dati costituiscono anche, in un certo senso, la conferma di un buon grado di coinvolgimento dei quadri nei processi decisionali e nell'attivazione delle strategie aziendali, rispetto ai quali essi avvertono, in non pochi casi, un'inadeguatezza del patrimonio di competenze maturato prevalentemente, si è detto, mediante l'esperienza sul campo.

L'analisi svolta ha inteso, infine, raccogliere le impressioni e le valutazioni dei quadri con riguardo alle prime risultanze visibili del processo di aziendalizzazione e l'impatto di tale cambiamento sulle opportunità di sviluppo e di legittimazione del proprio ruolo.

Per quanto concerne i giudizi sul processo di aziendalizzazione, essi sono per la maggior parte positivi, anche se non mancano posizioni assai critiche al riguardo.

Gli aspetti positivi che vengono rimarcati con maggiore frequenza sono i seguenti:

— razionalizzazione nell'uso delle risorse ed incremento dell'efficienza;

— maggiore attenzione alle modalità di impiego delle risorse da parte di tutti i livelli della struttura, con conseguente maggiore responsabilizzazione;

— unificazione dei protocolli e delle procedure in essere all'interno delle strutture, con positivi riflessi sul livello qualitativo dei servizi erogati;

— maggiori investimenti in termini di formazione del personale e di valorizzazione delle competenze professionali;

— diffusione di un più forte senso di appartenenza aziendale e di una nuova cultura del lavoro;

— maggiore attenzione ai bisogni dell'utente, aumento della flessibilità aziendale e miglioramento della qualità, anche in conseguenza della maggiore pressione concorrenziale;

— maggiore chiarezza nella definizione degli obiettivi strategici e nella comunicazione ai diversi livelli della struttura aziendale;

— riduzione dei tempi decisionali.

A fronte di tali giudizi appare incongruente che i quadri non abbiano indicato fra le competenze più rilevanti l'orientamento all'efficienza e la capacità di lavoro per obiettivi, l'orientamento all'utente e il senso di identificazione aziendale, quasi a sottolineare che l'aziendalizzazione è un processo lento e graduale, che necessita di una diffusione capillare all'interno della struttura e che ad evidenza non è ancora giunto in profondità ad esercitare pressioni significative sui loro comportamenti organizzativi.

Fra gli aspetti negativi del processo di aziendalizzazione vengono di contro evidenziati i seguenti:

— riduzione in generale dei livelli quantitativi di assistenza e tendenza a concentrare l'offerta sui DRG più redditizi;

— diminuzione delle risorse disponibili e tagli agli organici, privilegiando l'obiettivo del risparmio a scapito della qualità;

— diffuso senso di precarietà negli operatori e difficoltà a far fronte al cambiamento richiesto, perché impreparati e poco informati;

— difficoltà di condivisione degli obiettivi aziendali da parte degli operatori.

Per quanto concerne l'impatto sul ruolo del quadro intermedio tendono a prevalere le valutazioni positive; i giudizi si concentrano in particolare attorno a questi due fenomeni:

— a fronte dell'attribuzione di maggiori responsabilità, da un lato, non sempre si è in grado di organizzare il proprio tempo lavoro per assolvere al nuovo mandato organizzativo e dall'altro il riconoscimento economico non è adeguato;

— sono richieste nuove competenze, di carattere gestionale, rispetto alle quali non si ha una formazione sufficiente.

Circa la valutazione del nuovo contratto del comparto si evidenziano due posizioni opposte: chi formula attese positive sulla capacità dello strumento di favorire una maggiore valorizzazione delle competenze professionali, chi si sofferma a giudicare incongruente il trattamento economico previsto.

4. Riflessioni conclusive

Il processo di aziendalizzazione avviato con i decreti legislativi 502/92 e 517/93 si sostanzia nell'introduzione di logiche e tecniche di gestione aziendale nelle strutture sanitarie, quali strumenti il conseguimento delle finalità istituzionali, ossia per migliorare la capacità delle aziende di rispondere in modo efficiente ed efficace ai bisogni di salute.

La ricerca effettuata dimostra che il processo di cambiamento ha interessato pressoché tutte le aziende anche se con tempi, modalità e gradi di attuazione differenti.

L'interrogativo a cui l'analisi svolta ha cercato di dare risposta è se il quadro intermedio delle professioni sanitarie abbia un ruolo ed un significato nei nuovi modelli aziendali e quali essi siano. Secondo Borgonovi: «nel modello aziendale che intende rafforzare la logica di unitarietà degli interventi aumenta il fabbisogno di coordinamento di livello intermedio. Lungi dall'essere esauriti i ruoli intermedi di coordinamento devono essere riempiti di nuovi contenuti, di nuove cono-

scenze, competenze ed abilità, di nuovi strumenti. (...) le aziende di servizi sanitari e le aziende ospedaliere per poter funzionare hanno bisogno di figure di coordinamento intermedio con elevata professionalità (...) l'introduzione del modello aziendale aumenta il fabbisogno di queste figure intermedie e aumenta il livello di professionalità di tipo non specialistico ad esse richiesto» (23).

Il quadro intermedio rappresenta infatti una posizione strategica, di raccordo fra la funzione di direzione complessiva dell'unità operativa esercitata dal dirigente medico e la funzione operativa assicurata dal personale infermieristico e tecnico.

L'ipotesi di fondo da cui ha preso spunto la ricerca è che per gestire le organizzazioni professionali, caratterizzate da un elevato grado di discrezionalità decentrata, connessa all'esercizio dell'autonomia professionale, è necessario introdurre logiche di responsabilizzazione diffusa sui risultati. In questo senso il potenziamento della funzione manageriale attraverso l'articolazione di figure di responsabilità intermedia appare azione del tutto coerente con il processo di delega e di decentramento decisionale. In ragione delle caratteristiche delle burocrazie professionali è necessario inoltre, perché il cambiamento sia concreto, che investa tutti gli operatori e che si realizzi una diffusa consapevolezza delle nuove logiche e regole organizzative. Ciò costituisce, infatti, fattore critico di successo, in quanto può influenzare in modo significativo i comportamenti degli operatori, orientandone i contributi alla realizzazione degli obiettivi aziendali. Anche in questo senso il quadro intermedio può assumere un ruolo importante nella comunicazione degli indirizzi strategici e delle politiche aziendali ai propri collaboratori.

Diventa quindi rilevante capire se, al di là di un decentramento formale

delle responsabilità, con l'enucleazione di un ruolo intermedio, si attui anche l'attribuzione sostanziale di leve gestionali che consentano di esercitare con un ampio grado di autonomia il ruolo assunto.

Le principali risultanze empiriche emerse sono le seguenti.

Nel passato, anche recente, i quadri delle professioni sanitarie sono stati poco valorizzati ed il loro contributo al funzionamento delle unità operative scarsamente riconosciuto. L'accesso al ruolo avveniva di norma dopo aver maturato un significativo numero di anni di esperienza lavorativa, secondo percorsi di carriera assai rallentati. La situazione attuale, che la ricerca ha inteso indagare e rappresentare, evidenzia un buon grado di autonomia decisionale soprattutto per quanto concerne le funzioni maggiormente connesse all'operatività. Con riguardo invece alle scelte di valenza più ampia, che possono generare un impatto diretto sul funzionamento dell'unità operativa nel suo complesso o ricollegarsi a meccanismi che investono l'intera azienda (si pensi ad esempio alla definizione del *budget* e alla formulazione del piano di formazione) si prospetta di norma una situazione dicotomica. A casi relativamente frequenti in cui si attribuisce piena autonomia al quadro, responsabilizzandolo sulla realizzazione delle politiche aziendali, si affianca, per la medesima area funzionale, una significativa percentuale di posizioni di totale esclusione dal momento decisionale. Il fenomeno non pare correlarsi positivamente né con le caratteristiche dell'azienda di appartenenza (in termini di dimensioni e di configurazione istituzionale), né con regione di provenienza. Per i diversi processi gestionali, si osserva infatti, non di rado, all'interno di una medesima azienda una ampia distribuzione dei punteggi dichiarati con riguardo al grado di autonomia sull'intero ventaglio

delle alternative possibili. Così piena autonomia decisionale è dichiarata, per taluni processi, da quadri che operano all'interno di determinate aziende e per altri processi da dipendenti di aziende diverse.

Le evidenze empiriche inducono ad una riflessione più generale sul concetto di ruolo e sulle determinanti del grado di autonomia dallo stesso esercitato. La definizione stessa di ruolo implica infatti, non solo un'attribuzione di mansioni ma l'assunzione da parte del soggetto investito del mandato organizzativo, di un comportamento rispondente o compatibile con le attese formulate dagli altri appartenenti al sistema organizzativo. Ne consegue che l'esercizio di un ruolo si sostanzia nella conquista di uno spazio di potere e nella successiva legittimazione ad occuparlo; il ruolo ha quindi in sé una componente di negoziazione, di mediazione di interessi differenti che vengono a comporsi nelle strutture organizzative. Diverse ipotesi possono essere formulate con riguardo ai fattori determinanti il grado di autonomia del quadro intermedio delle professioni sanitarie; in particolare si possono ritenere elementi significativi:

— i mutamenti intervenuti nell'assetto istituzionale, con il riconoscimento dell'autonomia gestionale delle singole aziende;

— le peculiarità del sistema sanitario configurato dalle singole regioni;

— l'avvio dei processi di aziendalizzazione, con la conseguente adozione di una diversa filosofia gestionale ed un differente orientamento strategico di fondo, e l'esigenza di rafforzare la funzione manageriale;

— il grado di attuazione di tali cambiamenti;

— le dimensioni aziendali;

— il modello organizzativo in essere all'interno dell'azienda e il diverso configurarsi delle relazioni organiz-

zative, con particolare ma non esclusivo riguardo alle soluzioni adottate per la gestione del personale del comparto;

— la capacità di delega dei dirigenti preposti alla gestione delle singole unità organizzative;

— la tipologia di mandato organizzativo (coordinatore di unità operativa, di dipartimento, di Servizio infermieristico);

— le competenze professionali possedute dal soggetto;

— il suo *curriculum* professionale e l'esperienza acquisita attraverso l'anzianità di servizio e di ruolo;

— la consapevolezza di ruolo del singolo.

Le risultanze empiriche della ricerca non consentono di evidenziare correlazioni dirette e statisticamente significative con alcuno di fattori sopra elencati, né di quantificare l'impatto degli stessi sul grado di autonomia del quadro. Tali fattori rappresentano infatti tutte condizioni favorevoli allo sviluppo e al potenziamento del ruolo del quadro intermedio, ma in ultima istanza, a parità di altre condizioni, il grado di autonomia dipende in larga misura dall'azione del soggetto, dalle capacità mostrate sul campo di assumere responsabilità e risolvere problemi, in linea con le indicazioni fornite dai ruoli direttivi e dai vertici aziendali.

A tale riguardo la ricerca evidenzia la presenza di numerosi segnali positivi, nella direzione di una valorizzazione del quadro quale agente di cambiamento e di riconoscimento del suo contributo alla trasformazione delle strutture sanitarie in aziende, nella misura in cui si fa promotore di azioni tese a diffondere e far interiorizzare nuove regole, nuovi valori e nuovi comportamenti organizzativi. Si afferma la consapevolezza dei quadri di dover maggiormente orientare la propria professionalità verso competenze

gestionali, anche se debole è ancora la coscienza di rappresentare l'anello di una catena gerarchica, in cui, in molti casi, continua a persistere la sudditanza alla professione medica, spesso incapace di delegare responsabilità inerenti la gestione e il presidio di processi organizzativi.

A chiusura di queste riflessioni sintetiche sui risultati della ricerca non si può trascurare di sottolineare che indubbiamente dal questionario possono essere emerse non solo valutazioni oggettive sul ruolo effettivamente esercitato dai quadri, ma anche attese ed opinioni circa il «dover essere». La ricerca ha raggiunto lo scopo di delineare una fotografia dell'esistente, ponendo quindi costituire una base di confronto temporale per analisi successive. In particolare risulterà interessante indagare, a distanza di qualche anno in che misura il quadro intermedio delle professioni sanitarie ha saputo cogliere le opportunità di sviluppo professionale e di maggiore legittimazione, connesse al completamento del processo di aziendalizzazione e all'applicazione del nuovo contratto.

(1) Sul tema si veda Borgonovi (1994).

(2) Cfr. Masini (1979), pag. 18.

(3) Il grado di aziendalità, inteso quale indicatore dell'intensità con cui si manifesta la natura stessa del fenomeno azienda, è termine utilizzato da Caramiello (1965) in uno studio relativo alle case di cura. Esso è costituito da diversi elementi, fra i quali in particolare l'economicità e l'autonomia gestionale. Una lettura in chiave aziendale del funzionamento dell'ospedale è proposto più recentemente da Borgonovi-Zangrandi (1988).

(4) Data la natura istituzionale pubblica delle aziende appartenenti al Servizio sanitario nazionale con il concetto di imprenditorialità si deve intendere «la capacità "di intraprendere in modi innovativi" la ricerca delle vie per perseguire le finalità economiche (e le finalità non economiche ad esse correlate) di una società, quindi attitudine a ricercare e attuare il superamento di "modi consolidati" di organizzazione

dei processi economici e sociali». Cfr. Borgonovi (1985), pag. 5.

(5) Nelle aziende sanitarie la tecnologia necessaria per realizzare i servizi è in larga parte incorporata nelle persone, che si caratterizzano per un elevato contenuto di professionalità e quindi di autonomia; cfr. H. Mintzberg (1985). Ciò determina un forte decentramento della discrezionalità nelle modalità di impiego delle risorse e quindi «l'intrinseca difficoltà di controllare l'uso delle risorse, sia da parte del responsabile gestionale, proprio per l'impossibilità di limitare l'autonomia clinica, sia da parte del professionista in quanto orientato e focalizzato sul singolo caso e quindi sulla ricerca delle migliori condizioni per il paziente-utente». Cfr. Borgonovi-Zangrandi (1988), pag. 49.

(6) Il filone di studi noto come *resource-based view* sostiene infatti che i vantaggi competitivi si acquisiscono e si mantengono nella misura in cui l'azienda è in grado di sviluppare competenze distintive, di incardinarle nelle proprie *routine* organizzative, conservandone l'esclusività; sul tema si vedano fra gli altri Buttignon (1996) e Prahalad-Hamel (1990).

(7) Si veda il Contratto collettivo nazionale del comparto siglato il 7 aprile 1999.

(8) «Nelle organizzazioni intese quali contesti generatori di conoscenza e finalizzati alla creazione del valore, un ruolo fondamentale di promotore e mediatore dei processi cognitivi è svolto dal *middle management*. (...) I *middle manager* si trovano nel punto più centrale del processo di *knowledge management*, all'incrocio fra un flusso *top-down*, in cui il sapere codificato ed esplicitato del *management* viene veicolato, diffuso e interiorizzato lungo la struttura fino ai livelli operativi e un flusso *bottom-up* in cui invece il sapere non articolato ed implicito del personale operativo, frutto dei processi di apprendimento *on the job* viene esplicitato, raccolto, selezionato e codificato attraverso i sistemi da *management*». Cfr. Camuffo (1998).

(9) Le denominazioni utilizzate nei regolamenti aziendali di istituzione dei dipartimenti sono spesso assai diverse.

(10) Con questa denominazione devono intendersi gli ex CSSA, ossia servizi ed uffici con responsabilità di gestione e direzione del personale infermieristico o di tutto il personale del comparto; anche in questo caso le denominazioni utilizzate dalle aziende, nonché le funzioni attribuite e la collocazione organizzativa prevista sono assai eterogenee.

(11) L'elenco non è esaustivo, in quanto l'autonomia organizzativa delle aziende consente loro di configurare soluzioni di struttura assai differenziate e quindi di articolare la linea gerarchica, individuando posizioni di coordi-

namento differenti da quelle sopra richiamate. Si pensi ad esempio ad aziende che hanno scelto un'articolazione delle responsabilità per processi.

(12) La *ratio* sottostante alla decisione di porre particolare attenzione alle aziende di maggiori dimensioni è la seguente. Se nelle strutture di minori dimensioni ci si può attendere una meno accentuata burocratizzazione ed un maggior spazio decisionale per i quadri, nelle aziende di dimensioni più rilevanti la complessità organizzativa è essa stessa fattore determinante nella spinta verso l'aziendalizzazione e l'articolazione della funzione manageriale.

(13) È noto infatti che i più recenti provvedimenti normativi in ambito sanitario attribuiscono un ruolo rilevante alla regione, quale responsabile del disegno e dell'assetto del servizio sanitario, nonché del finanziamento dello stesso. Sul tema si veda Del Vecchio-Longo (1993). La distribuzione per aree geografiche è la seguente: 140 questionari provengono da aziende del Nord Italia, 20 da aziende del Centro e 7 da aziende del Sud. In un caso il dato non è indicato.

(14) Per l'accesso al profilo di coordinatore era richiesta un'anzianità di servizio nel ruolo di collaboratore di almeno tre anni e per l'anzianità di ruolo era prevista in sede concorsuale l'attribuzione di un punteggio significativo ai fini della valutazione dei titoli di carriera.

(15) Oltre alle denominazioni utilizzate dalle aziende per identificare il ruolo, spesso sono differenti anche i reali spazi di autonomia riconosciuti al coordinatore nei diversi modelli organizzativi adottati.

(16) Si sottolinea peraltro che lo scenario delineato risente in larga misura della conoscenza più o meno puntuale da parte dei quadri intermedi di tutte le dinamiche in essere all'interno dell'azienda.

(17) A diversa collocazione organizzativa del Servizio infermieristico corrisponde di norma anche l'attribuzione di una *mission*, nonché di funzioni e competenze differenti. Sul tema si veda Filannino (1996).

(18) Sul tema si veda Rowbottom (1981), pag. 90 e seguenti: «laddove esiste, o si pretende che esista, una situazione di autorità fra due gruppi professionali, che cosa legittima la pretesa? (...) un gruppo professionale dovrebbe avere il diritto di dare ordini ad un altro se, e soltanto se, si riconosce generalmente che il primo ha una competenza migliore o più ampia nello stabilire le esigenze (reali) o i problemi nel campo in questione. (...) Dove esistono professioni che ne includono altre c'è sempre una base sottostante di autorità che consentirà la prescrizione di certe azioni. (...)». Tuttavia,

afferma Rowbottom, ne possono conseguire diverse situazioni organizzative: i membri della professione «inclusa» sono organizzati in una gerarchia manageriale separata, anche se ai livelli più bassi dipendono dalla professione più ampia; i membri della professione inclusa sono posti sotto il controllo manageriale di un membro della professione più ampia; i membri della professione inclusa lavorano sotto la direzione di un membro della professione più ampia, ma mantengono un superiore della propria professione.

(19) Fra coloro che evidenziano la piena autonomia la percentuale più elevata è costituita dai terapisti di riabilitazione che di norma sono direttamente responsabilizzati sulla stesura del piano di trattamento dei singoli pazienti.

(20) L'acquisizione di nuove attrezzature e tecnologie è stata esaminata come voce relativa alla gestione dell'innovazione.

(21) Si fa riferimento in questo caso alla tripartizione classica accolta dalla dottrina economico-aziendale e formulata da Anthony (1967).

(22) Si noti che il nuovo contratto collettivo nazionale del comparto valorizza la formazio-

ne come requisito importante nei passaggi di carriera e che non pochi provvedimenti aziendali di attribuzione di incarichi stabiliscono fra i criteri per la selezione dei candidati un curriculum formativo con riferimento a corsi di tipo manageriale.

(23) Cfr. Borgonovi in AA.VV. (1996), pag. 3.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (1996), *L'abilitato alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica/caposala*, Atti del convegno nazionale del Coordinamento nazionale caposala, Roma, 1996.

ANTHONY R.N. (1967), *I sistemi di pianificazione e controllo*, Etas Libri, Milano.

BORGONOV E. (1985), *Imprenditorialità e innovazione: nuove frontiere per la pubblica amministrazione*, Il nuovo governo locale, 3.

BORGONOV E., ZANGRANDI A. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico-aziendale*, Giuffrè, Milano.

BORGONOV E. (1994), *L'aziendalizzazione*, Confronti, 3.

BUTTIGNON F. (1996), *Le competenze aziendali*, UTET, Torino.

CAMUFFO A. (1998), *Piccoli grandi capi. Competenze per la produzione flessibile*, Etas libri, Milano.

CARAMIELLO C. (1965), *Il grado di aziendalità delle case di cura*, Corsi.

DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92*, Mecosan, 6.

FILANNINO C. (1996), *La funzione manageriale delle professioni non mediche nelle aziende sanitarie*, Mecosan, 18.

MASINI C. (1979), *Lavoro e risparmio*, UTET, Torino.

MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.

PRAHALAD C.K., HAMEL G. (1990), *The core competence of the corporation*, Harvard Business Review, maggio-giugno.

ROWBOTTOM R. (1981), *I professionisti nelle organizzazioni sanitarie e nei servizi sociali*, in Jaques E., *Il servizio sanitario. Il modello inglese come guida per la riforma sanitaria in Italia*, ETAS Libri, Milano.

CASE MANAGEMENT: APPROCCIO SISTEMICO ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE

Elisabetta Trincherò

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il *case management* - 3. Evoluzione del *case management* - 4. Fasi di un programma di *case management* - 5. *Case manager*: ruolo, professionalità, percorso formativo - 6. Potenzialità e criticità all'introduzione del *case management* nel contesto sanitario italiano.

In U.S. case management has become an increasingly popular strategy for co-ordinating health care services to high-risk and high-cost population. Currently, case managers may be found in every sector of health care, including acute care, long-term care, and community settings. The purpose of this article is twofold: (1) to describe the case management phenomena and the evolution of this innovative way to control cost and to improve quality of patient outcomes; and (2) to explore the potential for an adoption of this approach in the Italian NHS.

1. Premessa

La ricerca di un modello sanitario in grado di dare efficace risposta ai bisogni di salute della popolazione e nel contempo di permettere il governo della spesa sanitaria ha portato in Italia all'emanazione nell'ultimo ventennio di tre provvedimenti di riordino del SSN (decreto legislativo 833/78, decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, decreto legislativo 229/99). Ciò che accomuna questi provvedimenti legislativi è la progressiva enfasi che è stata data all'autonomia e all'imprenditorialità del momento aziendale.

Oggi più che mai le Aziende sanitarie non possono utilizzare la mutevolezza che caratterizza l'ambiente istituzionale in cui operano come alibi per sottrarsi dall'impegno di studiare e sperimentare al proprio interno nuove ed innovative modalità di gestione dell'assistenza in grado, da un lato, di migliorarne la qualità, dall'altro, di permetterne un maggiore controllo dei costi.

Per rispondere a tale esigenza, in alcune realtà italiane si è da tempo dato avvio a sperimentazioni che, partendo dall'analisi dei processi in essere di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle diverse patologie, studiano modalità di pianificazione, erogazione e valutazione delle prestazioni incentrate sul paziente, ed in particolare sul suo iter assistenziale: considerare il percorso assistenziale del paziente come oggetto di rilevazione e momento di integrazione non solo dell'attività sanitaria, ma anche dell'attività tecnica ed amministrativa, ha lo scopo di rendere da un lato più efficaci interventi di miglioramento della qualità di risposta ai bisogni di salute dell'utenza, dall'altro possibile il governo dell'impiego dei fattori produttivi.

Tale posizione è avvalorata anche dal decreto legislativo 229/99 che, all'art. 1, comma 8, recita: «Il Piano sanitario nazionale indica (...) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanita-

ria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza. (...)».

Particolare criticità per l'attuazione di modelli di gestione dell'assistenza incentrati sul paziente sembrerebbe rivestire la capacità dell'alta direzione aziendale di coinvolgere proattivamente tutti gli attori che ad ogni livello sono in grado di influenzare direttamente e indirettamente con il loro operato l'esito del processo di cambiamento. Si renderebbe di fatto necessario un generale ripensamento delle responsabilità legate alla gestione del «caso» clinico e potrebbe nascere l'esigenza di pervenire alla definizione di un nuovo ruolo destinato ad assumersi l'onere di promuovere l'integrazione, il coordinamento e la comunicazione tra i diversi attori erogatori delle prestazioni sul paziente. Tale figura dovrebbe assumersi non solo la responsabilità di divenire facilitatore all'esercizio delle professionalità del

team di operatori di volta in volta coinvolto nel percorso assistenziale, ma anche di monitorare efficacemente lo svolgimento delle attività, sia per quanto riguarda il raggiungimento dei risultati che per quanto riguarda l'uso delle risorse.

Tale ruolo, che per sua natura è definibile come *process owner* (responsabile di processo), è chiamato in sanità *case manager* (gestore del «caso» clinico) ed è già stato efficacemente introdotto nei sistemi sanitari di diversi paesi europei ed extraeuropei.

2. Il *case management*

Il *case management* è una modalità olistica sistemica di presa in carico del «caso» (paziente, cliente, utente, ospite) che si è sviluppata nel Nord America come evoluzione dell'esperienza maturata nel campo dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale per la gestione, in ambito ospedaliero e territoriale, del paziente cronico e multi problematico. Si è quindi affermato in quanto strumentale alla diffusione di sistemi di *managed care* e di rimborso a quota capitaria, poiché ritenuto in grado di fornire adeguata risposta al bisogno di coordinare la pluralità di soggetti responsabili dell'erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale, alla necessità di aumentarne la qualità e all'urgenza di definirne e monitorarne i *cost-driver*.

Il *case management* può dunque essere considerato come una delle componenti della strategia della *managed care*, sinteticamente definibile come un insieme di programmi e meccanismi volti a guidare, indirizzare ed autorizzare l'accesso dell'utenza all'ampia varietà di servizi disponibili, e quindi a controllare i costi di erogazione degli stessi (1).

Nonostante la stretta relazione che lega i due fenomeni, esiste però una fondamentale differenza tra *managed*

care e *case management*, che si ritiene opportuno evidenziare fin d'ora. Mentre i programmi di *managed care* hanno l'obiettivo di coinvolgere tutti i potenziali utenti del sistema sanitario statunitense, il *case management* si focalizza su di un particolare segmento dell'utenza, che negli USA rappresenta il 3-5% circa della popolazione, ed è responsabile del 60-70% circa della spesa assistenziale complessiva. Concentrandosi per la maggior parte su pazienti affetti da patologie di severità estrema, il *case manager* è chiamato tipicamente a dover affrontare casi con traumi cranici, traumi multipli, cancro, AIDS, trapianti d'organo, disfunzioni cardiovascolari, infarti, ustioni, traumi alla spina dorsale, gravidanze ad alto rischio o nati prematuri (Mullahy, 1998).

Il *case management* è quindi un processo personalizzato di assistenza per pazienti ad alto rischio associato ad alti costi di cura, che ha lo scopo di guidare i professionisti:

— nella definizione del percorso assistenziale più adeguato;

— nella predisposizione delle modalità di coordinamento più rispondenti alle necessità del «caso»;

— nella progettazione di piani e programmi in grado di migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi socio-sanitari, di controllarne i costi e di ottimizzarne i risultati.

Forse in quanto fenomeno ancora relativamente giovane, nato dall'esperienza non coordinata di diverse realtà, la pur vasta letteratura che si è sviluppata, non riporta né una definizione universalmente accettata di *case management*, né una valutazione condivisa degli obiettivi e delle componenti essenziali, né un giudizio unanime delle fasi del processo di applicazione; non esistono inoltre univoci orientamenti sulla figura professionale più idonea a ricoprire il ruolo di *case manager*. Prendendo atto del ri-

schio di incorrere in pericolose generalizzazioni, si è tuttavia cercato di dare risposta a questi quesiti allo scopo di fornire una presentazione il più esaustiva possibile di questa nuova modalità di gestione dell'assistenza.

Per quanto attiene alla definizione di *case management*, di volta in volta descritto come un sistema, un ruolo, una tecnologia, un processo e un servizio, si segnala quanto espresso dai due organismi generalmente considerati più accreditati:

— l'*American Nurses Association* (2) (ANA) afferma: «Cuore del *case management* è l'approccio sistemico all'assistenza. (...) obiettivi del *case management* sono: l'attenzione alla qualità e alla continuità dell'assistenza sanitaria erogata, la diminuzione della frammentazione dell'assistenza tra diverse strutture sanitarie, l'innalzamento della qualità di vita del cliente (3), il contenimento dei costi. Fasi del *case management* (...) sono: la valutazione, la programmazione, l'attuazione, la verifica e l'interazione» (ANA 1991);

— il *Case Management Society of America* (CMSA), riprendendo quanto precedentemente affermato dal *Certification of Insurance Rehabilitation Specialists Commission* (CIRSC) responsabile della certificazione dei *Certified Case Managers* (CCM), scrive: «Il *case management* è un processo collaborativo che attraverso la comunicazione e l'uso delle risorse disponibili è volto alla programmazione, all'attuazione, al coordinamento, al monitoraggio e alla verifica delle opportunità e dei servizi per rispondere ai bisogni dell'individuo, in modo da garantire la qualità dell'assistenza e il controllo dei costi» (CMSA 1994).

Sebbene in entrambe le citazioni grande enfasi venga data al fattore «collaborazione» tra le figure professionali e i diversi attori coinvolti nel

processo assistenziale (per una rappresentazione grafica dei diversi attori coinvolti in un modello di *case management* cfr. figura 1), come componente essenziale del *case management* stesso e fondamentale per il raggiungimento delle sue finalità, a queste ultime si accenna solo genericamente. È dunque solo partendo dall'analisi degli obiettivi operativi di volta in volta concretamente perseguiti nelle diverse esperienze, che è possibile pervenire ad una visione più analitica dei principali risultati attesi dall'attuazione di un sistema di *case management*, di seguito presentati:

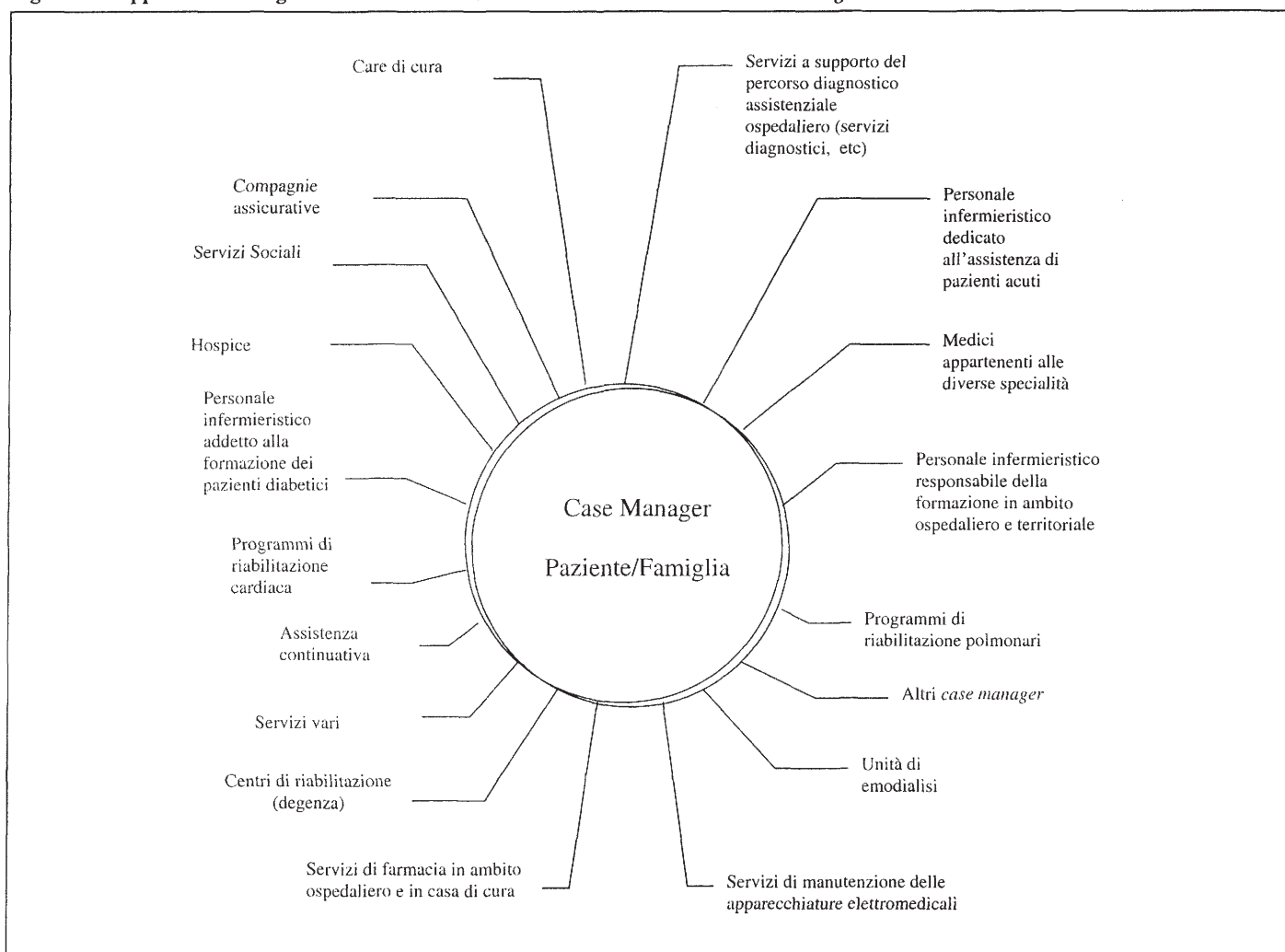
— miglioramento della qualità dell'assistenza. Rappresenta l'obiettivo principe per l'introduzione di un sistema di *case management*: la validità del sistema stesso si basa sull'effettiva dimostrazione che tale modalità di erogazione dell'assistenza sia effettivamente in grado di dare migliore risposta alle necessità, ai bisogni e alle problematiche dell'utenza;

— mantenimento della continuità dell'assistenza. Il *case management*, focalizzandosi sull'intero percorso assistenziale, garantisce il mantenimento della continuità dell'assistenza durante l'episodio di cura, attraverso un

efficace coordinamento dei diversi attori erogatori dei servizi necessari a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia;

— riduzione della degenza media. Relativa all'accezione di *case management* come strumento di controllo dei costi è l'attenzione posta alla sua capacità di incidere sulla degenza media: tale sistema è infatti disegnato in modo da rendere più rapido il processo assistenziale, pur nel mantenimento di un alto livello qualitativo dell'assistenza stessa. Funzionale a ciò è naturalmente l'effettiva possibilità di gestire i tempi del processo di

Figura 1 - Rappresentazione grafica dei diversi attori coinvolti in un modello di *case management*



cura. Una preventiva re-ingegnerizzazione dei processi assistenziali è quindi necessaria al fine di supportare efficacemente il modello;

— governo dei fattori produttivi. Il *case management* è in grado di rendere possibile il governo dell'impiego dei fattori produttivi, attraverso l'utilizzo di protocolli costruiti per guidare il percorso assistenziale. L'uso dei piani di cura così definiti dovrebbe limitare l'uso inappropriato delle risorse e permettere di aumentare il livello di efficienza nel processo di allocazione delle stesse (ad esempio evitando inutili duplicazioni di prestazioni);

— aumento della collaborazione tra professionisti. Lo sviluppo di un clima collaborativo tra personale amministrativo e sanitario, e, all'interno di quest'ultimo, tra personale medico e personale dedicato all'assistenza sanitaria (infermieri, assistenti sanitari, ostetrici, dietisti, tecnici sanitari) oltre a rappresentare sicuramente un risultato apprezzato dell'introduzione di un sistema di *case management*, ne costituisce, come è stato già sottolineato, anche il prerequisito essenziale per la sua efficace attuazione.

Si segnala inoltre come l'attuazione di un sistema di *case management* possa avere un effetto positivo anche sul grado di partecipazione e di soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie, nonché sul livello di professionalità, di competenza e di soddisfazione del personale. A questo proposito, si riporta il tentativo, comune a molte realtà statunitensi di utilizzare questo strumento come leva per accrescere la professionalità e la motivazione dei professionisti chiamati a svolgere il ruolo di *case manager* e diminuirne di conseguenza il *turnover*, elevato soprattutto nei presidi ospedalieri di piccole e medie dimensioni (Anderson Loftin, Whitfield, Wood, 1995).

Infine, prima di passare all'analisi dell'evoluzione del *case management*,

preme sottolineare le principali differenze tra quest'ultimo e il *disease management*, dato che troppo spesso in letteratura questi termini vengono utilizzati erroneamente come sinonimi.

Come più volte sottolineato, la maggior parte dei programmi di *case management* si focalizza sulla gestione personalizzata dell'assistenza ospedaliera, domiciliare o erogata in qualsiasi altra struttura socio-sanitaria, di individui che presentino uno stato di salute già seriamente compromesso, associato ad un alto assorbimento di risorse; ciò nonostante dallo studio della storia clinica di tali categorie di pazienti si sia evinto come in molti casi un intervento più tempestivo, più creativo e non occasionale, avrebbe potuto rappresentare un'opportunità per prevenire l'insorgenza o la cronicizzazione di queste gravi patologie.

Il *disease management* cerca di intervenire proprio a questo primo stadio di insorgenza della patologia, ponendosi come obiettivo la selezione di quelle categorie di utenza che presentano condizioni diagnostiche caratterizzate, da un lato, dall'alta incidenza dei costi di cura, dall'altro, da un'elevata probabilità di migliorare significativamente da un punto di vista clinico, attraverso una gestione più integrata e sistematica dell'assistenza. A titolo di esempio, tra le diverse patologie ad alto costo evidenziabili, sono state in particolare identificate eleggibili per programmi di *disease management* l'asma, il diabete, la gravidanza ad alto rischio, le malattie cardiovascolari e gli stati cronici neuromuscolari, in quanto connotate appunto da un notevole potenziale di evoluzione.

I programmi di *disease management* hanno quindi come scopo principale l'individuazione precoce delle categorie di pazienti interessati da queste pa-

tologie, affinché, attraverso la continua trasmissione di informazioni e, laddove sia necessario, attraverso l'erogazione di prestazioni mirate, sia possibile intervenire efficacemente nella prevenzione o comunque nella riduzione al minimo di quei problemi spesso responsabili di complicanze croniche e costose. Possono, in estrema sintesi essere indicati come benefici finali di questo approccio:

— l'ottimizzazione nell'uso delle risorse legate all'erogazione dell'assistenza clinica e psicologica;

— l'espansione e/o l'estensione dell'assistenza al fine di massimizzare i risultati sanitari;

— l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia della circolazione delle informazioni assistenziali tra i numerosi attori coinvolti.

È dunque possibile affermare che così come in un piano di *case management* viene focalizzata l'attenzione sul paziente e sulla predisposizione personalizzata e coordinata delle diverse fasi legate al suo processo di cura, in un programma di *disease management* il massimo sforzo viene concentrato sulla patologia, ed in particolare sulla prevenzione dell'insorgenza dell'episodio acuto. Ad esempio, il *Diabetes Treatment Centers of America* di Nashville, nel Tennessee, ha ridotto il tasso di ammissione ospedaliera dei pazienti coinvolti nel suo programma di *disease management* del 67.3% sotto la media nazionale relativa ai diabetici. Un altro programma di successo al *National Jewish Center for Immunology and Respiratory Medicine* relativo all'asma, ha ridotto il tasso di ospedalizzazione per pazienti asmatici del 83%, il numero di accessi al pronto soccorso del 45% e il numero di giornate di degenza del 82%.

Così come nel *case management*, anche nel *disease management* la continuità dell'assistenza è estremamente

importante, rappresentando un *output* essenziale di un ben progettato programma di gestione di una determinata patologia: mentre però nel primo caso la continuità dell'assistenza è sempre legata alla responsabilità e al ruolo del *case manager*, nel secondo caso può essere assicurata anche attraverso artifici quali, ad esempio, la predisposizione di linee telefoniche dedicate, dotate di risponditori elettronici in grado di fornire tempestive indicazioni ai pazienti e alle loro famiglie.

3. Evoluzione del *case management*

Le prime sperimentazioni significative di *case management*, hanno avuto luogo negli Stati Uniti nei primi anni '80, coinvolgendo, almeno inizialmente, *case manager* provenienti da varie discipline. Obiettivo principale comune a queste esperienze era testare la capacità del *case management* di incidere sulla continuità dell'assistenza, focalizzandosi, nella maggior parte dei casi, sull'assistenza continuativa all'anziano ricoverato in struttura ospedaliera e in casa di cura (Carter, Steinberg 1983; Bernstein, Capitman, Haskins 1986; Capitman, Leutz, Mac Adam, Prottas, Yee, Westwater 1989) oppure sull'assistenza al paziente e alla sua famiglia nel passaggio dalla fase acuta di una patologia (trattata in regime di ricovero ospedaliero) alla fase post acuta (trattata in regime di assistenza domiciliare) (Brooten, Brown, Kumar 1986; Neidlinger, Kennedy, Scroggins 1987).

L'analisi di queste esperienze non ha sempre mostrato una sensibile modificazione della qualità dell'assistenza e della capacità di contenimento dei costi della stessa in seguito all'introduzione della figura del *case manager* (Applebaum, Harrigan, Kemper 1987), anche se ciò è stato imputato all'inadeguatezza dei criteri utilizzati per selezionare i pazienti e alla non

sempre ottimale allocazione del personale coinvolto (Weissert 1985).

Tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 studi relativi al *case management* si sono diffusi, non solo all'interno degli Stati Uniti, dove il ruolo di *case manager* è divenuto appannaggio quasi esclusivo di personale infermieristico e di assistenti sociali, ma anche in Canada (Pallan 1992), in Australia (Abbey 1987; Commonwealth of Australia, 1989), in Israele (Brodsky, Coen, Habib, Heron, 1988), nel Regno Unito (Challis, Chessum, Chesterman, Luckett, Traske 1990), in Olanda e in Italia (Antico, Bernabei, Carbonin, Caretta, Petruni, 1992). Analizzando l'evoluzione del *case management* relativo a questi anni si possono individuare tre principali linee di sviluppo parallele:

— *case management* ospedaliero (assistenza per acuti), nato in risposta all'introduzione di sistemi di pagamento prospettico delle prestazioni ospedaliere (DRG). Si possono far convergere in questa categoria tutte le esperienze di *case management* in cui il *case manager* è responsabile del coordinamento dei servizi ospedalieri necessari ai pazienti acuti ad esso assegnati. Il *case manager* ha inoltre un ruolo di «facilitatore» nell'eventuale trasferimento dei pazienti da una unità all'altra all'interno della stessa struttura sanitaria, ma segue il paziente soltanto fino al momento della dimissione (Del Tognò Armanasco, Harter, Olivas 1989). Una variazione sul tema, è rappresentata dal modello che assegna al *case manager* non solo la responsabilità della gestione del «caso», ma anche la responsabilità di dare risposta ai bisogni formativi del pool di professionisti ad esso destinato, dei pazienti e delle loro famiglie. Per una rappresentazione grafica del modello cfr. figura 2 (Danforth, Owens, Smith, 1994);

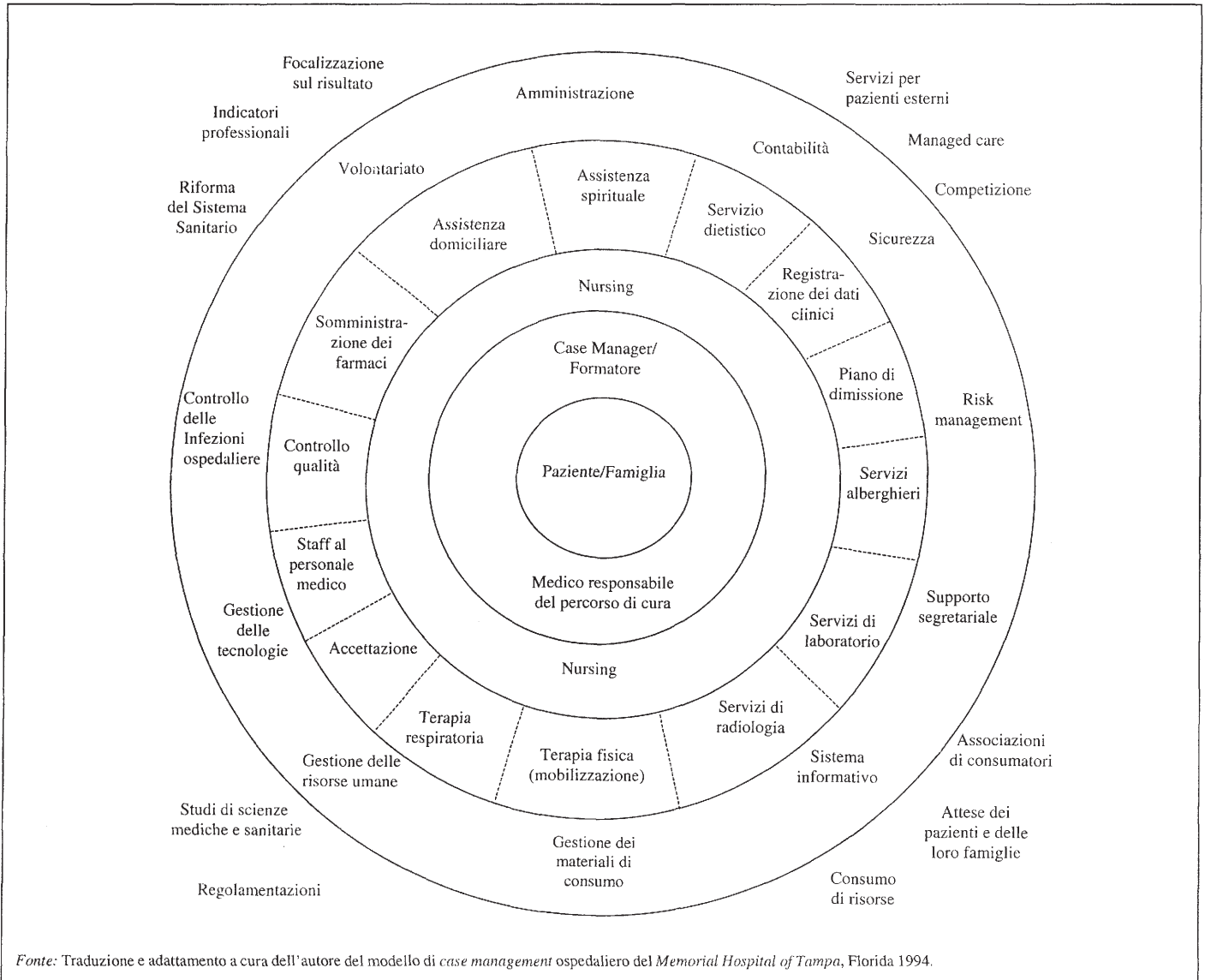
— *case management* ospedaliero/territoriale, nato in risposta alla necessità di mantenere un continuum assistenziale tra il ricovero ospedaliero e l'eventuale *follow up*. Si possono far convergere in questa categoria tutte le esperienze di *case management* in cui l'azione del *case manager* segue i pazienti sia nella fase di ricovero all'interno della struttura ospedaliera per acuti sia nell'eventuale fase di trasferimento a strutture di assistenza continuativa (Riordan, Rogers, Swindle 1991);

— *case management* territoriale (assistenza domiciliare e assistenza continuativa), nato in risposta all'esigenza di coordinare i servizi sanitari presenti sul territorio. Si possono far convergere in questa categoria tutte le esperienze di *case management* in cui il *case manager* segue i pazienti assistiti presso strutture territoriali o presso il loro domicilio (Bower 1992).

4. Fasi di un programma di *case management*

Definiti i principali obiettivi ed ambiti di applicazione del *case management*, un'ulteriore passo per la comprensione di questa nuova modalità di gestione dell'assistenza è rappresentato dall'analisi dei diversi stadi in cui generalmente si articola. Si tratta evidentemente di indicazioni di massima, in quanto l'esatta declinazione di un programma di *case management*, gli strumenti effettivamente utilizzati, gli attori di volta in volta coinvolti, la scelta dei professionisti chiamati a ricoprire il ruolo di *case manager* e il contenuto stesso di tale ruolo, dipendono in larga parte dalla tipologia di *case management* cui si fa riferimento (*case management* ospedaliero, *case management* ospedaliero/territoriale o *case management* territoriale), quindi dalle particolari caratteristiche e necessità della realtà

Figura 2 - Rappresentazione grafica di un modello di case management ospedaliero



sanitaria che ne fa uso ed infine dalle peculiarità e bisogni del «caso» trattato.

Da considerarsi quindi come linee guida di indirizzo generale, partendo dalle quali ciascuna realtà sanitaria deve investire tempo e risorse in un impegnativo processo di «customizzazione», vengono di seguito presentate le fasi logiche su cui, almeno in prima approssimazione, si compone un programma di case management:

I. *Screening* dei pazienti e selezione dei «casi» da assegnare al *case manager*. Il momento iniziale di un programma di case management è condizionato dall'assunto che tale modalità di gestione del percorso assistenziale non è necessariamente di universale applicazione: non tutti i percorsi di cura, infatti, giustificano l'impiego del *case manager* sia per quanto riguarda la garanzia della qualità dei risultati sia per quanto concer-

ne il monitoraggio dei fattori produttivi. Obiettivo di questa prima fase è dunque quello di selezionare i «casi» clinici che possono trarne maggiori benefici. Allo scopo di delineare l'ambito su cui l'applicazione del case management può dare un reale valore aggiunto, sono stati identificati alcuni indicatori, strettamente connessi con i principali obiettivi del programma stesso: alcuni focalizzano l'attenzione sulla qualità dell'assistenza, eviden-

ziando particolari patologie o condizioni cliniche che giustificano più di altre l'impiego del *case manager*, altri, sul governo dei costi, riferendosi alla degenza media attesa o al costo stimato per il percorso di cura (per un'analisi più dettagliata delle condizioni di eleggibilità per l'assegnazione di un paziente ad un programma di *case manager* cfr. tabella 1 e tabella 2).

II. Valutazione del «caso». In questa seconda fase vengono raccolte ed analizzate tutte le informazioni necessarie al trattamento del paziente giudicato idoneo a partecipare ad un programma di *case management*. Una completa ed analitica valutazione dei dati anagrafici del paziente, dell'anamnesi, del suo stato clinico e psicologico, delle sue condizioni economiche e dell'ambien-

Tabella 1 - Condizioni di eleggibilità per l'assegnazione di un paziente al *case manager*

Abuso di alcool e stupefacenti
Accettazione entro 15 giorni dalla precedente dimissione
Alzheimer/demenza senile
Comportamento non collaborativo, non cooperativo, manipolativo, aggressivo da parte del paziente o di suoi familiari
Elevata degenza media attesa
Elevato costo complessivo atteso del percorso di cura
Miscellanea di condizioni come la sindrome di <i>Munchausen</i> e similari
Necessità di coordinamento di più medici specialisti
<i>Overdose</i> (intenzionale) di farmaci
<i>Overdose</i> (non intenzionale) di farmaci
Particolare diagnosi principale o DRG (elencati in tabella 2)
Paziente di età superiore ai 65 anni
Paziente senza il supporto della famiglia o con disabili a carico
Presenza di disordini dell'alimentazione
Presenza di malattie mentali croniche
Variabili di natura socio-economica (bambini o anziani trascurati o maltrattati, vittime di violenze, senza tetto etc.)

Fonte: S.K. Powell (1996).

Tabella 2 - Diagnosi e condizioni cliniche correlate positivamente all'uso del *case management*

Accidenti cerebro vascolari con paralisi	Infezioni postoperatorie
<i>Adult's Respiratory Distress Syndrome</i>	Iperemesi gravidica
AIDS/HIV	Malassorbimento intestinale (nell'adulto o nel bambino)
Amputazioni	Malattie autoimmuni
Aneurisma addominale aortico	Malattie croniche
Anomalie congenite (se debilitanti)	Malattie neurologiche
Artrite (debilitante)	Malattie renali croniche ed acute
Broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO)	Malattie terminali
Tumore (sia appena diagnosticato che in stato avanzato)	Morbo di Parkinson
Diabete mellito	Neonati ad alto rischio
Dipendenza dal ventilatore meccanico	Osteomielite
Disidratazione	Pancreatite
Distrofia muscolare	Prematuri
Dolore (resistente alle terapie)	Rachialgie (gravi)
Emodialisi	Sclerosi multipla
Emorragia intracerebrale	Scompenso cardio circolatorio e altre patologie cardiovascolari
Emorragie gastrointestinali	Terapia nutrizionale parenterale ed enterale
Emorragie subaracnoidee	Traumi della spina dorsale (Paraplegia, Tetraplegia)
Encefalite	Trapianti d'organo
Fibrosi cistica	Trauma cranico
Fratture multiple o gravi (ad esempio dell'anca)	Trauma da parto
Gravidanza (ad alto rischio)	Traumi multipli
Infarto miocardico	Ustioni (gravi)

Fonte: S.K. Powell (1996).

te in cui vive è la chiave di una gestione olistica e personalizzata del «caso». Questa fase riveste particolare criticità in quanto è dal quadro d'insieme emerso dalla valutazione del «caso» che dipende la successiva compilazione del piano assistenziale e, qualora si tratti di *case management* ospedaliero o ospedaliero/territoriale, del piano di dimissione. Il *case manager* deve saper affrontare i problemi già evidenti al momento della valutazione, considerare le criticità potenziali, identificare i servizi necessari e definire il livello di qualità di vita attesa su cui impostare l'assistenza: l'errata considerazione di una condizione, di un evento, di una circostanza può rendere inadeguato l'intero piano assistenziale o di dimissione, riducendone l'efficacia e causando ritardi nel processo di cura (con conseguente aumento delle giornate di degenza).

III. Sviluppo del piano assistenziale (o del piano di dimissione). Obiettivo di questa fase è pervenire alla definizione di un piano assistenziale (o di dimissione) che, sulla base delle informazioni precedentemente raccolte, metta in relazione i bisogni del paziente con i servizi a disposizione. A tal fine è necessario in primo luogo ordinare secondo una scala di priorità gli obiettivi e i bisogni assistenziali del paziente e della sua famiglia, quindi pianificare le prestazioni ed allocare efficacemente ed efficientemente le risorse a disposizione. Negli Stati Uniti, a supporto del *case management* ospedaliero o ospedaliero/territoriale, sono stati definiti alcuni strumenti, tra i quali particolare rilevanza rivestono il «*case management plan*», le «*critical pathway*» e le «*Care Map*». Con «*case management plan*» si intende un piano di assistenza multi disciplinare che identifica i risultati desiderabili per i pazienti assegnati ad un particolare DRG e specifica l'ammontare e l'esatta sequenza di risorse necessarie per

raggiungere tali risultati. Con «*critical pathway*» si fa riferimento ad una versione più sintetica del «*case management plan*» che descrive gli interventi critici e le attività che devono essere effettuate in un definito intervallo temporale per raggiungere i risultati stabiliti. Infine con «*Care Map*» si identifica uno strumento che contiene indicatori di risultato, *standard* di qualità e tempi dei diversi interventi multidisciplinari (per un sintetico nomenclatore dei principali strumenti di *case management* cfr. tabella 3).

IV. Monitoraggio continuo del paziente ed eventuale ripensamento del piano assistenziale (o del piano di dimissione). È questa una fase di transizione verso l'attuazione del definitivo piano assistenziale (o di dimissione). Ricomprese in questo stadio del programma di *case management* sono le attività di monitoraggio continuo del «caso» (la cui frequenza è inversamente correlata alla stabilità) e di ulteriore valutazione del suo stato. Spesso si rende necessario modificare più volte il piano assistenziale (o di dimissione) prima della fase di attuazione

del piano definitivo (fase V) in seguito alla raccolta di informazioni non emerse nel precedente momento valutativo o all'insorgere di cambiamenti relativi alle variabili di seguito esplicitate:

- condizione clinica del paziente (miglioramenti/peggioramenti);
- stabilità sociale del paziente;
- capacità funzionale del paziente;
- mobilità del paziente;
- evoluzione dei bisogni di formazione del paziente e della sua famiglia;
- livello di soddisfazione del paziente o della sua famiglia;
- qualità dell'assistenza erogata;
- modalità di gestione del dolore.

V. Attuazione del piano definitivo di assistenza (o del piano definitivo di dimissione). A questo stadio del programma di *case management* tutti i bisogni del paziente sono stati attentamente valutati e adeguate modalità di risposta sono state predisposte in base alle risorse a disposizione. Con la stesura del piano definitivo, ogni lacuna è stata colmata, ogni duplicazione di servizi è stata evitata e gli attori coinvolti hanno raggiunto un pieno accordo. Obiettivo di questa fase è quello di

Tabella 3 - Nomenclatore delle linee guida e protocolli propri del *case management*

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Il *National Academy of Sciences' Institute of Medicine*, Washington D.C. ha così definito gli *standard* sviluppati per assistere il medico e il paziente nel processo decisionale relativo alla definizione della cura appropriata a specifiche circostanze cliniche.

PRACTICE PARAMETER. L'*American Medical Association* si riferisce a questi come a strumenti formativi che permettono al medico di confrontarsi con il parere di esperti di chiara fama, di mantenersi aggiornato rispetto agli ultimi ritrovati della ricerca, di avere una chiave di lettura dei risultati spesso in conflitto tra loro di diversi studi clinici.

CASE MANAGEMENT PLAN. È un piano di assistenza multi disciplinare che identifica i risultati desiderabili per i pazienti assegnati ad un particolare DRG e specifica ammontare ed esatta sequenza di risorse necessarie per raggiungere tali risultati

CLINICAL PATHWAY/CRITICAL PATH. È uno strumento di gestione dell'assistenza più sintetico del *case management plan*, e permette di organizzare, mettere in sequenza e tempificare i principali interventi del personale infermieristico, del personale medico, e di altri professionisti per una particolare tipologia di caso clinico, o condizione clinica.

CAREMAP. È una versione più elaborata delle *clinical pathway* e mette in relazione alcune tipologie di intervento con i tempi di attuazione e i risultati intermedi attesi. Inoltre combina *standard* clinici e *standard* assistenziali in un rapporto temporale di causa effetto.

massimizzare la sicurezza e il benessere complessivo del paziente: ciò avviene sia attraverso la verifica continua dell'effettiva aderenza al piano delle azioni intraprese dai diversi soggetti responsabili dell'erogazione delle prestazioni, sia attraverso un costante monitoraggio dello stato del paziente al fine di individuarne tempestivamente cambiamenti che potrebbero necessitare una modifica del piano assistenziale (o di dimissione) stesso. È a questo stadio che si può procedere alla valutazione del *case manager* in quanto la qualità del piano assistenziale (o di dimissione) e il conseguente livello di servizio dipendono dal suo operato.

VI. Valutazione finale e chiusura del «caso». È questo lo stadio finale di un programma di *case management*, quando termina la responsabilità del *case manager* su di un determinato paziente, e ad esso e alla sua famiglia vengono fornite tutte le informazioni utili ad affrontare le future necessità assistenziali. La criticità di queste informazioni rispetto al mantenimento della continuità assistenziale e il contenuto specifico di questa fase di *case management* dipendono più che mai dalla tipologia del programma. Infatti, nel *case management* ospedaliero, poiché la chiusura del «caso» coincide con la risoluzione della fase di acuzia della patologia e quindi con la dimissione del paziente, le informazioni fornite in sede di dimissione, rappresentano un vero e proprio passaggio di consegne, dal quale può dipendere la qualità dell'eventuale sviluppo del percorso assistenziale, che non si svolgerà più sotto la supervisione dello stesso *case manager*. È diverso l'impatto di questa fase sugli episodi di *case management* ospedaliero/territoriale e di *case management* territoriale, nei quali la chiusura del «caso» si ha solo al termine dei necessari *follow up*, dell'eventuale percorso

di riabilitazione, dell'assistenza in casa di riposo o domiciliare.

5. *Case manager*: ruolo, professionalità, percorso formativo

Per quanto concerne l'analisi del ruolo del *case manager*, si evidenzia come il contenuto delle responsabilità ad esso attribuite e l'effettivo livello di autonomia decisionale possano variare ampiamente, in funzione: 1) in primo luogo, del modello di *case management* (*case management* ospedaliero, *case management* ospedaliero/territoriale, *case management* territoriale) cui si faccia specifico riferimento, che ne determina chiaramente l'ambito d'azione e gli attori con cui relazionarsi; 2) in secondo luogo, dell'accezione data all'interno di ciascuna realtà ad alcune caratteristiche, che vengono di seguito analizzate.

I. Singolo professionista o *team* di professionisti? *Case manager* di un determinato paziente può essere, sempre nel rispetto della continuità dell'assistenza, il singolo professionista oppure un *team* monodisciplinare o multidisciplinare di professionisti. Tale scelta dipenderà:

— dalle particolari necessità del «caso» trattato;

— dalla dimensione della realtà;

— dalle modalità di organizzazione del lavoro (che a sua volta dipende da variabili quali, ad esempio, il numero degli operatori, il carico di lavoro, la turnazione, l'orario di servizio, il tasso di assenteismo);

— dagli *skill* individuali.

II. Quali risorse dedicate? Il *case manager* può avere la facoltà di negoziare, in base al numero e alla tipologia di «casi» da gestire, l'assegnazione di risorse umane dedicate. Si tratterà di professionisti appartenenti alla stessa disciplina o a discipline differenti coerentemente con le esigenze di gestione dei percorsi assistenziali. In

tale eventualità il *case manager* dovrà aver maturato conoscenze e competenze tali da permettergli di definire il fabbisogno di personale su basi teoriche sufficientemente solide.

III. Quali responsabilità gestionali, cliniche, economiche? Il diverso peso dato in sede di valutazione del *case manager* alla sua capacità di raggiungere risultati di tipo gestionale, clinico o di natura economica incideranno fortemente sull'orientamento e sul profilo di tale ruolo. A seconda della propensione verso queste tre diverse componenti, si potrà, ad esempio, pervenire alla definizione di una figura con responsabilità di mero coordinamento (responsabilità gestionale), direttamente coinvolta nell'erogazione dell'assistenza (responsabilità clinica), oppure fortemente orientata all'efficienza del percorso (responsabilità economica).

IV. Quali responsabilità formative? Al *case manager* può essere assegnata o meno la responsabilità di rispondere direttamente ai bisogni formativi ed informativi:

— del paziente e dei suoi familiari;

— dei professionisti coinvolti nella gestione del «caso», sia per migliorare la loro *performance* specifica in relazione ad un particolare percorso assistenziale, sia per favorire la loro crescita professionale per un'eventuale futura assunzione del ruolo di *case manager*.

V. Definizione o uso degli strumenti? Il *case manager* può essere chiamato a partecipare proattivamente al processo di definizione o di contestualizzazione dei diversi strumenti propri di tale ruolo. Esso non sarà dunque chiamato a rispondere esclusivamente della corretta compilazione di «*case management plan*», «*critical pathway*» e «*Care Map*» predeterminati, ma sarà anche responsabile della coerenza di tali supporti alle peculiarità dei pro-

cessi interni alla realtà presso cui lavora.

VI. Quale autorevolezza? All'interno di ciascun contesto lavorativo, infine, il contenuto delle responsabilità effettivamente assegnabili ad ogni *case manager* dipenderà dall'*accountability* che tale figura sarà riuscita a costruirsi nel tempo, sia rispetto al suo ruolo, sia rispetto al suo *background* professionale, sia rispetto al suo potenziale.

Rispetto alla figura professionale più idonea a ricoprire il ruolo di *case manager* e al suo percorso formativo ideale, come già sottolineato, non emergono univoci orientamenti né dall'analisi della letteratura, né dallo studio delle diverse esperienze: ogni disciplina sembra oggi rivendicare come proprio il ruolo di *case manager* e, a seconda delle realtà, per accedere a tale posizione è consigliato ora il diploma di scuola media superiore, ora la laurea, ora il *master* o addirittura il PhD.

Riprendendo quanto accennato nell'analisi dell'evoluzione del *case management*, nel sistema socio-sanitario statunitense, personale infermieristico e assistenti sociali sono storicamente i principali contendenti al ruolo di *case manager*. Fino alla seconda metà degli anni '80, negli ospedali degli Stati Uniti, la responsabilità della compilazione del piano di dimissione ospedaliero e il conseguente ruolo di *case manager* sono stati tradizionalmente attribuiti all'assistente sociale. Successivamente, con l'introduzione del sistema di pagamento prospettico (a DRG) e con l'avvento della *managed care*, quando è divenuto prioritario il raggiungimento di obiettivi come il miglioramento dell'efficienza nel trattamento del paziente acuto, si è evidenziato una modificazione di questa tendenza a favore della professione infermieristica.

L'attuale dibattito, che sta avendo luogo all'interno del SSN statunitense, che contrappone l'infermiere all'assistente sociale quale più appropriato professionista alla gestione del «caso» non è, a parere di chi scrive, correttamente impostato. Infatti il ruolo di *case manager* non può essere universalmente attribuito ad una categoria professionale partendo dalla sola analisi delle conoscenze e competenze distintive ad essa riconosciute, ma deve essere continuamente ridefinito in base all'effettivo ambito di applicazione. La determinazione del *background* professionale, di volta in volta ritenuto più idoneo a ricoprire il ruolo di *case manager* è dunque funzione:

— della valutazione della tipologia di *case management* (*case management* ospedaliero, *case management* ospedaliero/territoriale, *case management* territoriale);

— dell'analisi delle caratteristiche della realtà sanitaria che desidera attuarlo (effettiva disponibilità del professionista a svolgere questa funzione di servizio, esistenza delle condizioni per svolgere tale funzione, reale possibilità di dialogo con i diversi attori coinvolti);

— dello studio delle necessità proprie di ciascun «caso» e della sua famiglia.

Così, ad esempio, qualora all'interno di una tipologia di *case management* territoriale ci si trovasse ad identificare un assistente sociale quale *case manager* per il trattamento di un «caso» di malnutrizione dell'età pediatrica, oppure un tecnico della riabilitazione quale *case manager* per un paziente in cui domini la componente riabilitativa per il successo del percorso assistenziale, un insufficiente numero di tali operatori, il rifiuto ad assumersi tale ruolo, un orientamento culturale avverso ad accettare tale pro-

fessionisti, potrebbero fare propendere per un'altra scelta.

Per le stesse ragioni potrebbero risultare inefficaci, all'interno di un modello di *case management* ospedale/territorio la scelta di un professionista esperto di terapia respiratoria quale *case manager* di un «caso» affetto da fibrosi cistica pancreatica (mucoviscidosi), da asma o da malattia cronica ostruttiva del polmone, oppure all'interno di un modello di *case management* ospedaliero la scelta di un infermiere professionale quale *case manager* di un paziente acuto.

6. Potenzialità e criticità all'introduzione del *case management* nel contesto sanitario italiano

Per quanto riguarda l'applicabilità del *case management* al contesto sanitario italiano, occorre in primo luogo richiamare le cause che ne hanno condizionato la nascita e lo sviluppo e successivamente procedere ad un confronto con la nostra realtà.

Come più volte sottolineato, con l'avvento della *managed care* e con l'introduzione del finanziamento a quota capitaria, il *case management* ha avuto un grande sviluppo all'interno del sistema sanitario statunitense, quale modalità di risposta alla necessità sempre più sentita di coordinamento ed integrazione della pluralità delle strutture di offerta pubbliche e private presenti, a fini di migliorare la qualità complessiva del servizio e la capacità di monitoraggio della spesa sanitaria.

È dunque necessario verificare se anche all'interno del SSN italiano sia sentita la necessità di introdurre strumenti a supporto del coordinamento e dell'integrazione non solo dei numerosi soggetti responsabili dell'erogazione dei diversi livelli assistenziali, ma anche di questi e l'utenza, al fine di innalzare la qualità del servizio e per-

mettere il governo dei costi di produzione. A tale proposito, si ricorda come in Italia la titolarità della funzione di tutela della salute sia attribuita allo Stato, che la esercita attraverso la regolamentazione degli attori istituzionalmente delegati all'erogazione diretta dei servizi sanitari. Tali norme sono state, fin dal decreto legislativo 833/78, impostate a garantire l'integrazione del SSN italiano e il mantenimento di un'unitarietà di fondo del sistema stesso, nonostante il processo di regionalizzazione in atto. L'osservazione della realtà porta tuttavia ad evidenziare una certa frammentarietà di tale sistema, con conseguente perdita di efficacia e di efficienza, che può essere fatta risalire:

— in parte, alla scarsa integrazione interna alle stesse strutture sanitarie pubbliche, nelle quali è possibile individuare l'esistenza di considerevoli margini di miglioramento nelle modalità di collaborazione, interazione e comunicazione dei diversi attori presenti (istituzioni, categorie professionali, utenza, fornitori), sia facendo riferimento unicamente all'assistenza territoriale (RSA, ADI, *Hospice*), sia focalizzando l'attenzione sulle relazioni tra territorio ed ospedale, sia considerando i soli processi di diagnosi e cura interni alle strutture ospedaliere per acuti;

— in parte, alla complessità crescente del sistema sanitario, indotta dalla varietà degli attori presenti e dalle modalità di regolazione dei loro rapporti economici (Cavallo, Del Vecchio 1996).

Espressione della necessità di dare adeguata risposta al fabbisogno di integrazione al fine di innalzare la qualità dell'assistenza e la capacità di controllo dei costi, potrebbe essere considerata la rilevazione empirica del livello di diffusione di alcuni fenomeni, considerabili indicazione di tendenza. Si fa riferimento all'esistenza,

in molte aziende sanitarie italiane, di sperimentazioni che, sebbene connotate da una ampia varietà di approcci, sono principalmente volte a superare la parcellizzazione esistente nelle strutture di offerta di servizi sanitari. In particolare, si segnala come abbiano avuto maggiore enfasi progetti miranti:

— alla costruzione di percorsi diagnostico terapeutici che permettesse, da un lato, il governo dei costi, dall'altro, il mantenimento della continuità assistenziale all'interno di unità organizzative, dipartimenti ospedalieri o dipartimenti intra-ospedalieri;

— alla definizione di protocolli di dimissione precoce o protetta, che, attraverso il coinvolgimento di specialisti, medici di medicina generale, infermieri, assistenti sanitari e tecnici della riabilitazione impegnati in ADI, RSA e *Hospice*, rendessero possibile la limitazione alla fase acuta della patologia della degenza in strutture per acuti di pazienti anziani, cronici e psichiatrici.

Sebbene, dunque, sia identificabile un diffuso bisogno di meccanismi di coordinamento a livello di sistema e di ciascuna delle sue componenti, occorre approfondire l'adeguatezza del *case management* come risposta alle peculiarità di tale criticità all'interno del nostro Paese, partendo dalla declinazione dei diversi margini di azione e di responsabilità che nel SSN Italiano potrebbero essere attribuiti al *case manager*.

I. Il *case manager* potrebbe essere considerato, in prima approssimazione, come semplice interfaccia tra il paziente, i suoi familiari e le diverse strutture sanitarie erogatrici di servizi. In questa accezione, il *case manager* rivestirebbe il ruolo di «punto di riferimento» nei confronti di tutta l'utenza o di particolari classi di essa (pazienti anziani, cronici, psichiatrici, portatori di *handicap*, stranieri), assumendosi

la responsabilità di facilitarne l'accesso, attraverso una adeguata traduzione e reinterpretazione delle informazioni relative alla gamma dei servizi erogati e alle condizioni di offerta. Si tratterebbe, ad esempio, di portare a conoscenza del paziente la possibilità di scegliere il medico curante e particolari servizi alberghieri con l'utilizzo dell'attività libero professionale *intra-moenia*, le modalità di prenotazione di una particolare prestazione (visita ambulatoriale, *day hospital*, *day surgery*, preospedalizzazione, ricovero, intervento di riabilitazione, ADI), le modalità di accesso, le modalità di preparazione (attraverso ad esempio un'educazione sanitaria completa e personalizzata), le modalità di fruizione e le modalità di pagamento (non solo comunicazione degli orari e degli strumenti di pagamento, ma anche, ad esempio, verifica delle condizioni di eleggibilità per richiedere particolari esenzioni o agevolazioni).

Gli strumenti a supporto di questa figura potrebbero essere, tra gli altri, carte dei servizi costantemente aggiornate, centri unici prenotazione in grado di coprire efficacemente il territorio, procedure che permettano la tempestiva comunicazione di eventuali modificazione della strutture e delle modalità di offerta, modulistica più o meno standardizzata per l'educazione sanitaria.

L'ambito di responsabilità proprio di questa accezione di *case manager* potrebbe essere sia particolari classi d'utenza afferenti ad una data Regione, sia l'utenza (generalmente intesa o classi di essa) afferente ad una data ASL, sia l'utenza (generalmente intesa o classi di essa) di una data Azienda ospedaliera.

Il profilo professionale più indicato a ricoprire tale ruolo potrebbe essere quello del MMG, dello psicologo, dell'infermiere professionale o dell'assistente sociale.

Una modalità di valutazione dell'operato del *case manager* potrebbe essere il grado di soddisfazione dell'utenza (misurabile ad esempio attraverso la somministrazione di questionari).

II. Il *case manager* potrebbe essere considerato, in seconda istanza, come guida del paziente e dei suoi familiari all'interno della struttura sanitaria. In questa accezione, il *case manager* rivestirebbe il ruolo di «tutor» nei confronti di tutta l'utenza o di particolari classi di essa (pazienti anziani, psichiatrici, portatori di *handicap*, stranieri), assumendosi la responsabilità operativa di interpretare e farsi carico dei bisogni e di accompagnarla attraverso l'intero percorso assistenziale. Non si limiterebbe quindi alla semplice segnalazione degli snodi critici ma, fungendo da elemento di congiunzione e collegamento tra i diversi attori coinvolti, dovrebbe avere l'onere e la possibilità di indirizzare ed influenzare l'evoluzione delle fasi di erogazione del servizio.

Gli strumenti a supporto di questa figura potrebbero essere piani, protocolli e procedure codificate, integrati eventualmente dalla possibilità di indire riunioni di coordinamento per la gestione delle eccezioni.

L'ambito di responsabilità proprio di questa tipologia di *case manager* potrebbe essere sia l'utenza (generalmente intesa o classi di essa) afferente ad una data ASL, sia l'utenza (generalmente intesa o classi di essa) di una data Azienda ospedaliera.

Il profilo professionale più indicato a ricoprire tale ruolo potrebbe essere quello del MMG e del medico ospedaliero, dell'infermiere professionale o dell'assistente sociale. Queste due ultime figure, nonostante siano generalmente dotate della visione sistemica del paziente e delle competenze necessarie ad assumersi la responsabilità di monitorare che determinati piani e

protocolli assistenziali siano efficacemente seguiti, spesso non godono dell'autorità strumentale a ricoprire concretamente tale posizione. Ciò evidentemente può costituire un ostacolo insormontabile (almeno nel breve periodo) ad un loro effettivo coinvolgimento.

Una modalità di valutazione dell'operato del *case manager* potrebbe essere il grado di personalizzazione del servizio reso, l'appropriatezza e la tempestività di risposta, il mantenimento della continuità assistenziale e la capacità di coordinamento delle diverse professionalità coinvolte, sulla base delle decisioni assunte in sede di definizione dei piani e dei protocolli assistenziali.

III. Il *case manager* potrebbe infine essere considerato come vero e proprio responsabile del percorso diagnostico terapeutico del paziente all'interno di una data struttura sanitaria (ASL o Azienda ospedaliera). In questa accezione, il *case manager* rivestirebbe il ruolo di «process owner» nei confronti di quelle categorie di utenza o di quelle particolari patologie individuate per la loro criticità assistenziale o per la rilevanza della spesa sanitaria indotta dal loro trattamento.

Strumentale a questa tipologia di *case manager* non è solo la creazione di piani, protocolli e procedure codificate, ma è soprattutto una profonda modifica dei comportamenti dei diversi professionisti coinvolti nei processi di diagnosi e cura e la ridefinizione dell'assetto organizzativo delle responsabilità all'interno della struttura sanitaria.

L'ambito di responsabilità proprio di questa tipologia di *case manager* potrebbe essere sia l'utenza (generalmente intesa o classi di essa) afferente ad una data ASL, sia l'utenza (generalmente intesa o classi di essa) di una data Azienda ospedaliera.

Il profilo professionale più indicato a ricoprire tale ruolo potrebbe essere sia quello del MMG, sia quello del medico ospedaliero. Per entrambe queste figure professionali si renderebbe però necessario un percorso formativo orientato a fornire le necessarie conoscenze e competenze manageriali per ricoprire questo non facile ruolo.

Una modalità di valutazione dell'operato del *case manager* potrebbe essere il raggiungimento di particolari risultati clinici, ma soprattutto il raggiungimento di determinati risultati di tipo economico.

In ciascuna delle tre accezioni sopra analizzate risulta particolarmente critica per l'attuazione di un programma di *case management* nel contesto italiano la necessità di ottenere da parte dei diversi professionisti coinvolti:

- una reale disponibilità a partecipare alla definizione di protocolli aziendali;
- un sufficiente consenso sui percorsi assistenziali progettati;
- una chiara assunzione di responsabilità rispetto all'uso di tali strumenti.

Si richiamano, inoltre, le considerazioni contenute nel precedente paragrafo rispetto alle problematiche sollevate dalla scelta della figura professionale idonea a rivestire il ruolo di *case manager*.

Infine si evidenzia che, nonostante il *case management* sia oramai diventato una modalità sempre più diffusa per coordinare i servizi di assistenza sanitaria e sociale e si possano trovare *case manager* in ogni settore dell'assistenza sanitaria, le ricerche a supporto dell'impatto del *case management* sulla qualità dei risultati in termine di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e sulla sua reale capacità di incidere sui costi di produzione, non sono al momento esaustive; inoltre, ancora minor spazio è stato dato alla valuta-

zione delle condizioni di fattibilità e all'analisi dei costi legati al processo di attuazione. È dunque evidente l'importanza di verificare il livello di coerenza con i meccanismi di finanziamento e l'opportunità di dedicarsi allo sviluppo di accurati studi di fattibilità, e analisi costi-benefici sia a livello aziendale, sia a livello regionale per supportare il processo decisionale di adozione di questa innovativa modalità di gestione dell'assistenza.

(1) Per un approfondimento delle motivazioni storiche, economiche, sanitarie all'introduzione delle logiche di *managed care* nel SSN statunitense, si segnala, tra gli altri, Brown M., Johnson E.A., Johnson R.L. (1996).

(2) La decisione di citare l'ANA, nonostante riporti una definizione di *case management* fortemente incentrata sull'assistenza infermieristica e giunga a delineare un vero e proprio *case management* infermieristico, è suffragata dall'evidenza che nelle realtà sanitarie statunitensi, il ruolo di *case manager* è quasi esclusivamente ricoperto da appartenenti alla professione infermieristica.

(3) Si è voluto mantenere nella traduzione italiana della definizione il termine «cliente» utilizzato per riferirsi al caso trattato.

BIBLIOGRAFIA

- ABBEY R., HALL J., RUNGIE M. (1987), *Community Options: A new approach in assessment and the delivery of services in the aged care field*, Australian Journal on Aging, 6 (2), p. 10-14.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (1991), *Council of Community Health Nursing*, Washington DC.
- ANDERSON LOFTIN W., WHITFIELD L., WOOD D. (1995), *A case study of nursing case management in a rural hospital*, Nursing Administration Quarterly, 19 (3), p. 33-40.
- ANTICO L., BERNABEI R., CARBONIN P.U., CARETTA F., PETRUNI M. (A CURA DI) (1992), *Atti dell'incontro «Realtà e prospettive dei sistemi di valutazione dell'anziano nei servizi sociali e sanitari in Italia»*, 27 marzo 1992, Roma CNR.
- APPLEBAUM R., HARRIGAN M., KEMPER P. (1987), *Community demonstrations: what have we learned?*, Health Care Financing Review, 8, p. 87-100.
- ASTHMA PROGRAM SLASHES HOSPITALIZATION COSTS, *Disease State Management*, 1 (3) October 1995, p. 31.
- BERNSTEIN J., CAPITMAN J.A. HASKINS B. (1986), *Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations*, The Gerontologist, 26, p. 398-404.
- BRITT T., MAY C.A., SCHRAEDER C. (1996), *Managed care and case management*, Washington, American Nurses Association.
- BRODSKY J., COHEN M., HABIB J., HERON T. (1988), *The Organization of Long Term Care Services in Israel: An Evaluation*, Social Security (English Ed), 30, p. 167-195.
- BROOTEN D., BROWN L.P., KUMAR S. (1986), *A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow up of very low birth weight infants*, New England Journal of Medicine, 315, p. 934-939.
- BROWN M., JOHNSON E.A., JOHNSON R.L. (1996), *The economic era of health care. A revolution in organized delivery systems*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- CAPITMAN J., LEUTZ W., MAC ADAM M., YEE D., WESTWATER D. (1989), *Case management for frail elders: the Robert Wood Johnson Foundation's program for hospital initiatives in long-term care*, The Gerontologist, 29, p. 737-744.
- CARTER G.W., STEINBERG R.M. (1983), *Case Management and the Elderly*, D.C. Health, Lexington, Massachusetts.
- CASATI G. (A CURA DI) (1999), *Il percorso del paziente*, Milano, EGEA.
- CAVALLO M.C. (1999), *I percorsi aziendali di cura e assistenza: uno strumento di responsabilizzazione nella logica del Disease Management*, in Longo (a cura di) *ASL, distretto, medico di base*, Milano, EGEA, p. 165-182.
- CAVALLO M.C., DEL VECCHIO M. (1996), *Disease management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche*, Mecosan, 20 (1), p. 8-16.
- CHALLIS D., CHESSUM R., CHESTERMAN J., LUCKETT R., TRASKE K. (1990), *Case management in social and health care*, Canterbury, PSSRU.
- COMMONWEALTH OF AUSTRALIA (1989), *Home and Community Care Program, Overview Paper. Commonwealth Unmatched Monies, 2834 a*, Home and Community Care Branch, Commonwealth Department of Community Services and Health, Canberra, Australia.
- DANFORTH D. A., OWENS P.J., SMITH G.B. (1994), *Role restructuring: Nurse, case manager, and educator*, Nursing Administration Quarterly, 19 (1), p. 21-32, Aspen Publishers, Inc.
- DEL TOGNO, ARMANASCO V., OLIVAS G., HARTER S. (1989), *Developing an integrated nursing case management model*, Nursing Management, 20, p. 26-29.
- FLAREY D.L., SMITH BLANCETT S. (1996), *Handbook of Nursing Case Management*, Gaithersburg, Aspen Publishers, Inc.
- MULLAHY C. M. (1992), *Insurance for Self-funded Employers*, The Self-Insurer, 9 (5), p. 18.
- MULLAHY C. M. (1998), *The case management handbook*, Second Edition, Aspen Publishers, Inc.
- NEIDLINGER S., KENNEDY L., SCROGGINS K. (1987), *Effective comprehensive discharge planning for hospitalized elderly*, The Gerontologist, 27, p. 577-580.
- OVRETVEIT J. (1998), *Modelli innovativi di assistenza sanitaria integrata: un confronto internazionale*, Mecosan, 26 (4), p. 117-125.
- PALLAN P. (1992), *L'assessment e il razionale del Case management nell'organizzazione della Continuing Care Division della British Columbia (Canada)*, in Atti dell'incontro «Realtà e prospettive dei sistemi di valutazione dell'anziano nei servizi sociali e sanitari in Italia» 27 marzo 1992, Roma CNR.
- PATIENT INFOSYSTEMS INC. (1997), *Realizing Opportunities for the Future*, Annual report, Rochester, NY, 5.
- POWELL K.P. (1996), *Nursing Case Management*, Philadelphia, Lippincott.
- PROACTIVE CM IMPROVES OUTCOMES FOR DIABETICS, *Case Management Advisor*, 8 (3), January 1997, p. 1-22.
- ROGERS M., RIORDAN J., SWINDLE D. (1991), *Community-based nurse case management pays off*, Nursing Management, 22 (3), p. 30-34.
- WEISSERT W. G. (1985), *Seven reasons why it is so difficult to make community based long-term care cost effective*, Health Services Research, 20 (4), p. 423-433.

SPUNTI DI RIFLESSIONE SU TALUNI ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI, ORGANIZZATIVI, STRATEGICI ED ETICI DELLA LIBERA PROFESSIONE INTRA-MOENIA

Massimo Sargiacomo

Dipartimento di Studi Aziendali, Università «G. D'Annunzio» - Pescara

SOMMARIO: 1. Proposizioni generali - 2. Il metodo - 3. Su taluni aspetti economico-finanziari - 4. Su taluni aspetti organizzativi - 5. Su taluni aspetti strategici - 6. Su taluni aspetti etici - 7. Appendice.

Intra-moenia free profession has sprung from a very long legislative process started in 1938. Nowadays it plays a main role both for completing the entrepreneurial pathway of business transformation, and for giving businesses the chance to reach a better equilibrium between the regional funding and one's own income, as well as increasing the competition in the quasi-market arena. From the very beginning this activity has been hampered by many logjams which have limited its fertile take-off, like the chance given to the doctors to exercise the free profession extra-moenia. D.Lgs 229/99 has recently defeated that obstacle, introducing the exclusive business relations discipline: in so doing, one of the hitherto met main impediment has been overcome, but there are still many problems unsolved or unsolvable. Especially from the patient's point of view as far as control mechanisms of the waiting list concern, it rises spontaneous an overwhelming question about the implications of the intramoenia-profession: quid boni? Guided by typical empirical research method, this essay aims to investigate some of the economic-financial, organizational, strategic and ethic aspects affecting the intra-moenia free profession, portraying the results at North, Centre and South level, striving also, whenever it was possible, to synthesize them at national stage.

1. Proposizioni generali

Pochissimi sono ancora i contributi che vari esponenti della comunità scientifica nazionale hanno fornito con riferimento al tema della libera professione intramuraria, talché molto sembra ancora potersi dire intorno a questo tema (1) relativamente al contesto specifico italiano, nel quale le esperienze concrete sviluppate mancano in tempi recenti di una indagine empirica volta a demarcare aspetti comuni alla luce anche dei recenti mutamenti legislativi.

Nel presente lavoro vengono dunque presentate alcune riflessioni, frutto di una ricerca condotta con metodo tipicamente empirico, tese ad inquadrare il fenomeno della libera professione intramuraria all'interno di alcune possibili opzioni economico-finanziarie, organizzative e strategiche

adottate dalle Aziende U.S.L. italiane, inserendo anche brevi considerazioni di carattere etico principalmente relative ai meccanismi di controllo e verifica delle attività posti in essere dalle aziende.

Dal punto di vista legislativo, giova precisare che la L. 662/96 collegata alla finanziaria 1997, ha introdotto la libera professione intra-muraria (2) nelle strutture sanitarie pubbliche, regolamentata poi dai D.M. 28 febbraio 1997, D.M. 11 giugno 1997, D.L. 20 giugno 1997 n. 175, D.M. 31 luglio 1997 e D.L.vo 229/1999.

Se si è allargato «l'orizzonte» già spianato prima ancora dalla legge 833/78 e poi dai D.L.vi 502/92 e 517/93, non va sottaciuto il fatto che le radici di questa «conquista» affondano nel lontanissimo regio decreto n. 1631 del 1938 (3).

Da allora in poi, il percorso legislativo ha attraversato momenti di oscurità e di riverbero, giungendo infine al D.M. 31 luglio 1997 ed al D.L.vo 229/99, che comunque non hanno risolto le diverse problematiche che i direttori generali delle aziende sanitarie (4) devono necessariamente affrontare per una efficace ed efficiente attivazione della stessa, tenendo sempre ben viva l'attenzione sul fatto che l'azienda sanitaria pubblica è e deve essere azienda rivolta alla prevenzione, nonché al ripristino ed al

Il presente lavoro rappresenta la versione riveduta, aggiornata e modificata dell'omonimo paper presentato al Convegno SVIMAP 29-30 gennaio 1999 tenutosi a Pisa dal titolo: «Cambiamento e modernizzazione negli enti pubblici territoriali, Enti locali ed Aziende sanitarie».

miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

La disamina deve spingersi necessariamente su vari fronti, investendo separatamente singole realtà, che poi risulteranno correlate in un'unica visione

Preliminarmente è necessario richiamare alcuni punti che si reputano salienti:

a) l'esercizio della libera professione extramuraria non è compatibile con l'esercizio dell'attività intramuraria presso strutture sanitarie pubbliche ancorché diverse da quelle di provenienza;

b) i medici che hanno preferito la professione intramuraria hanno diritto ad un trattamento economico supplementare; al fine dell'ottenimento di mandati direzionali la detta scelta si appalesa come titolo differenziale e discrezionale; i dirigenti sanitari di recente assunzione non possono optare per la professione extra-muraria, perché è diventato obbligatorio il rapporto di lavoro esclusivo;

c) i direttori generali, ai fini del loro mandato verificabile per obiettivi, vengono valutati anche sull'attivazione e sull'organizzazione della libera professione.

È bene tenere conto che il rapporto esclusivo dei dirigenti sanitari comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie, ai sensi e per gli effetti dell'art 15-*quinquies* del D.L.vo 229/1999;

d) il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione, salvo quanto disposto dal comma 11 dell'art. 72 della L. 23 dicembre 1998, n. 448;

e) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in *équipe*, al di fuori dell'impe-

gno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;

f) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente od in *équipe*, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;

g) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le *équipes* dei servizi interessati.

Il richiamo ai suddetti punti, ha il fine di inquadrare il fenomeno nella giusta cornice, per cogliere più profondamente la portata delle riflessioni che si faranno.

2. Il metodo

La ricerca è stata condotta tramite questionario inviato nel 1999 per via postale ad un campione di Aziende U.S.L. Su 196 Aziende U.S.L. (5), di cui 5 operanti nelle province di Trento e Bolzano e come tali sottoposte da tempo a differente regolamentazione, è stato prescelto un campione di 46 aziende che così risulta pari al 24%. La composizione del campione è stata perfettamente bilanciata per distribuzione tra Nord, Centro e Sud, per numero di posti letto (≤ 120 ; 121-200; 201-500; 500-1000; > 1001), nonché per ampiezza del personale (6) (≤ 1000 ; 1001-2000; 2001-3000; 3001-4000; > 4000).

A tali Aziende sono state rivolte alcune domande da noi ritenute essenziali per le riflessioni che si volevano

sviluppare: esse vengono riportate integralmente in appendice.

Il tasso di risposta è stato del 100%, chiarissimo sintomo del vivo interesse sorto attorno a questa attività.

Nel corso del lavoro a seconda delle circostanze sono state sviluppate brevi considerazioni di portata generale o specifica attorno ad ogni tema indagato, associate alle riflessioni frutto della ricerca empirica, cosicché l'approccio metodologico che si è voluto seguire è sintetizzato nello schema ritratto in figura 1.

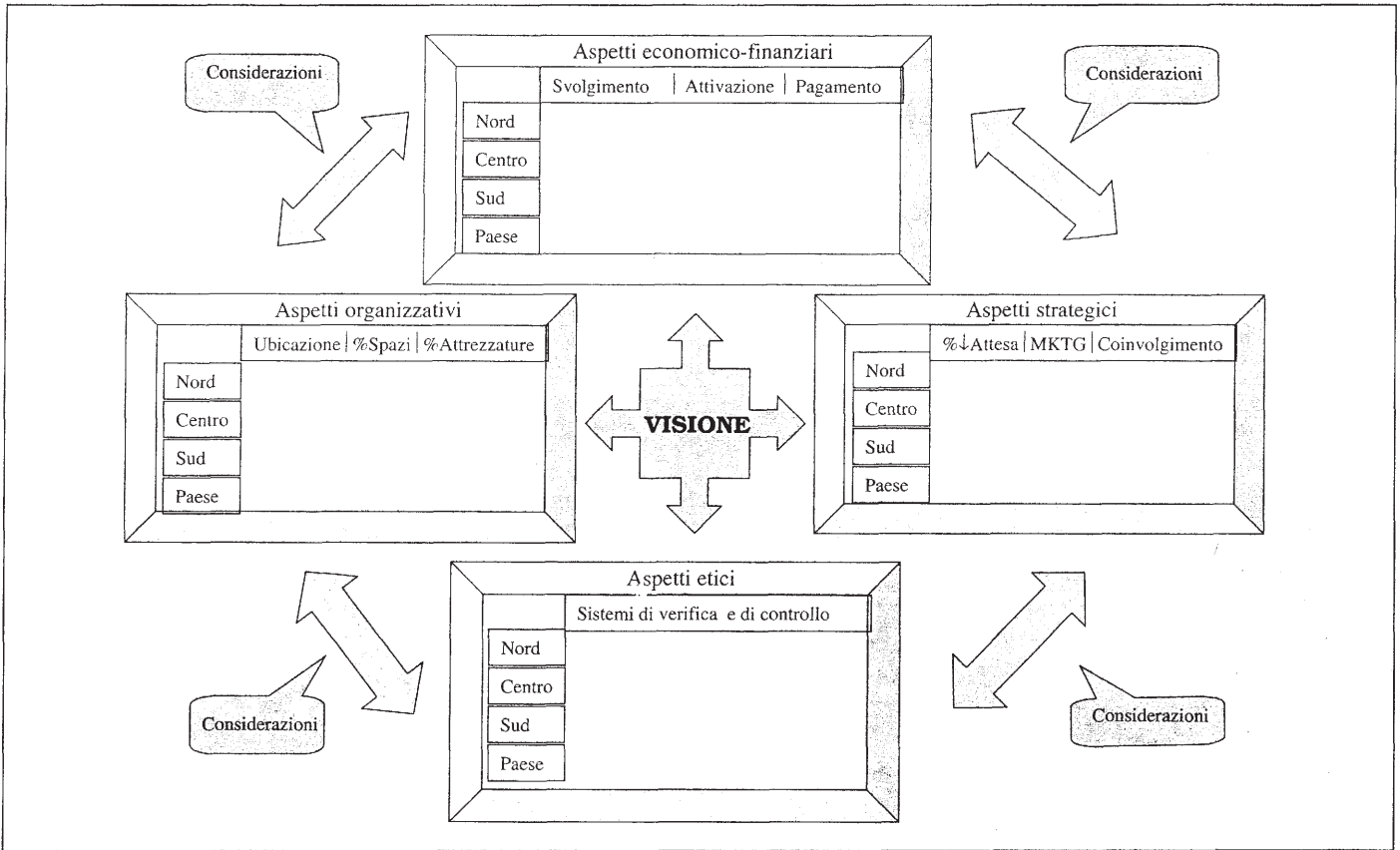
Sembra indispensabile aggiungere, che pur nella relatività della quadripartizione effettuata per settori economico-finanziari, organizzativi, strategici ed etici indagati, che ovviamente risente di correlazioni, interdipendenze ed interferenze tra aree, le riflessioni che si faranno sono sostenute più che solidamente dalla evidenza empirica dei dati.

3. Su taluni aspetti economico-finanziari

Dal punto di vista economico, la modifica sostanziale intervenuta negli anni riguarda l'attivazione di una contabilità separata che non presenti disavanzo all'interno della contabilità analitica già prevista. Ciò implica che non sono erogabili prestazioni che per condizioni oggettive, strutturali, o per l'organizzazione di supporto necessaria, risultano economicamente negative per l'amministrazione.

Si presuppone quindi già un acconcio sistema di controllo di gestione (7) perfettamente collaudato all'interno del nuovo modello economico-patrimoniale (8), al fine di evitare disconomie, ed è peraltro prevista la possibilità, dai riflessi anche organizzativi, dell'appalto o concessione di servizio, o della costituzione di una società a partecipazione mista.

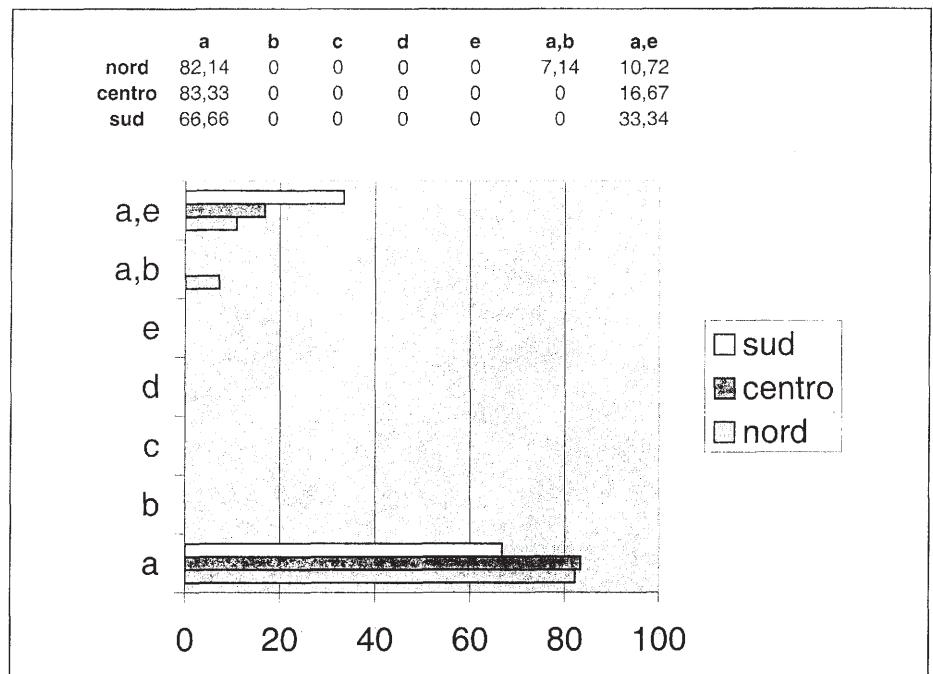
Figura 1 - Approccio metodologico seguito



Perciò, la prima domanda che è stata rivolta alle aziende U.S.L. ha riguardato le modalità di svolgimento della libera-professione, i cui risultati vengono esposti nella figura 2.

I dati, senza ombra di dubbio, evidenziano la prevalenza della scelta interna esercitata dalle aziende, seppur con percentuali diverse tra il Centro (83,33%) ed il Nord (82,14%), ed il Sud (66,66%). I risultati ovviamente tengono in considerazione che ricorrendo anche contemporaneamente all'appalto (7,14% al Nord) per qualche attività, o alla stipula di convenzioni ed accordi di programma (rispettivamente 10,72% per il Nord, 16,67% per il Centro e 33,34% per il Sud), la modalità precipua di svolgimento è sempre e comunque interna, ed è importante sottolineare che senza l'attivazione di un adeguato sistema di conta-

Figura 2 - Modalità di svolgimento della libera professione *intra-moenia*



bilità analitica è impossibile effettuare valutazioni di economicità e di convenienza economica per sorreggere nel tempo tale opzione.

Ai fini della evidenziazione contabile dei costi e dei ricavi dell'attività libero professionale intra-muraria si può optare per l'istituzione di un apposito centro di costo/ricavo (9), nel quale vengono registrati i costi diretti e indiretti rilevati a consuntivo per l'anno a cui si riferiscono e i ricavi di dette attività, ivi compresa la gestione delle camere a pagamento.

I criteri applicabili per l'attribuzione dei costi, ad esempio nelle Aziende U.S.L., possono essere diversi a seconda del servizio erogatore delle prestazioni: «prezzi di trasferimento» regionali per i servizi intermedi quali la radiologia, il laboratorio d'analisi, l'anatomia patologica; costo medio del posto letto e DRG per i ricoveri in degenza ordinaria e *day hospital* in camera a pagamento ecc.

Va altresì sottolineato il fatto che il costo delle prestazioni deve tener conto del costo dei materiali consumati, delle apparecchiature utilizzate, nonché dei costi degli altri fattori produttivi riferibili alle *équipe* e quelli di funzionamento generale della struttura erogatrice, sempre rapportati percentualmente al numero di prestazioni effettuate in attività di libera-professione.

L'Azienda U.S.L. (10) quindi deve essere integralmente rimborsata della spesa diretta ed indiretta mediamente sostenuta per l'esecuzione delle prestazioni.

La tariffa (ai sensi e per gli effetti della nota del Ministero della sanità 9 luglio 1994, SCPS/100/6.10718) deve essere remunerativa di tutti i costi sostenuti dall'amministrazione, del compenso dell'attività professionale del personale e di una quota percentuale almeno del 5%, per la copertura dei fattori di costo non preventiva-

mente individuabili. Ogni servizio agiuntivo richiesto (ad esempio pasti in cucina consumati da chi assiste il degente) dovrà essere pagato in aggiunta alla tariffa.

Nella formazione del prezzo di vendita dei servizi erogati (sempre ai sensi e per gli effetti della nota del Ministero della sanità 9 luglio 1994, SCPS/100/6.10718, nonché del D.P.R. 270/87 e del D.P.C.M. 12 settembre 1996), si deve prevedere una quota fissa addizionale pari al 10% della tariffa stessa a favore dell'amministrazione: ciò avrà risvolti sia dal punto di vista strategico, poiché il prezzo è una componente del *marketing-mix*, ma, anche, dal punto di vista etico, dove offre interessanti spunti per una disputa.

Per quanto concerne invece le modalità di riscossione vi è da dire che l'utente può versare normalmente l'importo dovuto alle casse dell'Azienda U.S.L., o direttamente agli sportelli dell'istituto tesoriere, collegati con il programma di cassa dell'azienda stessa, o optare per entrambi.

Al riguardo è stata rivolta una domanda alle Aziende U.S.L., tesa ad indagare le loro modalità di riscossione, ed i risultati vengono esposti nella figura 3.

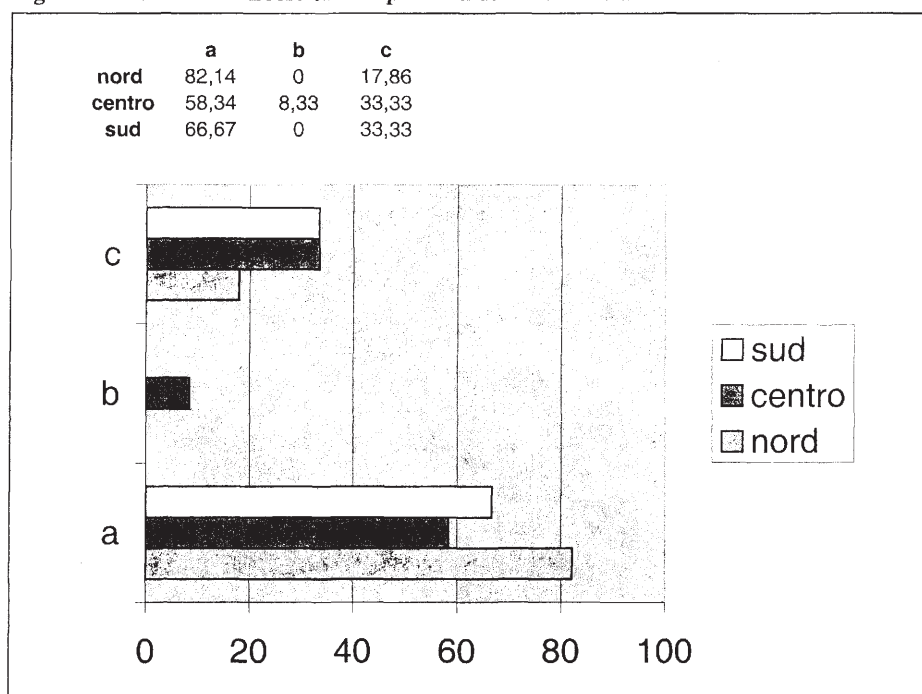
L'evidenza empirica dei dati supporta la prevalenza della scelta, seppur con percentuali diverse tra il Nord ed il Centro- Sud, del versamento diretto alle casse delle aziende.

Strettamente collegato alla riscossione vi è la fatturazione, per la quale però si rende necessaria la seguente ripartizione:

a) nel caso di attività ambulatoriale individuale o di *équipe*, la cassa rilascia quietanza che costituisce fattura emessa a carico del cliente, esente da IVA ai sensi dell'art. 10, n. 18, D.P.R. 633/72;

b) nel caso di attività libero professionale in costanza di ricovero, all'atto del versamento della cauzione, la cassa rilascia una quietanza fuori campo di applicazione IVA. Al momento della dimissione l'utente consegna alla cassa la quietanza relativa alla cauzione e riceve la fattura quietanza.

Figura 3 - Modalità di riscossione dei proventi da attività *intra-moenia*



tanzata, esente da IVA ai sensi dell'art. 10, n. 19, D.P.R. 633/72;

c) nel caso di attività rese all'Azienda U.S.L. per l'erogazione delle prestazioni ad esse commissionate, la cassa rilascia quietanza che costituisce fattura emessa a carico del cliente ed esente da IVA ai sensi dell'art. 10, rispettivamente, n. 18 se l'attività commissionata dall'utente/paziente è di tipo ambulatoriale, n. 19 se l'attività commissionata è di ricovero.

L'Azienda U.S.L. provvede poi mensilmente a versare l'importo spettante ai singoli dipendenti, come voce distinta dello stipendio.

Dal punto di vista finanziario preme qui sottolineare il fatto che la libera professione richiede l'utilizzo di spazi e attrezzature, oltre che di uomini.

I suddetti spazi e le attrezzature come sono reperibili?

Attraverso l'attivazione della libera professione si ha la possibilità di aumentare il numero delle prestazioni erogate, ottimizzando al meglio gli investimenti effettuati e, anche, vi è la possibilità di erogarle in orari diversi da quelli legati all'attività istituzionale. Ma, questi spazi e attrezzature, forse attualmente già disponibili nella rete ospedaliera italiana, in che stato versano attualmente?

Sarà possibile e/o preferibile razionalizzare al meglio l'utilizzo di spazi e attrezzature nei preesistenti ospedali, aventi in gran numero organizzazione planimetrica rifacentesi all'antica concezione dei nosocomi, cercando quindi di usufruire direttamente di un'economia di scala derivante dall'aumento del volume delle prestazioni, oppure si opererà verso la possibilità di accesso ai fondi ex art. 20, L. 67/88? E quante aziende hanno già potuto usufruire di tali finanziamenti?

Al fine di avere informazioni significative in merito a queste opzioni, è stata allora indirizzata una domanda alle aziende volta ad indagare le mo-

dalità di attivazione della libera-professione, i cui risultati sono sintetizzati nella figura 4.

I risultati evidenziano che la stragrande maggioranza delle aziende del Nord e del Centro, e la totalità al Sud, hanno «solo» potuto razionalizzare al meglio degli spazi ed attrezzature esistenti, mentre piccolissime percentuali al Nord (3,57% + 7,15%) ed al Centro (8,33%) hanno potuto usufruire dei fondi ex art. 20 insieme ad una o tutte e due le altre opzioni esercitabili.

Perciò, a lungo termine forse i finanziamenti ex art. 20, L. 67/88 si appalesano come fondamentale scelta di valore ma a brevissimo, tenendo conto del tempo che occorrerà per lo sblocco dei fondi suddetti attualmente nella fase del secondo triennio, ed anche del fatto che non necessariamente tali fondi, una volta ottenuti, saranno primariamente od esclusivamente utilizzati per la creazione di strutture *ad hoc* per la libera professione, la razionalizzazione di spazi ed attrezzature esistenti

sembra l'opzione attualmente e necessariamente esperibile da quanti non abbiano potuto ancora usufruire di tali fondi, o di altri.

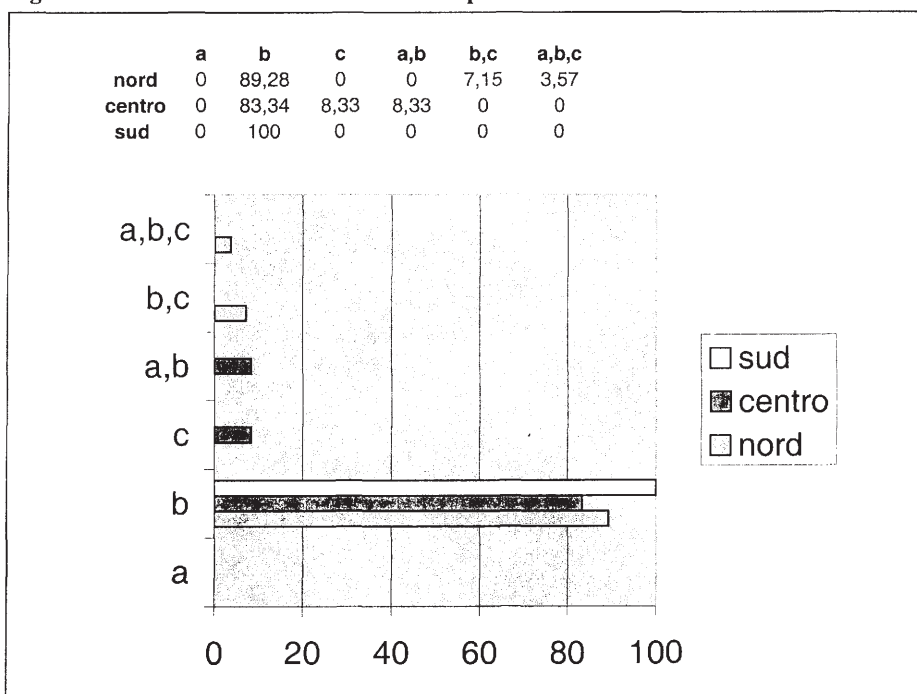
Da questa scelta, ovviamente dipenderà la scelta del modello organizzativo ottimale, e su questa considerazione vorremmo transitare agli aspetti organizzativi.

4. Su taluni aspetti organizzativi

Si può pacificamente affermare che gli aspetti organizzativi derivanti dall'attivazione della libera professione *intra-moenia* nelle aziende sanitarie pubbliche afferiscono precipuamente sei ambiti che possono essere definiti come:

- reperimento di spazi e attrezzature e loro percentuale rispetto al totale;
- percentuale di posti letto destinata rispetto al totale;
- scelta localizzativa tra un'area autonoma o aggregazione alle unità di degenza ordinaria;

Figura 4 - Modalità di attivazione della libera professione *intra-moenia*



d) definizione degli orari strettamente collegati alla gestione delle liste di attesa;

e) personale da coinvolgere, dirigente e dipendente;

f) tipologia di prestazioni da offrire.

Le modalità di reperimento degli spazi e delle attrezzature da destinare all'uso, se investono sicuramente l'area della valutazione economico-finanziaria di programmi per la ristrutturazione di presidi ospedalieri e di altre strutture sanitarie, da realizzare nel contesto dei programmi sanitari di cui all'art. 20, L. 67/88, cionondimeno afferiscono successivamente le differenti scelte in merito all'organizzazione di tali spazi, e la percentuale destinata.

Ovvero, una volta ottenute tali risorse, al fine della ottimizzazione delle strutture e delle attrezzature create ad hoc ma comunque in chiave olistica rispetto al sistema Azienda U.S.L. e della flessibilità della gestione del personale a livello territoriale e di orario, si opterebbe verso aree interdipartimentali o dipartimentali? Afferenti quali dipartimenti? In strutture edilizie indipendenti o comunque interne? Con quali e quanti *comfort* alberghieri in più?

La pletora di interrogativi che si potrebbe sollevare giungerebbe ad una dimensione inestimabile nel giro di poco, e tutte le risposte comunque avrebbero una portata cognitiva notevole, essendo la dimensione delle Aziende sanitarie pubbliche, il microcosmo in cui sono inseriti, la loro articolazione sul territorio, la loro provenienza strutturale-edile assai variegata e composita, a dire il vero.

Questa circostanza non suggerisce risposte univoche, in quanto le diverse realtà nelle varie regioni italiane non sono omogenee, e pertanto non può essere scelto uno stereotipo, considerarlo un assunto apodittico, ed affer-

mare a gran voce che tale schema organizzativo possa essere valido per tutte le strutture.

Le precedenti riflessioni riguardano il caso in cui si possa usufruire di un finanziamento ex art. 20, L. 67/88, e «si possa» non significa di certo che lo si abbia già acquisito, o messo già in opera.

Nelle proposizioni generali si sottolineava il fatto che i direttori generali delle varie aziende, ai fini del loro mandato verificabile per obiettivi, sono valutati anche sull'attivazione ed organizzazione della libera professione; verrebbe da chiedersi allora come abbia agito la maggior parte dei direttori generali che non ha ancora potuto usufruire di tali finanziamenti, o quei pochi che han richiesto ed ottenuto il finanziamento e non han potuto poi destinare somme adeguate all'uso in quanto vi erano situazioni deficitarie contingenti di rilevanza strategica maggiore rispetto alla libera professione.

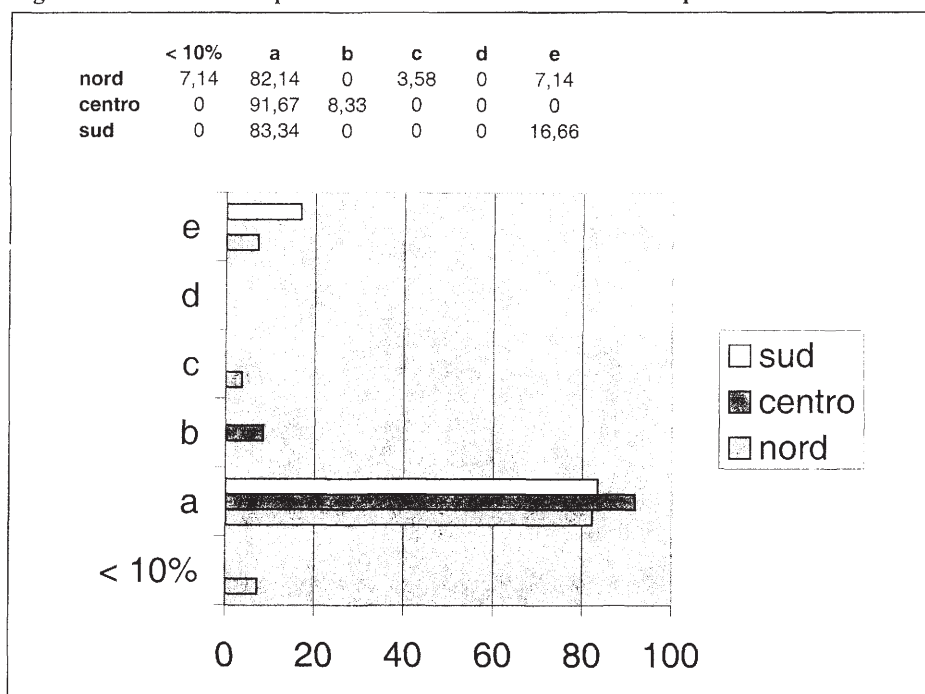
In questo caso la risposta è semplice, e viene suffragata pesantemente

dall'evidenza empirica dei dati raccolti: han dovuto inventarsi una maniera per ottimizzare l'utilizzo degli spazi e delle attrezzature già esistenti, avvalendosi delle stesse negli orari in cui attualmente risultavano inutilizzate, utilizzando il personale in maniera più flessibile incentivandolo, cercando comunque di far acquisire all'azienda da loro diretta una presunta maggiore competitività, tenendo conto dei vincoli imposti dal legislatore.

Egli, infatti, al fine di demarcare un puntuale utilizzo degli spazi e delle attrezzature da avere a disposizione, lo ha quantificato in un *range* delimitato da un estremo non inferiore al 10% e non superiore al 20% di quanto destinato all'attività istituzionale, individuando in tale dato anche la disponibilità temporale.

A tal proposito è stato dunque indirizzato alle aziende un quesito riguardante la percentuale degli spazi ed attrezzature utilizzate per la libera-professione, i cui risultati sono ritratti nella seguente figura 5.

Figura 5 - Percentuale di spazi ed attrezzature destinate alla libera professione



I dati indicano una forte prevalenza di tutte le aziende del Paese, seppur con qualche differenza sostanziale tra il Centro ed il Nord-Sud, verso la quota minima del 10%. Si riscontra anche una percentuale pari al 7,14% di Aziende del Nord, che attesta di aver destinato una percentuale di spazi ed attrezzature inferiore al 10%.

Essendo stato anche previsto che la quota dei posti letto da utilizzare per l'attività libero-professionale non possa essere inferiore al 5%, in relazione all'effettiva richiesta, e superiore al 10% dei posti letto della struttura, è stata posta alle aziende anche una domanda volta ad accertare la percentuale dei posti letto destinata alla libera-professione rispetto al totale, i cui risultati sono evidenziati nella figura 6.

Anche qui i dati sottolineano una forte tendenza di tutte le aziende del Paese, tra cui spiccano quelle del Sud (100%), a posizionarsi sulla percentuale minima del 5%. Giova rimarcare che anche qui, come per la percentuale di spazi ed attrezzature, vi è una percentuale al Nord pari al 7,14% di Aziende che dichiarano di aver destinato una percentuale di posti letto inferiore al 5% del totale.

Di certo, sia la percentuale di spazi ed attrezzature che quella dei posti letto si appalesano come vincoli economicamente e organizzativamente rilevanti, infatti, se seguendo la prima ottica il maggior volume di prestazioni consente di ripartire meglio la cospicuità dei costi fissi, la seconda invece impone lo studio di appositi sistemi di turnazione degli spazi, delle attrezzature e degli uomini al fine della più efficace erogazione del servizio, a seconda del dimensionamento delle unità organizzative (11), sul quale si preferisce non soffermarsi non essendo stato oggetto di nostre riflessioni, e

a seconda delle scelte localizzative effettuate.

Viene spontaneo chiedersi allora quale possa essere stata la modalità localizzativa maggiormente selezionata tra l'aggregazione alle unità di degenza ordinaria, o la destinazione in un'area autonoma; al riguardo le risposte forniteci dalle aziende sono sintetizzabili nella seguente figura 7.

Di certo non si può dire che a questa domanda sia corrisposta uniformità delle scelte nel Paese: se il Sud ha optato sempre (100%) verso la localizzazione in un'area autonoma, il Centro-Nord ha scelto con la medesima percentuale (75%) l'aggregazione alle aree di degenza ordinaria, selezionando per la rimanente porzione in varia misura sia entrambe le opzioni che la prima.

Posto che, di fatto la scelta localizzativa assuma indubbia rilevanza nell'ambito organizzativo, strettamente collegata ad essa è la definizione degli orari legati alla gestione delle liste di

attesa, che comunque verranno trattati specificamente nell'ambito degli aspetti strategici.

Considerando le diverse fattispecie di attività libero professionali prima esemplificate, si contempla per economizzare sul lavoro, solo la tipologia erogata in regime ambulatoriale evidenziandone gli effetti sulla gestione degli orari.

L'attività libero professionale ambulatoriale va organizzata in orari diversi da quelli stabiliti per l'attività ordinaria resa nel debito orario. Il mancato utilizzo di tali spazi orari per mancanza di attività libero professionale programmata consente l'utilizzo degli stessi per la normale attività istituzionale, senza particolari adempimenti informativi da parte del dirigente medico, fatta salva la regolare timbratura.

La direzione sanitaria, allora, sulla base dei tabulati di segnalazione di timbratura non giustificata trasmessi dal servizio personale, verifica con i

Figura 6 - Percentuale di posti letto destinata alla libera professione

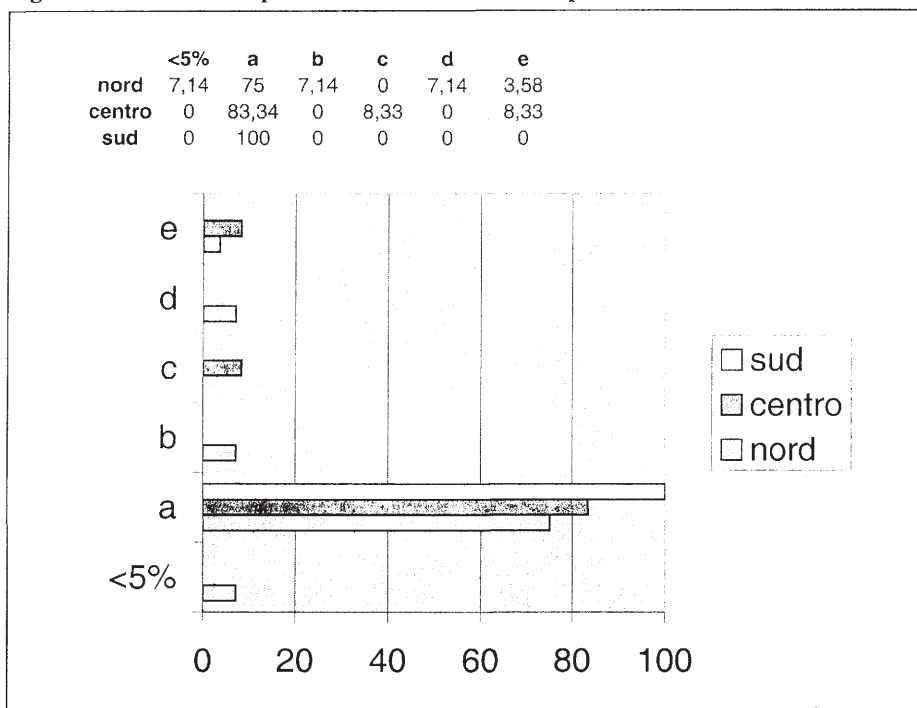
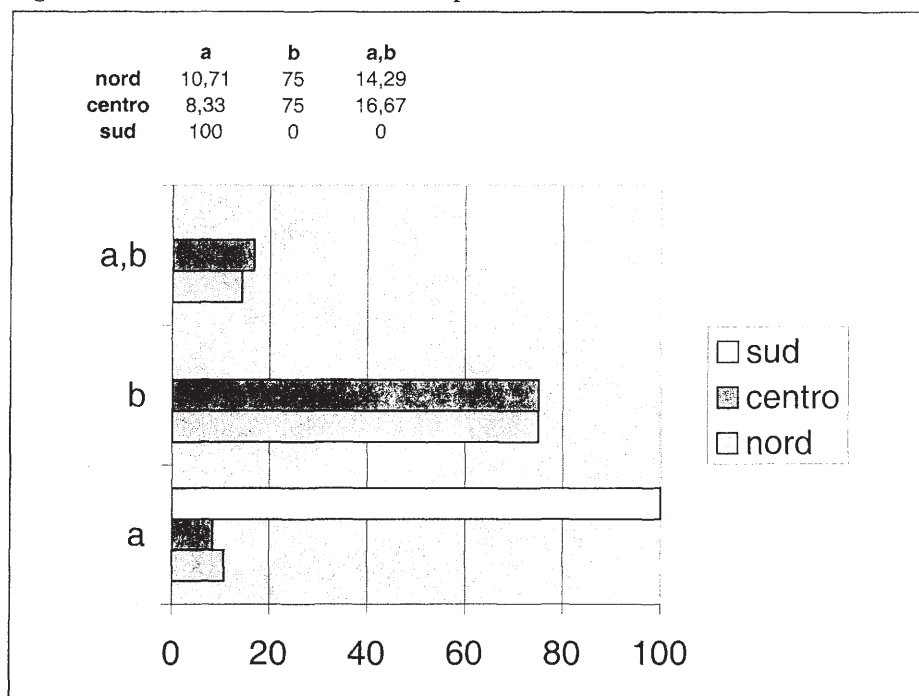


Figura 7 - Scelte localizzative delle A.U.S.L. per attività *intra-moenia*



dirigenti delle unità operative interessate le motivazioni del rientro, comunicando l'esito al servizio personale.

Laddove ciò non fosse possibile, va necessariamente individuato il tempo stimato necessario per svolgere la prestazione, secondo i «tempari» in uso per predisporre i piani di attività in orario istituzionale; tale tempo viene detratto dal periodo di attività risultante al riscontro obiettivo, al fine di determinare opportunamente il debito orario da recuperare. È anche da specificare che tale attività non può essere svolta nelle ore in cui il dirigente medico è di guardia.

A livello organizzativo, inoltre, la direzione sanitaria dell'azienda, congiuntamente ad eventuali commissioni nominate *ad hoc*, deve individuare quelle prestazioni che, per caratteristiche e tempi, possono essere effettuate senza smarcatura da parte del personale autorizzato e relativo personale di supporto, con obbligo di debito orario da defalcare.

L'orario da utilizzare e, quindi, la gestione dello stesso è necessariamente collegato al governo delle liste di attesa, che nelle aziende sanitarie provocano tecnicamente un «collo di bottiglia», costituente una vera e propria barriera all'entrata che cagiona il *rationing by inconvenience* (12), la qual cosa in un'Azienda salute (13) non dovrebbe proprio esistere.

In generale comunque, è necessario sottolineare come l'orario da utilizzare sia strettamente legato al personale da coinvolgere nell'attività, che viene regolamentato da appositi sistemi di turnazione la cui problematica è già stata lambita quando è stato trattato il problema degli orari.

Nel fronteggiare tale problema va rimarcato il fatto che dal punto di vista organizzativo, ma dai riflessi sicuramente anche economico-finanziari, oltre che etici, l'attività libero-professionale non può comportare, per ciascun dipendente, una produttività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno su-

periore al 50% dell'orario di servizio effettivamente prestato.

Al fine quindi di assicurare che l'attività libero professionale comporti, forse, la riduzione delle liste di attesa per l'attività istituzionale delle singole specialità, il direttore dovrebbe concordare con i singoli dirigenti medici e le *équipe* i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione ai volumi di attività libero-professionale.

Se occorre concordare il volume delle prestazioni, si riscontra oltremodo la necessità di prevedere l'orario base che l'azienda si impegna a pagare al personale di supporto qualora non si presentino tutti i pazienti prenotati.

Se il dirigente medico comunque lo si paga a prestazione, il personale di supporto normalmente lo si paga a tariffa oraria, e quindi se l'azienda annota dodici prenotazioni che mediamente assorbirebbero tre ore di lavoro ad un infermiere e si presentano solo quattro utenti, dopo un'ora l'attività è terminata e si riscontrerebbero costi da sopportare a fronte di prestazioni non erogate; ciò implica quindi la previsione a livello organizzativo di un compenso minimo da pagare al personale di supporto in caso di mancata presentazione di parte degli utenti prefissati.

Ai fini di una efficace ed efficiente attivazione della libera professione occorre puntare molto non solo sul personale di ruolo sanitario medico, ma anche sul personale infermieristico, tecnico e di riabilitazione, e per assicurare il loro coinvolgimento quale personale di supporto che partecipa all'attività *intra-moenia* fuori dall'orario di lavoro sono previsti (14) specifici compensi da determinare con atto regolamentare, previa contrattazione con le organizzazioni sindacali di categoria.

Rimane aperto il problema delle tipologie di prestazioni da offrire, tema

dal confine ibrido rimarcato dagli ampi riflessi strategici oltre che organizzativi, dato che il prodotto da offrire è una naturale leva del mercato, e come tale la si affronterà nel prossimo paragrafo.

5. Su taluni aspetti strategici

Sotto quest'ottica, appare evidente che le strategie che le varie aziende andranno ad adottare, saranno in funzione del contesto competitivo in cui si trovano. In altre parole, sarà la condizione del mercato o del quasi-mercato a dettare le regole: ma quale mercato?

L'arena in cui si trova ad operare una tra le 196 Aziende U.S.L. è uguale a quello in cui si trova una delle Aziende ospedaliere? Si chiede quindi se l'azienda U.S.L. avente circa 3.300 dipendenti a Pescara, ad esempio, si trovi ad affrontare lo stesso mercato di un'Azienda ospedaliera dalle stesse caratteristiche a Roma?

Ed inoltre, un'azienda U.S.L. di 3.300 dipendenti operante in una provincia di 300.000 persone di popolazione ha lo stesso bacino di utenza in Abruzzo, nel Lazio o in Lombardia?

A tal proposito, si inseriscono anche variabili macro, nel senso che è stata riscontrata una tendenza nei Paesi industrializzati verso la diminuzione dei posti letto per acuti e, d'altro canto, nel rapporto Monorchio 1997 (15) si è delineato un futuro invecchiamento della popolazione ed un contestuale aumento dei bisogni di salute.

È ovvio quindi, che la stridente differenza che si registra tra il mercato di un'A.U.S.L. e quello di un'Azienda ospedaliera evidenzia che non vi è omogeneità nella loro arena, e quando si parla di contesto competitivo forse si rimanda esclusivamente alle grandi aree metropolitane ed urbane, dove vi lavorano professionisti di

chiara fama in discipline ad elevatissima specialità, ed è lì che si registra il maggior fenomeno di «volatilità» del paziente, della migrazione da altre regioni del nostro paese. In queste aziende allora, preferibilmente ma non necessariamente, il fenomeno dei colli di bottiglia collegato alla gestione delle liste d'attesa determina il triste fenomeno del «rationing by inconvenience», ma il problema della competizione e della migrazione lambisce ora anche le aziende U.S.L., anche solo tra province limitrofe, o nella stessa provincia con le cliniche private accreditate e non, ed è quindi necessario tenerlo nella giusta considerazione.

Il problema assume allora grande dimensione economica, perché la migrazione determinata dall'insoddisfazione manifestata dai pazienti può far traslare parte delle risorse pubbliche dalle strutture pubbliche alle strutture private, convenzionate per il rimborso delle prestazioni.

Assunti allora i requisiti minimi che delineano un mercato, si dovrebbero porre in essere azioni per incrementare la propria quota in un contesto ad iso-risorse, ovvero in una situazione in cui se c'è qualcuno che guadagna qualcosa in più, al contempo vi deve necessariamente essere qualcuno che sta perdendo qualcosa.

Le aziende sanitarie in tal senso sono favorite dall'attivazione della libera professione intra-murale, in quanto è stato fornito uno strumento tale da poter aumentare il numero delle prestazioni, ed al tempo stesso di poterle erogare sfruttando orari normalmente non sovrapposti alla cosiddetta attività istituzionale.

Specificamente in questo paragrafo, volendo investigare il profilo strategico dell'attivazione della libera professione *intra-moenia*, e non potendo di certo sviluppare tutti gli aspetti ad essa correlati che necessite-

rebbero di una ben più lunga trattazione, si affronteranno solo i seguenti punti:

- a) i riflessi sulle liste di attesa, delle attività specialistiche, delle attività ambulatoriali e delle attività di diagnostica strumentale;
- b) la definizione dei clienti-obiettivo;
- c) le politiche di *marketing*;
- d) le scelte di prodotto;
- e) le scelte di prezzo;
- f) le tecniche di coinvolgimento del personale.

Le liste d'attesa purtroppo per l'utenza e per fortuna per le aziende sanitarie costituiscono una riserva di operatività (16), che nei momenti di diminuzione o stasi della domanda fornisce un numero di pazienti disposti ad essere accolti dalle strutture.

Non necessariamente, comunque, l'esistenza di una lista d'attesa considerevole deve rappresentare uno squilibrio fra il bisogno di assistenza e le risorse a disposizione, in quanto studi (17) sull'appropriatezza clinica delle prestazioni hanno evidenziato che la richiesta di servizi da parte di pazienti in lista non è direttamente correlabile con la patologia che li affligge.

Comunque sia vi è sempre stata una forte tendenza atta a credere che l'attivazione della libera professione avrebbe dovuto «necessariamente» ridurre la lista di attesa, ed è ovvio quindi che la stessa potrebbe essere utilizzata per «indurre» il cittadino, paziente e utente finale del servizio, ad optare verso questa soluzione.

Di certo, non ci si poteva esimere dal chiedere al nostro campione di aziende quali fossero stati i riflessi sulle loro liste di attesa, sia per quanto concerne le attività specialistiche, che quelle ambulatoriali e di diagnostica

strumentale. I risultati sono esposti nelle figure 8, 9 e 10.

Per quanto concerne le attività specialistiche, balza evidente sia per il Nord (64,29%) che per il Sud (50%) la mancanza della tanto agognata riduzione della lista di attesa. Al Centro il risultato è abbastanza controverso perché pur essendoci un 41,67% di attestazione di mancata diminuzione, sommando la percentuale delle aziende che hanno dichiarato la diminuzione della lista di attesa presentando un dato certo (16,66%) con la percentuale delle aziende che hanno attestato la diminuzione della lista non potendo però presentare un numero certo per i motivi più svariati (33,34%), si riscontra una diminuzione della lista di attesa pari al 50% (16,66% + 33,34%); vi è al tempo stesso l'8,33% di aziende che hanno dichiarato di svolgere l'attività da troppo poco tempo per poter esporre dati e che quindi sono stati depurati perché altrimenti sarebbero da considerare negativi, portando il punteggio in perfetta parità tra quanti hanno rilevato una diminuzione e quanti che allo stato attuale non l'hanno rilevata. In termini percentuali vi è da aggiungere che laddove è stata indicata una diminuzione della lista esponendo un numero certo, essa comunque non ha valicato il 5%.

Anche per quanto riguarda le attività ambulatoriali, sia il Nord (60,72%) che il Sud (50%) registrano una mancanza di diminuzione, mentre il Centro presenta un'altra volta una situazione controversa. Sommando le aziende che hanno attestato la diminuzione della lista di attesa presentando una cifra certa (25%) insieme a quelle che hanno dichiarato la diminuzione pur non potendo presentare una cifra precisa (25%), si registra una prevalenza della diminuzione nei confronti della non diminuzione (41,67%); anche qui però vi è un 8,33% di aziende che hanno dichiarato di svolgere l'atti-

Figura 8 - Riflessi dell'attività *intra-moenia* sulla lista di attesa delle attività specialistiche

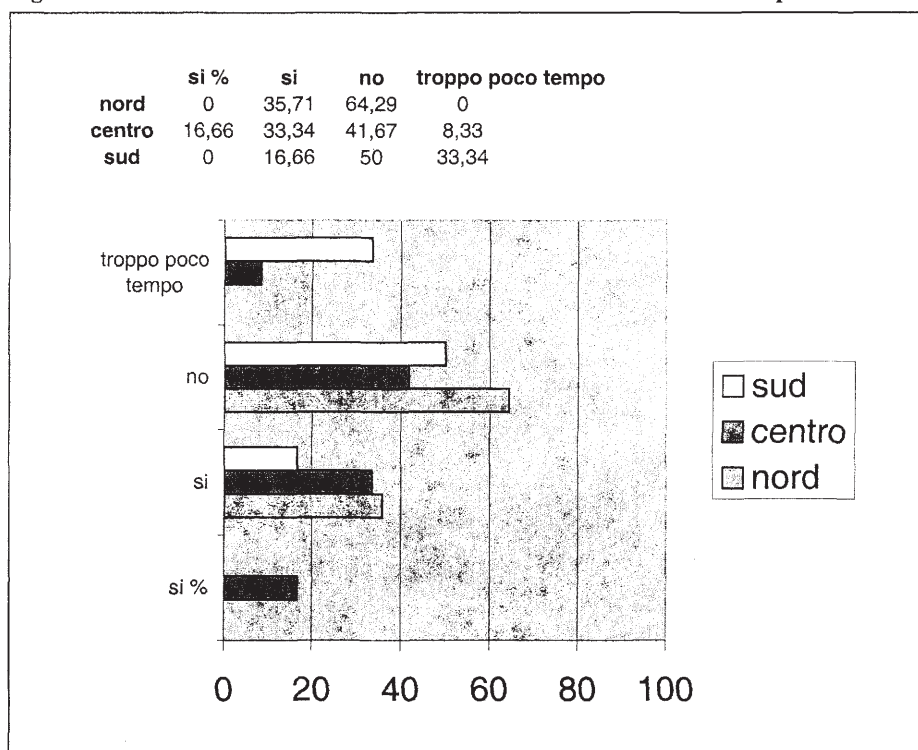


Figura 9 - Riflessi dell'attività *intra-moenia* sulla lista di attesa delle attività ambulatoriali

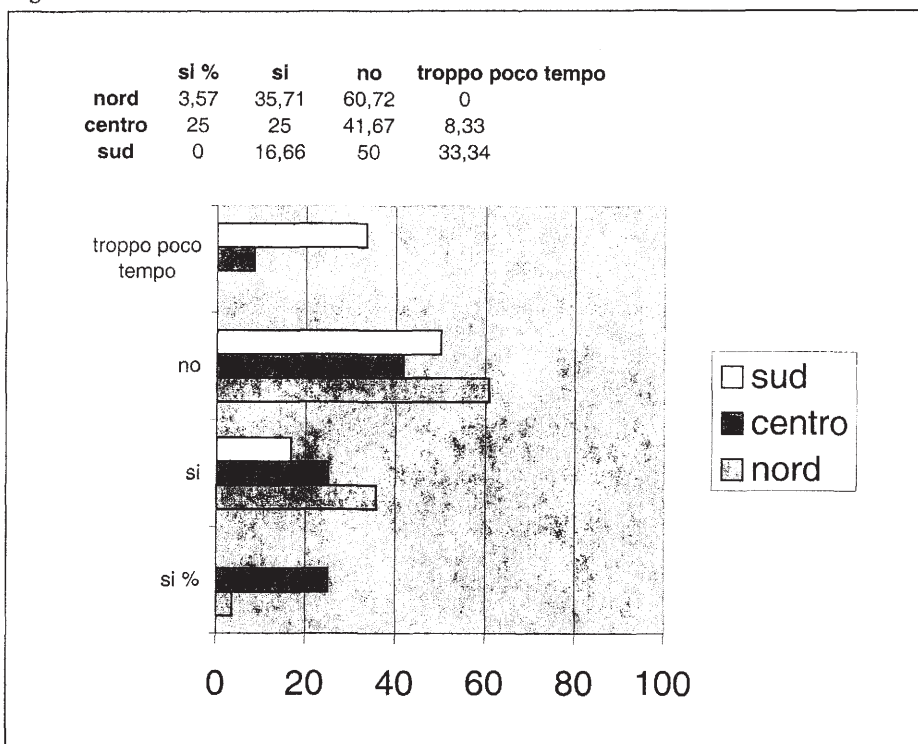
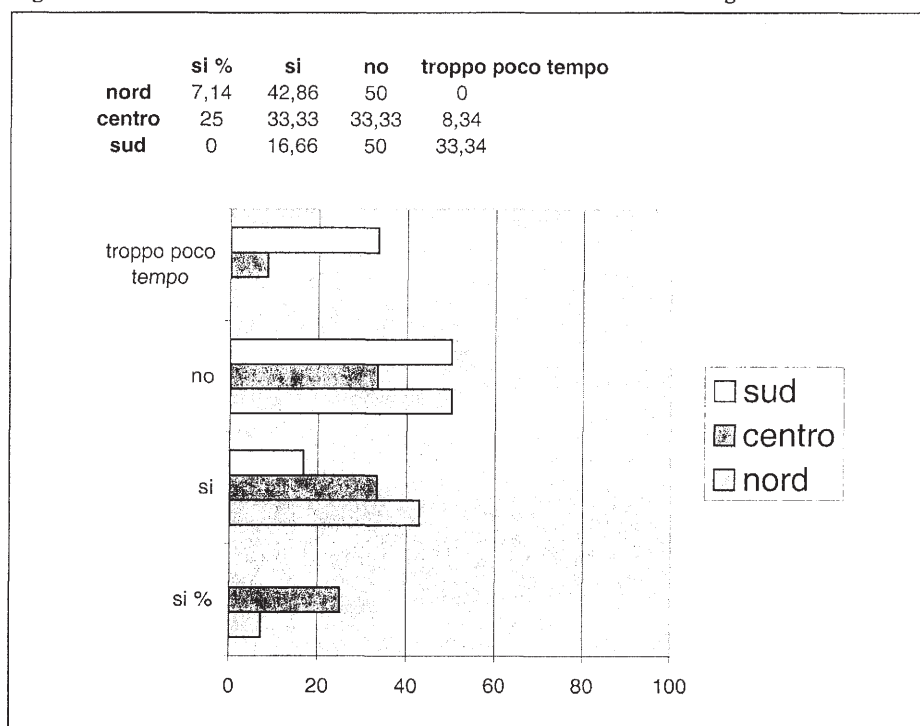


Figura 10 - Riflessi dell'attività *intra-moenia* sulla lista di attesa della diagnostica strumentale

vità da troppo poco tempo per poterla considerare produttiva, e perciò il suddetto dato è stato depurato poiché, altrimenti, esso avrebbe portato la situazione in perfetto *fifty-fifty* tra diminuzione e non diminuzione. Laddove è stata indicata una diminuzione della lista esponendo un numero certo, la percentuale mediamente ha subito variazioni fino al 20%, con una sola punta massima del 50%.

Le attività di diagnostica strumentale presentano per il Sud una chiara mancanza di diminuzione, mentre per quel che pertiene il Nord, si registra un perfetto equilibrio tra le aziende che non hanno registrato una diminuzione (50%) e quelle che hanno attestato la diminuzione della lista di attesa presentando una cifra certa (7,14%) insieme a quelle che hanno dichiarato la diminuzione pur non potendo presentare una cifra precisa (42,86%). Al Centro invece si registra una diminuzione pari al 58,33% (25% + 33,33%). Laddove è stata indicata una diminuzione

della lista esponendo un numero certo, detta cifra è oscillata mediamente fino al 20%, con una sola punta massima del 50%.

Non è possibile con significatività statistica correlare questi risultati alle modalità di finanziamento o alle opzioni localizzative, per cui, situazioni interne a parte, laddove si sia riscontrata diminuzione essa dovrebbe dipendere dalle condizioni del mercato di cui si parlava ad inizio paragrafo e dal problema di cannibalizzazione nell'arena ad iso-risorse.

La diminuzione della lista di attesa potrebbe anche dipendere dallo «shifting» dei pazienti dal regime ordinario a quello in libera professione, ma, ad onor del vero, non si dovrebbe accordare il trasferimento se non in casi documentati e previa autorizzazione della direzione sanitaria, ma esiste Chi controlla Che cosa? È auspicabile tener conto anche di questa possibilità?

Le aziende sanitarie, ai sensi della L. 724/94, devono comunque predi-

porre un registro delle prestazioni specialistiche, ambulatoriali e di diagnostica strumentale, contenente l'elenco delle prestazioni, la sede, gli orari ed i relativi oneri che deve essere portato a conoscenza dei pazienti.

Se ciò comunque li tutela nel rispetto dei principi di «imparzialità» e del «diritto di scelta» (18), d'altro canto non li previene dalla strumentalizzazione di tale attività.

Come si palesa immediatamente si rischia di avviare subito le riflessioni etiche, sulle quali si preferisce rinviare al termine, ma l'esempio è comunque giovato in quanto apre la mente ad ampio raggio in una visione sistemica del problema.

Posto che attualmente si è comunque registrato una diminuzione delle liste di attesa, seppur non molto netta e in diverse proporzioni a seconda delle aree geografiche e delle tipologie contemplate, ci si chiede questo incremento delle attività verso quali clienti-obiettivo dovrebbe essere indirizzata?

A tal fine si rende necessario una differenziazione del mercato in:

- pazienti di provenienza dal settore pubblico;
- pazienti che provengono dal settore privato accreditato;
- pazienti che provengono dal settore privato.

Oltre questi è essenziale inserire «clienti» istituzionali, quali assicurazioni, fondi integrativi, società di mutuo soccorso, ecc.

In merito a questi probabili clienti, di cui occorre studiare le caratteristiche precipue, si rende necessaria una politica di differenziazione dell'offerta (19), in relazione ai possibili diversi segmenti di mercato.

A tal fine occorre avviare acconce politiche di *marketing* (20), sia esterno, che interno, e va però sottolineato che la pubblicità informativa è vietata nell'ambito ospedaliero. Possono e devono essere invece utilizzati gli

strumenti tradizionali quali la Carta dei servizi ex D.P.C.M. 19 maggio 1995 insieme a strumenti non convenzionali, soprattutto in relazione alla garanzia dei principi di «imparzialità e della libera scelta» ed appositi uffici quali l'Ufficio relazioni per il pubblico, ex art. 12 D.L.vo 29/93: queste azioni riverseranno benefici effetti anche dal punto di vista dell'immagine aziendale (21), della qualità (22) e del prestigio.

Forte allora si è riversata la necessità di investigare quali fossero le politiche di *marketing* più opzionate nelle aziende, ed i risultati sono evidenziati nella prossima figura 11.

I risultati elucidano la prevalenza delle scelte aziendali mirate alla Carta dei servizi sia per il Nord (50% = 28,57% [a] + 10,71% [a,b] + 3,57% [a,d] + 7,15% [a,b,d]) che per il Centro (50% = 25% [a,b] + 8,33% [a,d] + 16,67% [a,b,d]), seppur variamente combinata con le altre opzioni; il Sud invece registra il 50% [c] di favore verso la mancata selezione di strumento alcuno, pur essendo stata opzionata a volte la Carta dei servizi, sia da sola (16,66%), che combinata con altri strumenti (16,67%).

Vi è da sottolineare che a livello di Paese gli altri strumenti non convenzionali suggeriti dalle Aziende stesse sono stati: spazi TV, *depliant* informativi, stampa locale, cartellonistica interna, conferenze, informazioni presso gli uffici cassa/CUP, ecc.

Se come si diceva poc' anzi tali scelte si rivelano assai proficue dal punto di vista dell'immagine, del prestigio e della qualità, sotto quest'ultima ottica occorre puntare su miglioramenti qualitativi necessari in taluni aspetti che favoriscano l'incremento nelle vendite di prestazioni, tra cui si segnalano:

- *comfort* alberghiero (23);
- apparecchiature;
- condizioni organizzative.

Ciò nondimeno, soprattutto per quanto concerne la scelta dei prodotti da «piazzare sul mercato» si ravvisa comunque l'esigenza di effettuare un'indagine conoscitiva sul potenziale afflusso dei pazienti, onde valutarne magari in prima fase l'avvio solo di alcune iniziative, per far sì che l'eventuale voluto aumento delle prestazioni vada su «cavalli vincenti», e non produca invece all'interno di un infruttuoso *mix* erogato uno spiacevole effetto di sostituzione tra prodotti «dominanti» e «perdenti», e perciò a priori molto poco si può dire su di essi perché ogni azienda avrà le sue alternative.

Se queste scelte sono importantissime per la realizzazione di una attività *intra-moenia* fruttuosa, importanza inoppugnabile rivestono anche le tecniche di coinvolgimento del personale prevedibili nell'ambito del *marketing* interno (24), e quindi della fidelizzazione non solo del cliente esterno ma anche dell'utente interno (25), in un'ottica in cui si mostra quale *condi-*

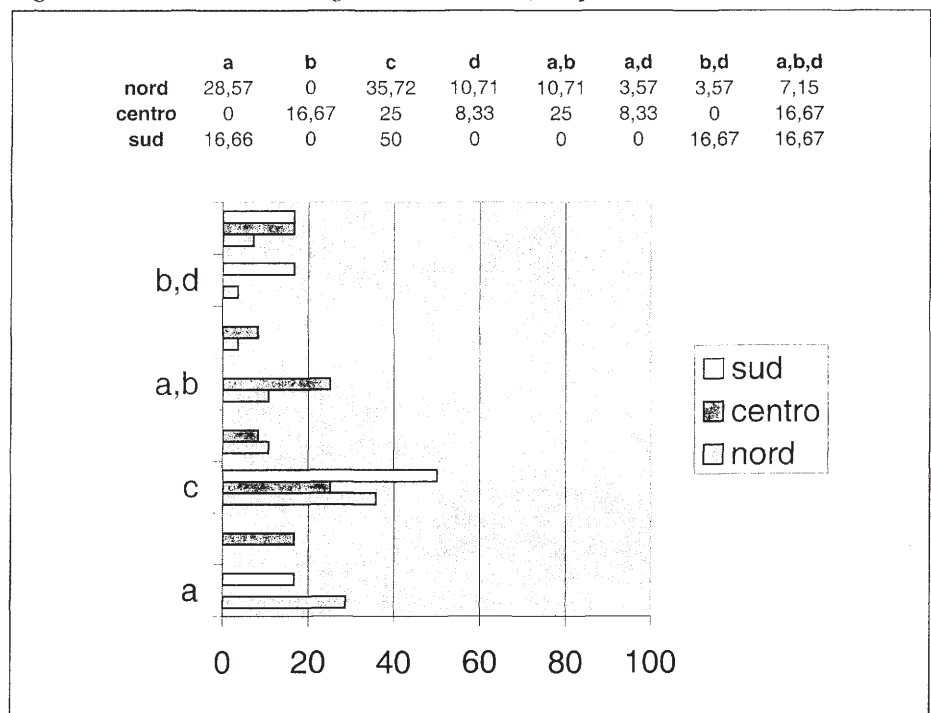
tio sine qua non lo studio di acconce azioni che ne recuperino la motivazione e soddisfazione coinvolgendolo, e ne valorizzino tutto il potenziale.

Sulle modalità di recupero della motivazione e soddisfazione del personale al fine del loro miglior coinvolgimento, si ravvisa l'opportunità di sviluppare, tra gli altri, progetti di *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale (26), cercando di pervenire a quella situazione che gli americani definiscono di *empowerment*, valorizzando tutta la catena della qualità ed al contempo incrementando la produttività delle *performance*.

È ovvio che la normale leva sul compenso, classica ricompensa estrinseca del proprio lavoro, da sé non può essere considerata quale meccanismo esauriente ed esaustivo per assicurarsi la fidelizzazione del cliente interno.

L'operatore coinvolto non potrà essere fidelizzato solo tramite la remunerazione extra derivante dall'attività libero professionale, ma per far sì che

Figura 11 - Politiche di *marketing* attivate dalle A.U.S.L. per l'attività *intra-moenia*



esso provi gusto a lavorare in seno all'azienda si devono implementare le giuste azioni, tra cui, indiscutibilmente, quella propugnata.

A tal fine si richiama l'attenzione sul fatto che tra gli operatori interni occorre puntare molto non solo sul personale di ruolo sanitario medico, ma anche sul personale infermieristico, tecnico e di riabilitazione, sviluppando acconce azioni ed a tal fine si è chiesto quali fossero state le tecniche di coinvolgimento del personale avviate dalle aziende campione, ed i risultati sono esposti nella seguente figura 12.

Per una volta si registra piena uniformità tra Nord, Centro e Sud, ma l'informazione che se ne trae non è fioriera di ottimi auspici: sia le aziende del Nord (82,15%) che quelle del Sud (83,33%) con percentuali elevatissime, ma anche quelle del Centro seppur con percentuale minore (58,33%), non hanno attivato alcuna tecnica di coinvolgimento del personale! Questo, da punto di vista strategico, costituisce un «backlash» di dimensione «king size»!

La rimanente parte delle aziende ha optato verso l'utilizzo, isolatamente o associato alle altre opzioni, di gruppi congiunti di lavoro partecipativo o di progetti di *benchmarking* sulla motivazione, o ha suggerito l'istituzione di Commissioni paritetiche della dirigenza e del comparto, un «tool» quest'ultimo di derivazione non aziendalistica che si ritiene comunque di indubbia efficacia in tali contesti, in particolar modo se gravati da carenze specifiche come riscontrato empiricamente.

Una tecnica di gestione partecipata, basata sul consenso, sulla motivazione e sulle deleghe, in un sistema di direzione per obiettivi (27) premiante, non può che essere l'unica strategia vincente nelle aziende sanitarie pubbliche, ed è per questo che non possono mancare in tale contesto delle tecniche appropriate di coinvolgimento del personale.

È comunque di vitale importanza un cambiamento di cultura in tutti gli operatori (28), ispirata a logiche gestionali che abbraccino il costo, il ricavo, l'efficienza e l'efficacia, la soddisfazione del cliente, poiché l'aziendalizzazione non si crea per decreto e, in tal senso, va ricordato che nelle aziende sanitarie pubbliche agiscono operatori il cui lavoro è stato per anni disciplinato da contratti collettivi di tipo pubblico, le cui modalità di assunzione, gestione, remunerazione e responsabilizzazione erano diverse da quelle delle aziende private, a tutto discapito dei livelli di produttività e di efficienza, di certo più bassi di quelli propri degli *standard* privatistici, la qualcosa impone una sorta di riconversione culturale, come si diceva, pena sopportare ancora per lunghi anni le influenze negative derivanti dalla vecchia concezione del lavoro pubblico.

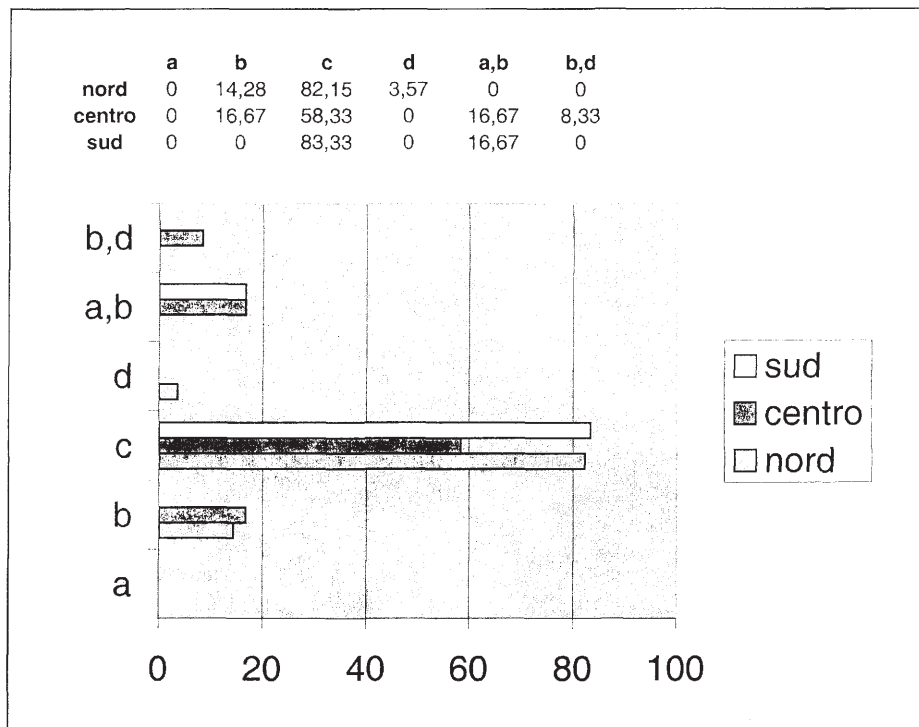
Cultura d'impresa (29) e cultura dell'impresa allora necessariamente

dovranno intersecarsi, altrimenti come potrà un'azienda sanitaria pubblica fare, ad esempio, politiche di prezzo differenziate per l'offerta dei servizi attivati in libera professione non avendo mai fatto ricorso a leve di *marketing* così critiche, o addirittura compreso che cos'è il *marketing*?

Il futuro confine cui ogni azienda sanitaria pubblica deve mirare, sembra quindi quello del cambiamento della cultura, che non si crea e non si alimenta di certo per decreto, in un'ottica in cui la centralità delle risorse umane diventa necessariamente una condizione imprescindibile nel perseguimento di una strategia di qualità totale, in cui logicamente «patient comes first».

Se è l'appena citata la logica che deve necessariamente presiedere la conduzione di un'azienda sanitaria pubblica ai giorni nostri, diverse sono le considerazioni di carattere etico che si possono rappresentare, le quali verranno trattate nel prossimo paragrafo.

Figura 12 - Tecniche di coinvolgimento del personale delle A.U.S.L. per l'attività *intra-moenia*



6. Su taluni aspetti etici

L'imperativo che presiede le nostre riflessioni è ora «ante omnia salus», poiché l'azienda sanitaria pubblica per noi deve rimanere un'istituzione orientata al valore della salute di tutti.

Non condividiamo quanto propugnato dai fautori di una prospettiva liberistica rispetto ai simpatizzanti per quella egualitaria (30), poiché nella prima è la disponibilità economica a legittimare e consentire la scelta della quantità e qualità delle cure stesse, mentre nella seconda è il «nostro diritto di cittadini come tali» a permetterci l'accesso all'assistenza sanitaria, e questo diritto non può e, soprattutto, non deve essere influenzato dalla ricchezza individuale o dal reddito prodotto.

Tra i tanti punti salienti aventi ampi risvolti etici si preferisce soffermare sui seguenti:

— l'investimento dei ricavi di vendita dei servizi, e l'importanza di una delle componenti del prezzo;

— la previsione di sistemi di controllo nell'ambito della libera professione *intra-moenia*, soprattutto nei confronti della gestione della lista d'attesa.

Per quanto concerne il primo aspetto, le somme incassate derivanti dalla libera-professione dovrebbero essere primariamente investite per la manutenzione ordinaria delle attrezzature e delle strutture, per l'aggiornamento del personale (31) e per il miglioramento della qualità dei servizi in senso generale, in particolar modo quelli relativi al *comfort* alberghiero.

Se si segue tale logica, l'attivazione della libera-professione potrebbe risultare un forte propulsore di migliorie interne, incrementando la qualità generale delle prestazioni, e rivestendo altresì finalità solidaristica nei confronti dei non abbienti.

Nel corso delle riflessioni sugli aspetti economico-finanziari era stato

segnalato che nella formazione del prezzo di vendita dei servizi erogabili era necessario prevedere una quota fissa del 10% della tariffa da destinare all'amministrazione delle aziende sanitarie.

Dalle premesse effettuate precedentemente, come deve essere interpretata la quota del 10% del valore della tariffa?

È ovvio che tale ulteriore quota a carico del paziente si riverbera in maniera positiva sull'equilibrio economico-finanziario degli attori sociali interessati (Regione e Azienda stessa), ma rende sicuramente meno vantaggioso il prezzo di vendita delle prestazioni, a danno del paziente consumatore.

Questo problema, di valenza sicuramente strategica, assume connotazione fortemente etica laddove ci si chieda se questa maggiorazione sia destinata a coprire i costi che rientrano tra i livelli uniformi di assistenza previsti per legge, o li travalichi.

L'interpretazione che può essere rappresentata evidentemente è dicotomica, ed in questa sede a nostro avviso si rivelerebbe infruttuosa, per cui, lasciando il quesito irrisolto, si preferisce soffermarsi sulla gestione delle liste d'attesa e sul controllo del sistema.

Il fenomeno della lista d'attesa sembra per ora apportare positività agli interpreti del sistema sanitario nazionale tranne che al paziente stesso, che può rischiare un aggravio delle sue condizioni cliniche nel tempo di sosta nel collo di bottiglia, e comunque il suo bisogno non soddisfatto gli arreca nocimento e talvolta pericolo.

La discordanza tra un tempo di attesa giudicato congruo dal paziente e l'entità del suo bisogno di assistenza, genera eventualmente la migrazione ad altre aziende sanitarie pubbliche a seconda dell'arena competitiva in cui ci si trova ad operare, e preferibilmente ma non necessariamente la trasla-

zione dell'utente al «sistema privato» od alla libera professione, ed è d'immediata comprensione che la lista d'attesa stessa può essere utilizzata per spostare pazienti ordinari verso l'area libero-professionale per accelerare i tempi, con grave pregiudizio cagionato agli altri.

Questa circostanza è avvalorata dal fatto che in alcuni reparti vige tuttora il triste costume di ampliare l'attività ordinaria utilizzando spazi che sarebbe eufemistico denominare impropri, come ad esempio i corridoi.

L'attivazione della libera professione non deve arrecare pregiudizio ai pazienti ricoverati in regime ordinario e, oltre al fenomeno dei colli di bottiglia precedentemente delineato, come potrà un'azienda giustificare in termini di equità la sistemazione di un degente in un corridoio in barella o nel vecchio pronto soccorso esposto ai quattro venti, ed al contempo legittimare l'assegnazione di spazi con maggiori *comfort* alberghieri?

Si tratta comunque allora di un trasferimento, forse in grado di rubare clienti al canale privato o ad altre aziende pubbliche, immettendoli nell'altra via, che però tramite il razionamento causato dal disagio e dal costo può anche espellere i non benestanti.

Si rischierebbe di cadere nel paradosso tutto liberistico (32) che sostiene a gran voce che qualora il paziente troppo povero rispetto al costo delle cure non possa e non riesca ad ottenerle e, conseguentemente, muoia, detto fatto troverebbe una giustificazione nel mercato che assegnando un valore al reddito futuro atteso della persona malata, lo aveva giudicato inferiore al valore delle cure necessarie per guarirlo.

Tutto ciò può accadere se non vi è chi «controlla che cosa» e, nell'attuale sistema «medarchico» (33) governato dall'interno e plasmato dai medici, il controllo è di pertinenza dei medici e

delle aziende tramite l'apposito registro delle prestazioni da tenere a cura delle direzioni sanitarie che non dovrebbe comunque consentire lo *shifting* dall'attività ordinaria a quella libero-professionale se non in casi documentati e previa autorizzazione: questa circostanza non sembra affatto essere foriera di buoni auspici.

Insistente e veemente è sorta di conseguenza la necessità di chiedere alle aziende quali fossero stati i loro sistemi di controllo e verifica delle attività, ed i risultati sono esposti nella figura 13.

Anche per quanto concerne quest'ultimo quesito è stata registrata uniformità di direzione a livello di Paese, però le informazioni che abbiamo tratto dagli esiti rilevati nei questionari non sono lusinghiere: le aziende del Centro (83,33%) e del Nord (78,57%) con percentuali sicuramente più elevate, ma anche quelle del Sud (66,66%) hanno attestato di non aver attivato alcun sistema di controllo e verifica tra quelli segnalati oltre il registro delle prestazioni ex art. 3, comma 8, L. 724/94. Con percentuali varie sono stati selezionati gli altri strumenti suggeriti nel questionario od altri segnalati dalle aziende stesse, tra i quali si ricordano l'istituzione di Commissioni ispettive e paritetiche ex D.M. 31 luglio 1997, o il Consiglio dei sanitari, o varie configurazioni di Commissioni di controllo, ma la sostanza rimane la seguente: tranne il registro richiesto dalla legge, in tutto il Paese vi è carenza di controllo da parte dell'utenza, non avendo coinvolto nella maggioranza assoluta dei casi di tutto il paese né il Tribunale per i diritti del malato e né tantomeno le Associazioni dei pazienti!

La gestione della lista d'attesa può diventare, in mani improprie, lo strumento di dirottamento tra un'attività ordinaria non molto florida, ed una pregevole in libera-professione, dato lo scarso interesse dei medici in passato a far funzionare le strutture pubbli-

che, mezzo questo che ha alimentato il mercato privato in maniera incommensurabile.

Se, ciò premesso, si aggiunge che attualmente non esiste alcun riscontro tra il miglioramento dell'attività ordinaria rispetto a quella in libera-professione, non comportando nella totalità dei casi riduzioni nelle liste d'attesa, il quadro sembra completo: si rischia il dualismo tra attività ordinaria e libero professionale intra-murale!

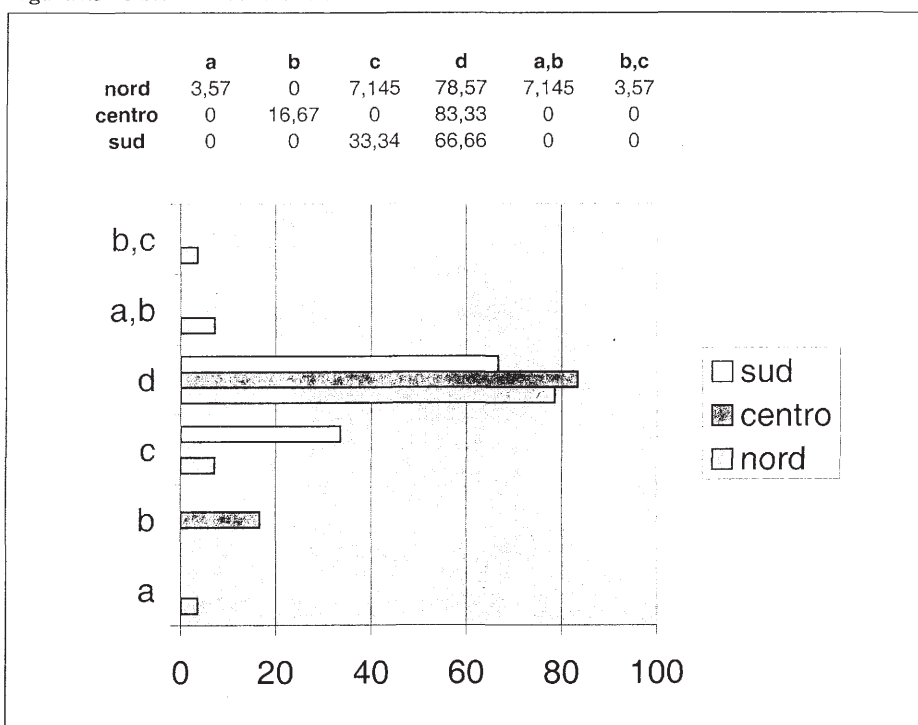
È certo che il D.L.vo 229/99 contemplando il rapporto di lavoro esclusivo e disciplinando in tal modo il reclutamento delle nuove assunzioni del personale di ruolo sanitario medico, nonché la conferma della precedente opzione verso l'*intra-moenia* a quanti l'avevano già palesata, ha fortemente rivoluzionato il panorama attuale ma soprattutto quello a venire, che altrimenti avrebbe visto il vanificarsi dello sforzo legislativo.

Se per garantire «l'imparzialità ed il diritto di scelta», il canale della libera

professione sembra destinato a divenire uno strumento obbligatorio cui ricorrere per ottenere prestazioni più celermente, occorre prevedere ed attivare un acconcio sistema di garanzie affidato all'esterno delle aziende, tra cui, *primus inter pares*, si appalesa quella sugli *standard* ordinari di prestazioni il cui inadempimento potrebbe codeterminare a breve l'agonia del servizio sanitario nazionale.

Se nel percorso legislativo dalla L. 662/96 al D.M. 31 luglio 1997 il legislatore, come il Ciaula di invenzione verghiana, dopo anni di oscurità normativa o di leggi che avrebbero dovuto cambiare cerchi in quadrati e viceversa, forse con queste leggi pensava finalmente di vedere il Sole mirando ancora alla Luna però, mancando nella previsione di strumenti quali quelli fagocitati poi nell'ultimo decreto, ora si può pacificamente sostenere che un grande passo è stato fatto con la disciplina del rapporto di lavoro esclusivo prevista nel D.L.vo 229/99.

Figura 13 - Sistemi di controllo e verifica dell'attività *intra-moenia*



Ma c'è ancora molto da fare sia a livello legislativo che di apprendimento organizzativo, e molto ce ne sarà ancora nel corso dei prossimi anni affinché la libera professione *intra-moenia* raggiunga un'equo bilanciamento di positività tra i primattori del servizio sanitario nazionale, ovvero le regioni, le aziende sanitarie e, soprattutto, i pazienti.

(1) La prima ricerca apparsa in merito all'esercizio della libera professione intramuraria ed all'istituzione delle camere a pagamento è da attribuirsi a Guzzanti ed altri (1997). A tal proposito si esterna al professor Guzzanti il più vivo ringraziamento per le brillanti lezioni da Egli impartite a marzo 1997 nell'ambito del Master in Organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie UCSC, nel quale l'autore era discente, quando allora questo fenomeno era di fatto ai più sconosciuto. Il presente lavoro, frutto di studi e ricerche avviate allora e proseguite successivamente, ha tratto il miglior abbrivio possibile dall'interesse suscitato dal Docente nell'ambito di quel corso, e dai Suoi inestimabili consigli e suggerimenti.

(2) L'attività libero professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, era assimilata, ai soli fini fiscali, al rapporto di lavoro dipendente per il personale di cui ai commi 5 e 6.

L'art. 2 comma 1, lett. a) del D.L. n. 2 settembre 1997, n. 314, ha modificato l'art. 47, comma 1, lett. e) del Tuir, inserendo i compensi per l'attività intramuraria, tra i redditi assimilati a quello di lavoro dipendente, con effetto dall'1 gennaio 1998.

L'art. 47, comma 1, lett. e) del Tuir attualmente recita: «i compensi per l'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, del personale di cui all'art. 102 del decreto Presidente della Repubblica 11 luglio 1980 n. 382 e del personale di cui all'art. 6, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nei limiti e alle condizioni di cui all'art. 1 comma 7 della legge 23 dicembre 1996, n. 662». L'art. 72, comma 16 della legge 448/98 (collegata alla finanziaria 1999) ha abrogato l'art. 1, comma 7, della legge 662/96, facendo nascere diverse perplessità tra coloro che avevano aderito alla libera professione, suscitate dalle dicotomiche interpretazioni che sono sorte, che puntualizziamo qui di seguito: una, decisamente allarmistica, optava verso la diretta e conseguente abrogazione

dell'art. 47, comma 1, lett. e) del Tuir, obbligando in tal modo il personale medico che effettua prestazioni intramurarie ad aprire una propria posizione IVA, trasferendo così anche la soggettività passiva IRAP dalle Aziende sanitarie locali ai medici, il cui obbligo tributario peserebbe quindi sul valore della produzione netta da essi ottenuta nel periodo d'imposta.

La seconda nasceva dal naturale dissenso verso la precedente tesi, in quanto la modifica inserita nella L. 448/98 non poteva comportare alcuna conseguenza di natura fiscale, perché l'art. 1, comma 7, L. 662/96 non dettava né condizioni e né limiti per lo svolgimento dell'attività intramuraria, non vincolando di conseguenza l'assimilazione dei compensi al reddito da lavoro dipendente.

Inoltre, vi è anche da sottolineare che la L. 448/98 abrogando l'art. 1 comma 7, della L. 662/96 non poteva abrogare direttamente anche l'art. 47, comma 1, lett. e) del Tuir. Di fatto, così, la soppressione dell'art. 1 comma 7, L. 662/96, non doveva cagionare modifiche alla precedente disciplina tributaria. Ci si auspica un chiarimento ufficiale da parte dell'organo ministeriale, che con la circolare ministeriale 65E/1999 ha definitivamente spazzato i dubbi sulla querelle interpretativa che era sorta in merito, convalidando l'ipotesi che riteneva i redditi derivanti dall'attività libero professionale intramuraria svolta da medici e personale equiparato del Servizio sanitario nazionale rientranti tra i redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente e non già di lavoro autonomo.

(3) Nell'ambito di tali norme, inquadranti l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, che finalmente delineavano l'architettura tecnica degli ospedali, fino ad allora assoggettati nelle pertinenze amministrative dalla legge Crispi del 1890, fu trattata la problematica della libera professione negli ospedali, ammettendo la possibilità di ricevere malati paganti in proprio (art. 83), non prevedendo però la possibilità per gli enti ospedalieri di inserire nei loro regolamenti disposizioni limitatrici dell'attività libero-professionale del personale sanitario, rivendicando quindi, palesemente, il concetto della «non compatibilità». È da precisare che in una circolare del 1933 della direzione generale della amministrazione civile del Ministero degli interni competente per il controllo tecnico-amministrativo degli enti ospedalieri, già si ravvisava questa possibilità, pur con taluni limiti non ben delineati.

(4) Per azienda sanitaria si intende sia l'Azienda U.S.L., che l'Azienda ospedaliera.

(5) Dati forniti dal Ministero della sanità a gennaio 1999.

(6) Oltretutto la solita tripartizione per aree tra Nord, Centro e Sud e quella per posti letto, si è preferito utilizzare anche un parametro di chiara derivazione aziendalistica. Questa scelta, nonché il gigantismo del campione di almeno tre volte superiore ad uno statisticamente significativo, è stata motivata dalla volontà di evitare il più possibile la presenza di biases interpretativi nelle conclusioni a livello di Paese.

(7) Tra gli autori che hanno affrontato il tema del controllo di gestione si rimanda, tra gli altri, a Lizza (1992) e Bastia-Farina (1995). Sui requisiti che deve avere un adeguato sistema di controllo di gestione nelle aziende sanitarie si rimanda a Bastia (1998).

(8) Sul nuovo modello economico patrimoniale delle aziende sanitarie si rimanda a Rea M.A. (1998).

(9) Si rinvia oltre modo a Pezzani (1990) e Zavattaro (1990).

(10) Ai sensi della nota del Ministero della sanità prot. n. 100/SCPS/6.10718, relativa alle attività ambulatoriali e diagnostico strumentali.

(11) In merito al dimensionamento delle unità organizzative, si rimanda a Recchioni M. (1998).

(12) Sul «razionamento attraverso il disagio» si veda Cullis J.G.-Jones P.R. (1986).

(13) Sui caratteri essenziali dell'Azienda salute, si rimanda, tra gli altri, a Anselmi L. (1990).

(14) Cfr. Linee guida 31 luglio 1997, in G.U. 5 agosto 1997.

(15) Su tale argomento si rimanda inoltre alle notevoli considerazioni di Zamagni (1997). Si rinvia anche alle pregevoli riflessioni di Guzzanti E. (1997).

(16) Sul significato di riserva di operatività si rinvia a Cavalieri E. (1983).

(17) Tra i tanti in merito, si rimanda a Yates J. (1987).

(18) I principi generali ai quali l'erogazione dei pubblici servizi si devono progressivamente uniformare sono sanciti dal D.P.C.M. 27 gennaio 1994: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

(19) Cfr. Kotler, Clarke (1987). Per la tematica generale si rinvia inoltre a Kotler, Andreasen (1998).

(20) Sulla tematica specifica del *marketing* per specifici prodotti sanitari, si rimanda, tra gli altri, a Vallega (1996).

(21) Sull'importanza che il conseguimento di un'immagine positiva deve rivestire per le aziende sanitarie, si rimanda a Donato F. (1996).

(22) In merito a qualità e immagine nell'economia delle aziende sanitarie, si rimanda a Garlatti A. (1992).

(23) La forte valenza strategica delle miglie da apportare al *comfort* alberghiero, è stata avvalorata dalla previsione di indicatori per la valutazione delle differenti dimensioni qualitative dei servizi attivati ed erogati ex D.M. 15 ottobre 1996.

(24) Cfr. Santoro (1993).

(25) Che comunque ai sensi dell'art. 2105 c.c. è richiamato all'obbligo di «fedeltà» nei confronti dell'azienda di cui risulta dipendente.

(26) Sulla valenza strategica che tale strumento ricopre nell'ambito del rapporto Azienda sanitaria → paziente → concorrenza, sia consentito rimandare a Sargiacomo M. (1998).

(27) In tal senso si veda: Drucker (1978).

(28) Sull'apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie si rimanda alle considerazioni lucidamente sostenute da Tanese (1999).

(29) Sul tema della cultura d'impresa si vedano, tra gli altri, Corno (a cura di) (1989), Sappelli (1989), Schein (1990).

(30) In tal senso si rimanda ad Hanau-Iandolo (1994); Cattorini (1998).

(31) Ai sensi della nota del Ministero della sanità 9 luglio 1994, SCPS/100/6.10718, la tariffa deve, tra l'altro, necessariamente coprire i costi di produzione relativi a materiali consumati, apparecchiature utilizzate ed altri fattori di produzione attribuiti all'unità produttiva, nonché i costi di funzionamento della struttura erogatrice, per cui è logico pensare che gli introiti vadano primariamente destinati secondo quest'ottica. D'altro canto, sempre nella suddetta nota si precisa che la tariffa, tra l'altro, vada a coprire le spese relative al *comfort* alberghiero con *standard* superiore a quello ordinario, da cui si evince il miglioramento degli aspetti qualitativi. Ai sensi invece dell'art. 66, D.P.C.M. 12 settembre 1996, è proposta la destinazione di una quota della tariffa, non inferiore al 5%, per le attività di formazione ed aggiornamento del personale.

(32) Su questo concetto si suggerisce la lettura di Williams (1987).

(33) Secondo Berg (1991), il sistema sanitario moderno si è sviluppato come un sistema guidato dall'interno e forgiato dai medici, una «medarchia» insomma.

BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V. (1997), *Quale il futuro della libera professione intra-moenia dei medici ospedalieri*, Atti del Convegno LUISS, Roma, 15 marzo 1997.
- ANSELMINI L. (1990), *L'Azienda pubblica sanitaria. Caratteri essenziali*, in Anselmi L.-Volpato O. (a cura di), *L'Azienda «Salute»*, Giuffrè, Milano.
- BASTIA P., FARINA E. (1995), *Il connubio qualità efficienza nel controllo di gestione*, Giappichelli, Torino.
- BASTIA P. (1998), *I sistemi di controllo di gestione*, in Atti del convegno LUISS, Economia e direzione delle Aziende sanitarie: luci, ombre e prospettive a cinque anni dalla riforma, Roma, 6 marzo 1998.
- BERG O. (1991), *Medikrati, hierarki og marked*, in D. Album e G. Midrè, a cura di, Mellom idealer, og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi, ad Notam, Oslo.
- D'ELIA L., BORGONOV E. (1992), *L'era della «rivoluzione manageriale» è iniziata?*, Mecosan, 1, pagg. 2-4.
- CATTORINI P. (A CURA DI) (1998), *Etica e giustizia in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- CAVALIERI E. (1983), *Le riserve nell'economia dell'impresa*, Cedam, Padova.
- CODA V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*, Utet, Torino.
- CULLIS J.G., JONES P.R. (1986), *Rationing by waiting list: an implication*, American Economic Review, vol. 76, pagg. 250-6.
- DONATO F. (1996), *Sulle correlazioni tra qualità e controllo nelle aziende sanitarie*, in Anselmi A. (a cura di), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- DRUCKER F.P. (1990), *Management the non-profit organizations*, Harper Collins Publisher.
- FARNETI G. (1995), *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica, il sistema, i principi, i valori*, Giappichelli, Torino.
- GARLATTI A. (1992), *Qualità e immagine nell'economia delle aziende sanitarie*, Azienda Pubblica n. 1, pagg. 35-68.
- GUZZANTI E. (1997), *L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia*, Ricerca sui servizi sanitari: vol. 1, n. 1.
- GUZZANTI E. ET AL. (1997), *L'esercizio della libera professione intramuraria e l'istituzione di camere a pagamento. Normativa, considerazioni e proposte*, Ricerca sui servizi sanitari: vol. 1, n. 3.
- HANAU C., IANDOLO C. (1994), *Etica ed economia nell'azienda sanità*, Franco Angeli, Milano.
- LEGA F. (1997), *Prospettive e limiti per un approccio dialettico alla pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubblica*, Mecosan, n. 24, pagg. 11-27.
- LIZZA F. (1992), *Break-even analysis e controllo di gestione*, Clua, Ancona.
- LONGO F. (1998), *Area a pagamento o libera professione?*, in Longo F. (a cura di), *L'area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- MARCON G. (1983), *Bilancio, programmazione e razionalità delle decisioni pubbliche*, Franco Angeli, Milano.
- MELE R., ADINOLFI P. (1997), *Le aziende nella sanità: le trasformazioni progettate e quelle da realizzare*, in Scritti di economia aziendale in memoria di Raffaele D'Oriano, Cedam, Padova.
- MONAGLE J.F., THOMASMA D.C. (1998), *Health Care Ethics, Critical Issues for the 21st Century*, Aspen Publishers.
- NOZICK R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Blackwell, Oxford.
- PASSARELLO P., LUCHELLI M., DOTTI C., COLOMBO R. (1998), *Progetto per l'organizzazione e l'avvio della attività libero professionale intra-moenia. L'esperienza dell'A.O. Sant'Anna di Como*, Mecosan, 28, pagg. 109-116.
- PEZZANI F. (1990), *La progettazione di un sistema di centri di costo. La realtà particolare delle U.S.L.*, in Borgonovi E. (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- REA M.A. (1998), *Le Aziende sanitarie pubbliche, profilo economico-aziendale, modello contabile e problematiche di bilancio*, Giappichelli, Torino.
- RECCHIONI M. (1998), *Aspetti metodologici ed applicativi del dimensionamento delle unità organizzative*, Giappichelli, Torino.
- SANTORO (1993), *Il marketing interno e la gestione del personale*, in Costa G. (a cura di), *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino.
- SARGIACOMO M. (1998), *L'approccio metodologico di un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale in un'Azienda U.S.L.*, Mecosan, 26, pagg. 25-43.
- TANESE A. (1999), *Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie*, Mecosan, 29, pagg. 49-61.
- VANINI G.C. (1998), *Igiene e sanità pubblica nel 2000*, Doctors, Napoli.
- WILLIAMS A. (1987), *Ideologie e sistemi sanitari: la scelta tra egualitarismo e liberalismo tra pubblico e privato*, in A.V.V. (a cura di Hanau C.-Muraro G.), *Governare la spesa sanitaria: un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.
- YATES J. (1987), *Why are we waiting?*, Oxford, Oxford University Press.
- ZAMAGNI S. (1994), *Economia e etica*, An. Veritas Editrice, Roma.
- ZAVATTARO F. (1990), *La determinazione dei valori nel sistema di contabilità analitica*, in Borgonovi E. (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.

APPENDICE

Azienda U.S.L. di.....

Informazioni specifiche

Si ponga un cerchio attorno alla/e risposta/e prescelta/e.

- 1) La libera professione *intra-moenia* nella Sua Azienda U.S.L.:
 - a) si svolge internamente
 - b) è stata data in appalto o in concessione di servizio
 - c) ha richiesto la costituzione di una società a partecipazione mista
 - d) ha richiesto la costituzione di un consorzio
 - e) ha richiesto la stipula di convenzioni od accordi di programma
- 2) Per attivare la libera professione *intra-moenia* nella Sua Azienda U.S.L.:
 - a) avete utilizzato i fondi ex art. 20, L. 67/88
 - b) avete razionalizzato al meglio degli spazi e delle attrezzature già esistenti
 - c) avete utilizzato altri fondi disponibili
- 3) L'utente che usufruisce dell'attività libero professionale svolta internamente:
 - a) versa l'importo dovuto alle casse dell'Azienda U.S.L.
 - b) versa l'importo dovuto agli sportelli dell'istituto tesoriere
 - c) utilizza alternativamente la procedura a) o la b)
- 4) I posti letto dedicati allo svolgimento dell'attività libero-professionale nella sua Azienda U.S.L. sono:
 - a) localizzati in un'area autonoma
 - b) aggregati alle unità di degenza ordinaria
- 5) La percentuale di spazi ed attrezzature utilizzati per la libera professione nella Sua Azienda U.S.L. rispetto alle attività istituzionali, è compresa:
 - a) tra il 10% ed il 12% incluso
 - b) dal 12% al 14% incluso
 - c) dal 14% al 16% incluso
 - d) dal 16% al 18% incluso
 - e) dal 18% al 20% incluso
- 6) La percentuale di posti letto utilizzati per la libera professione nella Sua Azienda U.S.L. rispetto alle attività istituzionali, è compresa:
 - a) tra il 5% ed il 6% incluso
 - b) dal 6% al 7% incluso
 - c) dal 7% al 8% incluso
 - d) dal 8% al 9% incluso
 - e) dal 9% al 10% incluso
- 7) Nell'ambito delle attività specialistiche mutate dalla Sua Azienda U.S.L. anche in libera professione, la relativa lista d'attesa annuale è diminuita?
 - a) Sì, di una percentuale media pari a (specificare)
 - b) No
- 8) Nell'ambito delle attività ambulatoriali mutate dalla Sua Azienda U.S.L. anche in libera professione, la relativa lista d'attesa è diminuita?
 - a) Sì, di una percentuale media pari a (specificare)
 - b) No
- 9) Nell'ambito delle attività di diagnostica strumentale mutate dalla Sua Azienda U.S.L. anche in libera professione, la relativa lista d'attesa è diminuita?
 - a) Sì, di una percentuale media pari a (specificare)
 - b) No
- 10) Quali politiche di *marketing* avete avviato per la pubblicizzazione dei Vostri servizi mutati in libera professione:
 - a) Carta dei Servizi
 - b) U.R.P.
 - c) nessuna
 - d) altre (specificare)
- 11) Nell'ambito dell'attività libero professionale *intra-muraria* avete avviato tecniche di coinvolgimento del personale, oltre agli specifici compensi previsti dall'art. 3, comma 6, L. 23 dicembre 1994, n. 724:
 - a) *benchmarking* sulla motivazione & soddisfazione del personale
 - b) creazione di gruppi congiunti di lavoro partecipativo
 - c) nessuna
 - d) altre (specificare)
- 12) Nell'ambito dell'attività libero professionale *intra-muraria* mutuata dalla Sua Azienda U.S.L., oltre ad aver predisposto il registro per le prestazioni specialistiche, ambulatoriali e di diagnostica strumentale previsto dall'articolo 3, comma 8, L. 724/1994, nel sistema di controllo e di verifica dell'attività avete:
 - a) coinvolto le Associazioni dei pazienti
 - b) coinvolto il Tribunale per i diritti del malato
 - c) altro (specificare)
 - d) nessuna delle precedenti

Desidero informarLa che la legge 675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza dell'Azienda U.S.L. che Lei dirige ed i Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo della legge predetta, Le fornisco le seguenti informazioni.

Il trattamento che intendo effettuare:

a) ha la finalità di esporre dati sintetici sulle modalità di attivazione della libera professione intra-moenia nelle Aziende U.S.L. in Italia;

b) sarà effettuata per via informatica;

c) i dati sintetici, e quindi non analitici per singola Azienda, verranno pubblicati.

COSTI, ATTIVITÀ E FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI DI INSEGNAMENTO IN EMILIA-ROMAGNA

P. Pesci, M. Zanetti, M.P. Fantini, E. Roversi, M. Merlin, M. Santi

Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La Metodologia - 3. Criteri di finanziamento degli ospedali d'insegnamento.

Problems associated with health care production in teaching hospitals are widely reported in international literature. A large body of authors have studied the specific missions of teaching hospitals and their implications for the conjoint production of health care, teaching and research. The authors performed an empirical analysis of teaching hospitals within Emilia-Romagna to test hypotheses, detailed in the scientific literature, of the costs and case mix complexity inside health care institutions. The primary objective of the study was to verify the impact of applying alternate financing methods to the distribution of teaching hospitals funds.

1. Introduzione

Gli ospedali di insegnamento, rappresentano un tipo di struttura ospedaliera caratterizzata da una missione particolare che si articola nelle attività di formazione del personale sanitario, di ricerca di base e finalizzata, oltre che nell'adempimento della funzione assistenziale tipica di tutte le strutture ospedaliere (Bevan e Rutten, 1987).

Nell'ambito della letteratura internazionale in materia, vengono generalmente riconosciute a tali punte di eccellenza del Sistema sanitario, degli oneri aggiuntivi nella produzione di prestazioni sanitarie. Si tratta di oneri attribuibili ad una serie di motivazioni quali la maggiore complessità e severità dei casi trattati, la qualità della cura, l'adozione di tecnologie innovative e l'utilizzo più intensivo delle strumentazioni diagnostiche.

Sappiamo di trovarci di fronte ad un problema di produzione congiunta di beni. Questo significa che una serie di fattori produttivi, fondendo le loro identità, contribuiscono al completamento di due o più prodotti finali (7). Nel caso «tipo» di produzione con-

giunta, le proporzioni di beni finali prodotti sono fisse, ma nel modello generale tali proporzioni possono non essere costanti: variazioni nella quantità di fattori produttivi, sono in grado di alterare le proporzioni dei beni prodotti. È proprio in quest'ultimo caso che rientrano i prodotti dell'ospedale d'insegnamento. Per esempio, si tratta di una scelta di ordine prevalentemente politico quella di definire il numero di studenti specializzandi che verranno formati, data la quantità disponibile di letti, di pazienti e di professori. Oppure, nel caso della ricerca, è facile che il suo volume dipenda dai fondi disponibili e dalle capacità dei ricercatori, piuttosto che dalla quantità di cure mediche e di insegnamento prodotti.

Se l'obiettivo fosse la massimizzazione dei profitti, data la possibilità di alterare la combinazione di fattori produttivi e di beni prodotti, si dovrebbe cercare la quantità ottima di risorse da impiegare, per rendere massima la funzione di profitto. Nel caso dei servizi sanitari, però, il problema è molto più complesso, in quanto ci troviamo

di fronte a grandi difficoltà nel valutare sia i beni congiunti (assistenza, insegnamento e ricerca), sia i costi ad essi relativi. Di conseguenza gli studiosi di quest'area dell'economia sanitaria sono concordi nell'evidenziare le notevoli difficoltà pratiche che si devono affrontare nell'attribuire costi alle tre diverse funzioni sopra menzionate.

I problemi che gli ospedali d'insegnamento devono affrontare, derivano principalmente dall'introduzione di logiche di contenimento dei costi e di razionalizzazione, che non pongono la necessaria attenzione al valore sociale rappresentato dall'educazione dei medici, dalla ricerca e dai maggiori oneri ad essi relativi.

Le soluzioni formulate a sostegno dell'attività svolta dagli ospedali di insegnamento variano considerevolmente a seconda degli orientamenti di politica sanitaria adottati dai vari governi. Negli Stati Uniti, per esempio, per quanto riguarda il pagamento prospettico da parte del Governo Federale dei programmi *Medicare* e *Medicaid*, è prevista per tali strutture di offerta,

una remunerazione aggiuntiva per ogni caso trattato, In Inghilterra è demandata al governo centrale la funzione di determinare annualmente un finanziamento aggiuntivo (SIFTR) da corrispondere a ciascun Ospedale di Insegnamento sulla base del numero previsto di studenti e specializzandi per l'anno successivo. Una soluzione differente, e di sicuro interesse, è quella adottata in Finlandia, in cui si dà rilievo, per quanto riguarda il finanziamento della didattica, al numero degli studenti da formare, mentre l'attività di ricerca è finanziata in relazione alle pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

Nella realtà italiana, gli ospedali di insegnamento, al pari delle altre strutture di offerta, vengono finanziati in base alle prestazioni prodotte ed erogate, attraverso il sistema di remunerazione a DRG. Il governo regionale, comunque, riconosce a tali istituti di cura un finanziamento ulteriore, in ragione dei maggiori costi di produzione che gli ospedali di insegnamento possono sostenere per effetto dell'attività congiunta di assistenza, didattica e ricerca. In questo senso, si è espresso anche il decreto interministeriale del 31 luglio 1997 in cui si prevede che il governo regionale riconosca un finanziamento aggiuntivo (dal 3 all'8% della valorizzazione dell'attività assistenziale) al fine di compensare i maggiori costi indotti sulle attività sanitarie, dalle funzioni didattiche e di ricerca.

Il finanziamento degli eventuali costi aggiuntivi sostenuti dagli ospedali di insegnamento per effetto della loro attività di produzione congiunta di servizi (assistenza, didattica e ricerca) si basa sul principio di remunerare adeguatamente gli eventuali maggiori costi sostenuti da tali strutture ospedaliere nell'esercizio delle loro funzioni. In questo modo, tali strutture di offerta

verranno poste in condizione di continuare ad operare (Zanetti *et al.*, 1997).

Date queste premesse, l'obiettivo di questo studio è quello di proporre alcune possibili metodologie alternative per il finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna, in conformità con i recenti orientamenti legislativi in materia. Si vuole procedere ad un'analisi comparativa di alcune variabili di costo e di attività di due gruppi di strutture ospedaliere in Emilia-Romagna: un primo gruppo costituito dai quattro policlinici universitari della regione, il secondo da un campione di ospedali che svolgono funzioni meramente assistenziali. Verranno quindi testate alcune delle ipotesi formulate in letteratura relativamente alle diverse caratteristiche degli ospedali di insegnamento in relazione al tipo di casistica trattata, alla sua complessità, alla degenza media e ai costi di produzione per punto prodotto e/o giornata di degenza nelle realtà ospedaliere selezionate. In fine, verranno proposte alcune possibili soluzioni per il finanziamento degli ospedali d'insegnamento in Emilia-Romagna.

È importante sottolineare che le intenzioni del lavoro non sono quelle di elaborare metodologie per il finanziamento delle attività di didattica e ricerca per sé. L'intento, invece, è quello di evidenziare se, e quanto, le attività di didattica e ricerca incidano sui costi di produzione di prestazioni sanitarie.

2. La metodologia

Sono stati selezionati due gruppi campione di ospedali rappresentativi della realtà regionale emiliano-romagnola. Da un lato i quattro policlinici universitari (gruppo di ospedali B, vedi tabelle 1-10). Dall'altro, in base al sistema di classificazione delle strutture pubbliche e private ai fini della tariffazione, si è scelto un campione di

ospedali provinciali, che per dimensioni, caratteristiche strutturali e tecnologiche consentono un confronto in termini di costi e di attività assistenziale, con il gruppo di ospedali di insegnamento (gruppo di ospedali A).

L'analisi che segue, si riferisce agli anni 1996 e 1997, e si articola nel modo seguente:

— analisi dei costi di degenza degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna e relativo confronto con i costi sostenuti dalle strutture ospedaliere non di insegnamento;

— valutazione dell'attività dei due tipi di ospedali posti a confronto, in relazione alla degenza media, all'indice di *case-mix* e al peso medio del ricovero;

— studio di alcuni criteri innovativi per il finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna;

La produzione di servizi di ciascuna struttura ospedaliere, ed i costi ad essa relativi, è composta dall'attività di degenza (in regime ordinario e di *day hospital*) e da quella ambulatoriale. Al fine di svolgere delle analisi comparative, occorre disporre di dati di attività e di costo, che permettano di esprimere un costo medio unitario annuo per ciascuna struttura ospedaliere appartenente al campione di studio. Per gli anni 1996-1997, sono disponibili dati accurati sull'attività di degenza, desumibili dalla scheda di dimissione ospedaliere che viene compilata al termine del ricovero. Per quanto riguarda i servizi erogati in regime ambulatoriale, invece, non è possibile al momento, disporre di dati di attività e di costo, che siano rilevati dalle strutture ospedaliere in modo completo e sistematico. Per questo motivo, nell'analisi che segue, verranno presi in considerazione solo i ricoveri in regime di degenza, tralasciando l'area dei servizi ambulatoriali. Nonostante i limiti derivanti da questa scelta, è da sottolineare comunque, che, secondo la letteratura internazio-

nale, l'attività ambulatoriale costituisce generalmente una percentuale compresa tra il 15 e il 20% dell'attività totale di una generica struttura ospedaliera. La porzione di attività compresa nel regime di degenza, dunque, è tale da potersi considerare sufficientemente rappresentativa della produzione totale di servizi ospedalieri.

Un problema che il gruppo di studio ha dovuto affrontare, ha riguardato il livello di aggregazione dei costi desumibile dal sistema di contabilità analitica degli ospedali oggetto dell'analisi, che prevede il consolidamento dei costi della attività di degenza ordina-

ria e di quella in *day hospital*. La considerazione in merito a questa circostanza, ha riguardato l'opportunità di ottenere un indicatore unico di efficienza che riassume i costi per punto prodotto per la degenza ordinaria e quella in *day hospital*. Il timore era di unire punti non omogenei, relativi ad attività di natura diversa. Questo per il fatto che i punti, prodotti nell'ambito della degenza ordinaria, non sono necessariamente confrontabili con quelli prodotti nell'ambito della degenza in *day hospital*. La scelta è stata quella di scorporare i costi dell'attività di degenza ordinaria da quelli relativi al

day hospital sulla base della prevalenza media, per anno, dell'attività di *day hospital* evidenziata dalle strutture ospedaliere del campione in esame. Dalla tabella 1, si osserva che nel 1996, in media, l'attività di *day hospital* ha rappresentato il 21% dell'attività complessiva svolta in regime di degenza, mentre per il 1997 la percentuale è salita al 23%. Si è proceduto, quindi, ad una stima dei costi della degenza ordinaria sottraendo dai costi totali degli ospedali una percentuale di costo, così come calcolata in precedenza, assunta come *proxy* dei costi dell'attività di *day hospital* (tabella 2).

Tabella 1 - Percentuali relative dell'attività di degenza ordinaria e *day hospital* per gli anni 1996 e 1997

Strutture ospedaliere	Anno 1996					Anno 1997				
	Degenza ordinaria	Day hospital	Totale	% degenza ordinaria	% day hospital	Degenza ordinaria	Day hospital	Totale	% degenza ordinaria	% day hospital
A1.....	26.580	5.335	31.915	0,83	0,17	27.043	6.171	33.214	0,81	0,19
A2.....	20.228	4.156	24.384	0,83	0,17	21.029	5.167	26.196	0,80	0,20
A3.....	22.207	6.317	28.524	0,78	0,22	23.551	7.025	30.576	0,77	0,23
A4.....	29.514	7.580	37.094	0,80	0,20	29.000	10.266	39.266	0,74	0,26
B1.....	51.365	15.233	66.598	0,77	0,23	49.257	13.158	62.415	0,79	0,21
B2.....	31.658	14.013	45.671	0,69	0,31	31.473	10.900	42.373	0,74	0,26
B3.....	75.192	11.431	86.623	0,87	0,13	75.420	13.732	89.152	0,85	0,15
B4.....	31.893	12.560	44.453	0,72	0,28	28.533	13.653	42.186	0,68	0,32
Valori medi del campione.....	36.080	9.578	45.658	0,79	0,21	35.663	10.009	45.672	0,77	0,23

Tabella 2 - Costi di degenza con e senza *day hospital* per gli anni 1996 e 1997

Strutture ospedaliere	Anno 1996		Anno 1997					
	Degenza ordinaria e day hospital	Degenza ordinaria	Degenza ordinaria e day hospital	Degenza ordinaria	Costi diretti degenza ordinaria	Costi diretti degenza ordinaria e DH	Consumo di beni sanitari degenza ordinaria e DH	Consumo di beni sanitari degenza ordinaria
A1.....	172.407.999	136.202.319	161.538.398	124.384.566	99.304.211	76.464.242	8.426.306	6.488.256
A2.....	104.686.972	82.702.708	101.890.362	78.455.579	52.143.877	40.150.785	7.502.739	5.777.109
A3.....	123.861.174	97.850.327	125.293.084	96.475.675	72.059.437	55.485.766	11.109.936	8.554.651
A4.....	153.583.647	121.331.081	155.040.053	119.380.841	88.104.953	67.840.814	10.072.885	7.756.122
B1.....	293.091.841	231.542.554	296.668.020	228.434.375	204.294.996	157.307.147	21.510.174	16.562.835
B2.....	176.221.490	139.214.977	179.884.749	138.511.257	110.225.219	84.873.419	18.225.703	14.033.791
B3.....	389.308.879	307.554.014	410.599.233	316.161.409	253.704.703	195.352.621	26.061.307	20.067.206
B4.....	193.489.665	152.856.835	197.116.634	151.779.808	134.514.336	103.576.039	17.224.920	13.263.189
Valori medi del campione.....	200.831.458	158.656.852	203.503.817	156.697.939	126.793.967	97.631.354	15.016.746	11.562.895

Per l'anno 1996 erano disponibili i dati relativi al costo pieno della degenza ordinaria, mentre per il 1997, è stato possibile rilevare anche dati sui costi diretti e sui consumi di beni sanitari. Da questo punto in avanti, si è optato di proseguire con un'analisi della sola attività di degenza ordinaria, scelta motivata anche dalle maggiore difficoltà che si sarebbero incontrate nel valutare l'attività di *day hospital*.

Un altro problema è derivato dal sistema di rilevazione dei costi per due delle strutture ospedaliere non di insegnamento, dove, nel 1997, a differenza del 1996, tali dati erano disponibili non per il singolo ospedale, bensì in consolidato. Si è quindi dovuto procedere ad una ripartizione dei costi di competenza di ciascuna delle due strutture ospedaliere, in base alla percentuale di costi sostenuti dalle due strutture nell'anno 1996. Anno in cui tali costi erano stati rilevati separatamente.

Nella tabella 3, per le strutture ospedaliere che appartengono al campione selezionato e per gli anni 1996-1997, sono indicati i costi totali di degenza ordinaria, insieme ai due principali indicatori di attività: le giornate di degenza ed i punti DRG prodotti (2).

La scelta di utilizzare il costo per punto prodotto e per giornata di degenza per valutare le differenze tra i costi delle strutture assistenziali e quelli relativi agli ospedali di insegnamento, è stata derivata dalla letteratura economica (Baresford e Griffiths, 1970). In particolare, il primo dei due indicatori è generalmente suggerito nell'analisi dei costi di ospedali caratterizzati da degenze brevi, mentre il secondo viene proposto al fine di prendere in dovuta considerazione i maggiori costi legati ad un prolungamento della degenza.

Si può osservare, dalla tabella 4, che in media, il gruppo degli ospedali di insegnamento (THs) evidenzia dei costi per giornata di degenza e per punto prodotto, superiori rispetto a quelli del gruppo di ospedali che svolge solo funzioni assistenziali (NTHs) (Andrew, 1976; Glaser, 1979). In media, il costo di una giornata di degenza, nel 1997, è stato di 294 mila lire superiore per gli ospedali di insegnamento; mentre il costo per punto prodotto dei THs ha ecceduto, in media, di 453 mila lire quello evidenziato nel gruppo campione. Appare, quindi, confermata l'ipotesi iniziale, derivata dalla letteratura e relativa ai maggiori costi di produzione di servizi sanitari sostenuti dagli ospedali di insegna-

mento. È da evidenziare però, che le stesse differenze, calcolate per l'anno 1996, pur rimanendo positive, non sono così consistenti come quelle per l'anno successivo (3).

È stato poi calcolato un ulteriore indicatore, il costo relativo per giornata di degenza e per punto prodotto (tabella 3). Nel caso delle giornate di degenza, l'indicatore esprime il rapporto tra il costo per giornata di degenza di ciascuna struttura ospedaliera ed il costo medio per giornata di degenza del campione in esame. Anche in questo caso, si è verificato, in media, un eccesso del costo relativo del gruppo di ospedali di insegnamento rispetto all'altro gruppo di strutture ospedaliere. Il costo relativo per giornata di degenza, nel 1997, è risultato essere in media del 18% superiore rispetto a quello dei NTHs. Lo stesso indicatore, calcolato in relazione ai punti prodotti, non ha però evidenziato uno scostamento altrettanto importante nei costi sostenuti.

Per l'anno 1997 erano disponibili anche i dati relativi ai costi diretti e ai consumi di beni sanitari, sempre per l'attività di degenza (4). Queste due configurazioni di costo sono particolarmente interessanti, in quanto, oltre ad offrire la possibilità di una conferma del risultato ottenuto con l'analisi

Tabella 3

Strutture ospedaliere	Anno 1996							Anno 1997						
	Costi totali di degenza *	Giornate di degenza	Punti prodotti	Costi per giornata di degenza *	Costo relativo/giornata di degenza	Costi per punto prodotto *	Costo relativo/punto	Costi totali di degenza *	Giornate di degenza	Punti prodotti	Costi per giornata di degenza *	Costo relativo/giornata di degenza	Costi per punto prodotto *	Costo relativo/punto
A1.....	136.202.319	292.907	26.580	465	0,87	5.124	1,15	124.384.566	266.249	27.043	467	0,81	4.600	1,05
A2.....	82.702.708	167.898	20.228	493	0,92	4.089	0,92	78.455.579	158.255	21.029	496	0,86	3.731	0,85
A3.....	97.850.327	173.320	22.207	565	1,05	4.406	0,99	96.475.675	168.304	23.551	573	1,00	4.096	0,93
A4.....	121.331.081	241.052	29.514	503	0,94	4.111	0,93	119.380.841	220.229	29.000	542	0,94	4.117	0,94
B1.....	231.542.554	415.902	51.365	557	1,04	4.508	1,02	228.434.375	398.970	49.257	573	1,00	4.638	1,06
B2.....	139.214.977	229.960	31.658	605	1,13	4.397	0,99	138.511.257	223.291	31.473	620	1,08	4.401	1,00
B3.....	397.554.014	562.437	75.192	547	1,02	4.090	0,92	316.161.409	516.183	75.420	612	1,07	4.192	0,95
B4.....	152.856.835	275.368	31.893	555	1,04	4.793	1,08	151.779.808	214.181	28.533	709	1,23	5.319	1,21
Valori medi del campione.....	158.656.852	294.856	36.080	536	1,00	4.440	1,00	156.697.939	270.708	35.663	574	1,00	4.394	1,00

* In migliaia di lire.

Tabella 4

	Anno 1996			Anno 1997		
	NTHs	THs	Eccesso di costo	NTHs	THs	Eccesso di costo
Costo medio/gd *	506	566	60	520	814	294
Costo relativo/gd	0,94	1,06	0,11	0,91	1,08	0,18
Costo medio/punto * ..	4.433	4.447	15	4.136	4.589	453
Costo relativo/punto...	1,00	1,00	0,00	0,94	1,04	0,10

* In migliaia di lire

del costo pieno, permettono anche di testare un'ulteriore ipotesi. Quella del consumo relativamente più accentuato di prestazioni diagnostiche e di farmaci da parte delle strutture ospedaliere in cui si svolge la formazione degli studenti della facoltà di medicina. I maggiori costi sostenuti dagli ospedali di insegnamento sono confermati anche dall'analisi dei costi diretti ed in particolare, dalle tabelle 5 e 6 è possibile osservare che, in media, il consumo di beni sanitari per punto prodotto (medicinali, emoderivati, diagnostici e reagenti per il laboratorio, materiale radiografico ecc.) è di 112 mila lire superiore nei THs. In media, gli ospedali di insegnamento hanno un consumo di beni sanitari per punto prodotto superiore del 28% rispetto agli altri istituti di ricovero e cura della regione.

Per quanto riguarda il secondo punto, relativo all'analisi dell'attività del campione di ospedali oggetto di questo studio, è possibile svolgere alcune considerazioni. L'attività di degenza ordinaria di una struttura ospedaliera, può essere descritta attraverso alcuni indicatori, quali il peso medio del ricovero, la degenza media e l'indice di *case-mix*.

Il peso medio del ricovero, è dato dal rapporto tra il totale dei punti prodotti dalla struttura in esame, nell'arco di tempo considerato, e il numero di ricoveri effettuati nello stesso periodo di tempo. Offre un'indicazione in termini assoluti del consumo di risorse e della complessità media di un ricovero in una data struttura ospedaliera. Dalla tabella 7 si osserva che due degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna, hanno evidenziato

un peso medio superiore all'unità, sia per il 1996 che per il 1997, ma in via generale, non si riscontra una differenza sostanziale nella pesantezza della casistica dei due tipi di strutture ospedaliere in esame. In media, infatti, il gruppo degli ospedali di insegnamento ha evidenziato, nel 1996, un peso medio del ricovero di un punto percentuale superiore rispetto a quello del gruppo di confronto e di due punti nel 1997.

Il secondo indicatore, la degenza media, si ottiene dal rapporto tra il numero di giornate di degenza totali consumate nell'arco di tempo in esame ed il numero di ricoveri ad esse relativi.

I risultati ottenuti dalle elaborazioni svolte, rivelano che, in media, per i due anni in considerazione, nei THs si è verificata una degenza media inferiore rispetto a quella evidenziata nel gruppo di confronto (tabella 7). Potrebbe essere che in alcuni casi, tali strutture siano in grado di produrre assistenza ospedaliera in modo relativamente più efficiente rispetto alle strutture che svolgono solo attività assistenziale. Questa ipotesi, peraltro, è stata avanzata anche dalla letteratura economica e così motivata: gli ospedali di insegnamento sono general-

Tabella 5

Strutture ospedaliere	Anno 1997							
	Costi diretti	Costi diretti per punto	Costo diretto relativo/punto	Costi diretti per giornata di degenza	Costi diretti relativi per giornata	Consumi di beni sanitari	Consumi di beni sanitari/punto	Consumo relativo di beni sanitari
A1	76.464.242	2.828	1,03	287	0,82	8.426.306	312	0,77
A2	40.150.785	1.099	0,70	254	0,72	7.502.739	357	0,88
A3	55.485.766	2.356	0,86	330	0,94	8.809.936	374	0,93
A4	67.840.814	2.339	0,85	308	0,88	10.072.885	347	0,86
B1	157.307.147	3.194	1,17	394	1,12	21.510.175	437	1,08
B2	84.873.419	2.697	0,99	380	1,08	18.225.703	579	1,43
B3	195.352.621	2.590	0,95	378	1,07	26.061.307	346	0,86
B4	103.576.039	3.630	1,33	484	1,38	13.575.423	476	1,18
Valori medi del campione...	97.631.354	2.738	1,06	352	1,00	14.273.059	404	1,00

Tabella 6

	Anno 1997		
	NTHs	THs	Eccesso di costo
Costo diretto medio/punto *	2.156	3.028	872
Costo diretto relativo/punto.....	0,85	1,11	0,25
Costo diretto medio/gd *	295	409	114
Costo diretto relativo/gd.....	0,84	1,10	0,27
Consumo medio beni sanitari/punto *	348	460	112
Consumo relativo beni sanitari/punto	0,86	1,14	0,28

* In migliaia di lire.

mente in grado di ridurre le giornate di degenza di reparti di medicina generale, in cui il livello di specializzazione e di severità dei casi trattati è relativamente basso. Si comportano, in questo caso, in modo relativamente più efficiente rispetto altre strutture ospedaliere che non svolgono attività didattiche e di ricerca. La situazione cambia però, quando si esaminano le giornate di degenza di reparti ad alta specialità, in cui il paziente di frequente presenta complicazioni, diagnosi multiple o particolarmente impegnative. In questo caso, sarebbe consigliabile proseguire con studi futuri, ad un'analisi della degenza me-

dia presso alcuni reparti particolarmente rappresentativi, in varie strutture ospedaliere.

L'ipotesi di una maggiore complessità dei casi trattati (5), viene confermata nel presente lavoro, dall'indice di *case mix*, dato dal rapporto tra il peso medio del ricovero nella struttura in esame ed il peso medio del ricovero a livello regionale, e si ottiene dal seguente calcolo:

$$ICM = \frac{\sum_{g=1}^{492} N_{gh} * a_g / \sum_{g=1}^{492} N_{gh}}{\sum_{g=1}^{492} N_{gr} * a_g / \sum_{g=1}^{492} N_{gr}}$$

dove:

a_g = peso relativo specifico per ciascun DRG;

N_{gh} = numero dei dimessi appartenenti al DRG in ciascun istituto di cura;

N_{gr} = numero dei dimessi per ciascun DRG nella regione.

Si tratta di un indice relativo, che esprime la complessità del *case mix* di un istituto di ricovero, in rapporto alla complessità media regionale. L'indice assume valori superiori o inferiori all'unità. Nel primo caso, si avrà una casistica trattata relativamente più complessa di quella regionale. Nel nostro caso, per esempio, dai dati disponibili è possibile osservare che in media, i THs hanno un *case mix* relativamente più complesso rispetto a quello delle altre strutture di cura. Entrambe i gruppi di ospedali hanno, nei due anni esaminati, un ICM superiore all'unità, ma i THs evidenziano una casistica del 2-3% più complessa rispetto a quella media regionale (vedi tabella 8).

Dall'analisi svolta si evince che, almeno in parte, i maggiori costi sostenuti dagli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna siano attribuibili alla complessità del *case mix* trattato.

Tabella 7

Strutture ospedaliere	Anno 1996						Anno 1997					
	Giorni	Punti	Ricoveri	Peso medio (ricoveri)	Degenza media	Indice di case-mix	Giorni	Punti	Ricoveri	Peso medio (ricoveri)	Degenza media	Indice di case-mix
A1.....	292.907	26.580	29.139	0,91	10,05	1,01	266.249	27.043	28.465	0,95	9,35	1,03
A2.....	167.898	20.228	21.524	0,94	7,80	1,04	158.255	21.029	22.221	0,95	7,12	1,02
A3.....	173.320	22.207	22.847	0,97	7,59	1,08	168.304	23.551	23.849	0,99	7,06	1,07
A4.....	241.052	29.514	32.325	0,91	7,46	1,01	220.229	29.000	30.942	0,94	7,12	1,01
B1.....	415.902	51.365	50.799	1,01	8,19	1,12	398.970	49.257	48.400	1,02	8,24	1,10
B2.....	229.960	31.658	36.305	0,87	6,33	0,97	223.291	31.473	34.941	0,90	6,39	0,97
B3.....	562.437	75.192	74.037	1,02	7,60	1,13	516.183	75.420	71.266	1,06	7,24	1,15
B4.....	275.368	31.893	35.381	0,90	7,78	1,00	214.181	28.533	30.927	0,92	6,93	1,00
Totale.....	2.358.844	288.637	302.357	0,94	7,85	1,05	2.165.662	285.306	291.011	0,97	7,43	1,04
Tot. Regione	5.802.720	671.626	744.324	0,90	7,80		5.250.592	672.679	727.848	0,92	7,21	

Tabella 8

Strutture ospedaliere	Anno 1996						Anno 1997					
	Giorni	Punti	Ricoveri	Peso medio (ricoveri)	Degenza media	Indice di case-mix	Giorni	Punti	Ricoveri	Peso medio (ricoveri)	Degenza media	Indice di case-mix
NTHs.....	218.794	24.632	26.459	0,93	8,23	1,04	203.259	25.156	26.369	0,96	7,66	1,03
THs.....	370.917	47.527	49.131	0,95	7,48	1,06	338.156	46.171	46.384	0,97	7,20	1,06

È vero, inoltre, che il sistema DRG, data la sua natura, non è in grado di cogliere in modo completo tutte le differenze nella casistica trattata dai due gruppi di ospedali. Questo, in quanto pazienti che soffrono di uno stesso tipo di patologia, ma con due gradi di severità diversi, può verificarsi che vengano attribuiti allo stesso DRG. Di conseguenza, è probabile che il peso medio del ricovero e l'indice di *case mix*, colgano solo una parte delle effettive differenze nella casistica trattata tra i due gruppi di ospedali.

Infine va rilevato che alla presenza di studenti specializzandi presso i THs viene comunemente associato in letteratura, un certo livello di inefficienza tecnica, questo per il possibile consumo eccessivo di attrezzature diagnostico-terapeutiche e di farmaci.

3. Criteri di finanziamento degli ospedali d'insegnamento

Vediamo ora, quali sono i possibili criteri di finanziamento per gli ospedali che svolgono, accanto all'attività assistenziale, anche funzioni di didattica e ricerca. Come è già stato sottolineato in precedenza in questo lavoro, il governo regionale in Emilia-Romagna (E-R) prevede che annualmente venga distribuito un fondo, che attualmente ammonta a quaranta miliardi di lire, agli ospedali di insegnamento che insistono nella regione. Si tratta di un fondo, comunque, che non ha l'obiettivo di finanziare le attività di ricerca e didattica per sé, volendo invece rico-

noscere l'effetto indiretto di tali attività sui costi di produzione di prestazioni sanitarie.

La metodologia sino ad ora seguita in E-R prevede la ripartizione del fondo ai quattro ospedali universitari per l'ottanta per cento in relazione ai punti prodotti da ciascuna struttura ospedaliera e per il rimanente venti per cento sulla base degli studenti specializzandi che frequentano l'ospedale.

Questa metodologia non sembra essere appropriata, se si considera che tali fondi per la loro natura, dovrebbero fare riferimento alle attività di didattica e di ricerca, e non anche a quella di produzione di prestazioni. In questo senso, nelle tabelle 9 e 10 vengono proposti alcuni criteri alternativi che si fondano sul principio della quota capitolaria. Attraverso un'analisi di sensibilità poi, è possibile osservare l'impatto dei diversi criteri sulla distribuzione del fondo oggetto di studio.

Nella prima riga della tabella 9 è evidenziato il risultato del metodo di allocazione delle risorse ai THs seguito attualmente in Emilia-Romagna. Mentre nella seconda è applicato un criterio a quota capitolaria secca, che vede distribuite le risorse disponibili in base alla presenza di studenti specializzandi in ciascuna struttura ospedaliera. Questa metodologia, se applicata conduce ad una variazione positiva delle risorse allocate gli ospedali B3 e B4 (con rispettivamente il 5.54% e 12.14% in più di risorse). Diversamente, le realtà B1 e B2 subiranno una perdita di fondi, per effetto della presenza più esigua di studenti specializzandi (tabella 12).

Segue poi una metodologia a quota capitolaria pesata, con una correzione in base alla complessità della casistica trattata in ciascuna struttura ospedaliera. Quest'ultimo criterio, date le sue caratteristiche, risulta meritevole di

Tabella 9 - Modelli di finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna

Ospedali	B1	B2	B3	B4	Totale
Punti prodotti (80%) + studenti specializzandi (20%).....	10.807.540.977	6.661.055.821	15.820.901.803	6.710.501.399	40.000.000.000
Quota capitolaria secca studenti specializzandi.....	9.140.088.817	6.637.060.961	16.697.618.086	7.525.232.135	40.000.000.000
Quota capitolaria pesata con l'indice di <i>case-mix</i>	9.507.575.900	5.979.280.168	17.524.043.779	6.989.100.153	40.000.000.000
Quota capitolaria pesata in base ai costi di degenza.....	9.389.074.642	6.451.610.572	15.445.152.108	8.714.162.678	40.000.000.000

Tabella 10 - Modelli di finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna

Strutture ospedaliere	B1	B2	B3	B4
Punti prodotti (80%) + studenti specializzandi (20%).....	—	—	—	—
Quota capitolaria secca studenti specializzandi.....	-15,43	-0,36	5,54	12,14
Quota capitolaria pesata con l'indice di <i>case-mix</i>	-12,03	-10,24	10,77	4,15
Quota capitolaria pesata in base ai costi di degenza.....	-13,12	-3,14	-2,38	29,86

Tabella 11 - Finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna secondo le disposizioni legislative a livello nazionale

Strutture ospedaliere	Anno 1996		Anno 1997	
	Finanziamento minimo (3% dell'attività) *	Finanziamento massimo (8% dell'attività) *	Finanziamento minimo (3% dell'attività) *	Finanziamento massimo (8% dell'attività) *
B1	7.550.655	19.913.208	7.684.092	20.134.400
B2	4.653.726	14.231.560	4.909.788	14.535.456
B3	11.053.224	29.022.504	11.765.520	29.646.656
B4	4.688.271	13.869.352	4.451.148	12.865.632

* In migliaia di lire.

Tabella 12 - Numero di studenti specializzandi presso gli ospedali d'insegnamento in Emilia-Romagna (anni 1996-1997)

Aziende ospedaliere	Numero di studenti specializzandi della Facoltà di medicina anno 1996	Numero di studenti specializzandi della Facoltà di medicina anno 1997	Variazione percentuale
B1	566	536	- 5.3
B2	411	430	4.6
B3	1,031	1,034	0.3
B4	466	488	4.7

qualche riflessione. Innanzitutto si tratta di una metodologia equa, che si basa in modo prioritario sulla effettiva presenza di studenti specializzandi negli ospedali in esame. Inoltre, impiega un correttivo che riconosce la maggiore complessità del *case mix*, riducendo gli effetti distorsivi di breve periodo derivanti dall'utilizzo della quantità di punti prodotti come base per l'allocazione delle risorse disponibili.

In fine, è interessante osservare gli effetti di un ulteriore criterio a quota capitaria pesata, dove la pesatura avviene in base ai costi di degenza sostenuti. Si può notare come, una parte consistente del fondo si sposti verso la struttura B4, nella misura del 29.86%. È da osservare, però, che l'impiego di questa metodologia potrebbe costituire un incentivo all'aumento dei costi di produzione, al fine di ottenere un finanziamento maggiore negli anni successivi. Potrebbe essere presa in considerazione solo nel caso in cui si potesse misurare la quota effettiva di co-

sto che sia da imputare alla presenza degli studenti nella struttura ospedaliera.

Si può osservare, come gli indirizzi formulati dal legislatore nazionale per il finanziamento degli ospedali d'insegnamento, offrano ai governi regionali dei margini di discrezionalità piuttosto ampi (vedi tabella 11) (6). In questo senso, analisi come quella svolta in questo lavoro, appaiono necessarie per definire dei criteri più specifici, che siano di supporto al governo regionale nel processo di allocazione delle risorse agli ospedali che svolgono anche funzioni di didattica e ricerca.

In conclusione, dai risultati di questo studio, il finanziamento aggiuntivo riconosciuto nell'ambito dell'allocazione delle risorse sanitarie regionali agli ospedali di insegnamento, trova giustificazione nel fatto che il costo di produzione dell'assistenza è significativamente più alto di quello relativo agli ospedali scelti come «gruppo di

confronto». I maggiori costi sostenuti dagli ospedali che svolgono attività formative e di ricerca in Emilia-Romagna, sono motivati anche una maggiore complessità dei casi trattati. È vero, comunque, che il sistema di classificazione a DRG difficilmente è in grado di riconoscere in modo completo le differenze in termini di *case mix* dei due tipi di strutture ospedaliere. A conferma di questa affermazione, Frick *et al.* (1985) nel loro studio raggiunsero le seguenti conclusioni: «I costi medi per caso sono del 60% maggiori in un ospedale di insegnamento. Solo un quarto circa di tali maggiori costi è spiegabile con differenze nel *case mix*. La parte rimanente di costo risulta dal fatto che pazienti classificati all'interno di uno stesso DRG costano di più, in media, in un ospedale di insegnamento rispetto ad una normale struttura assistenziale». Altri autori, come per esempio Horn *et al.* (1986) propongono l'utilizzo di una misura come il «severity of illness» come possibile alternativa al sistema DRG, da loro considerato come una misura inappropriata per descrivere la complessità dei casi trattati in una struttura ospedaliera.

Il maggiore consumo di beni sanitari che è risultato dall'analisi svolta, può essere interpretato in due modi differenti. Da un lato, la maggiore severità dei casi trattati, che comporta costi relativamente superiori per beni sanitari come i farmaci. D'altra parte, la presenza di studenti specializzandi è probabile che implichi un utilizzo meno efficiente delle risorse disponibili.

Date queste premesse, nel corso di questo studio sono stati valutati gli effetti, in termini di distribuzione delle risorse, di metodologie alternative per il finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia-Romagna. In particolare, è stata avanzata l'ipotesi di una metodologia a quota capitaria

pesata, dove le risorse vengono distribuite in base alla presenza di studenti specializzandi, applicando un correttivo che tenga conto della complessità del *case mix*. Esiste, comunque, un margine di miglioramento della metodologia proposta prevedendo, per esempio, l'introduzione di altri indicatori quali: il numero di ore di didattica svolte nella struttura ospedaliera, oppure, sulla base dell'esempio della Finlandia, includendo un fattore di ponderazione che tenga in considerazione, per quanto riguarda l'attività di ricerca, delle pubblicazioni su riviste internazionali.

La metodologia per il finanziamento dell'ospedale i potrebbe essere così rappresentata:

$$FIN_i = f(ST_i, CM_i, DD_i, RC_i)$$

dove:

ST_i = numero di studenti specializzandi presso la struttura ospedaliera;

CM_i = complessità del *case mix*;

DD_i = quantità e qualità di didattica svolta nella struttura ospedaliera;

RC_i = indicatore espressione della produzione scientifica dell'ospedale.

Data la disponibilità dei dati, al momento mancanti, lo sviluppo di una metodologia così formulata potrebbe costituire l'oggetto di uno studio futuro.

to di salute del paziente all'atto della dimissione.

I punti annuali prodotti da ciascuna struttura ospedaliera sono, quindi, costituiti dalla sommatoria dei ricoveri valorizzati secondo il sistema di pesi DRGs: $\sum_{i=1}^{492} DRG_i * N_i$, dove DRG_i rappresenta il peso di ciascuna classe di dimessi, e N_i il numero annuo di dimessi per ciascun DRG.

(3) La variazione in aumento dei costi delle strutture ospedaliere in esame, nei due periodi tempo in considerazione, è attribuibile solo in parte ad un reale maggiore consumo di risorse. Un'altra ragione è di ordine contabile, legata al fatto che il sistema di rilevazione dei costi e di contabilità non è ancora completamente a regime ed il suo grado di precisione nella rilevazione dei consumi, sta progressivamente migliorando nel corso degli ultimi anni.

(4) Anche in questo caso si è adottata la stessa metodologia esaminata in precedenza per la stima dei costi della degenza ordinaria a partire dal costo della degenza complessiva.

(5) Il problema della maggiore complessità del *case mix* trattato dagli ospedali d'insegnamento è stato analizzato da Busby (1972) e Thompson *et al.* (1978). In questi due studi, gli autori spiegano i maggiori costi sostenuti dagli OI sulla base del tipo di diagnosi che i loro pazienti presentano. La principale conclusione dell'ultimo dei due studi citati è la seguente: «I grandi ospedali di insegnamento, in generale, sono caratterizzati dal ricovero di pazienti che hanno bisogno di trattamenti relativamente più costosi rispetto a quelli offerti dalle altre strutture ospedaliere».

(6) I valori contenuti nella tabella 11, sono stati ottenuti applicando alla produzione ospedaliera (in punti DRG) il valore tariffario definito a livello annuale dal governo regionale della sanità in Emilia-Romagna.

BIBLIOGRAFIA

- AGENZIA SANITARIA REGIONALE EMILIA-ROMAGNA (1997), *Relazione sui criteri di finanziamento delle aziende sanitarie*.
- ANDREW R.R. (1976), *Hospital Staffing and Hospital Costs*, Medical Journal of Australia, Vol. 2, No. 6.
- BERESFORD J.C., D.A.T. GRIFFITHS (1970), *Hospital Costing for Planning and Management*, The Hospital, February 1970.
- BEVAN G. (1987), *Financing the Additional Service Costs of Teaching English Medical Students by the Service Increment for Teaching (SIFT): An exposition and critique*, Financial accountability and Management, Vol. 3, No. 2.
- BEVAN G. (1989), *Reforming UK health care: internal market or emergent planning?*, Fiscal Studies, 10:53-71.
- BEVAN G., RUTTEN F. (1987), *The organisation and Functions of University Hospitals in Different Countries*, Finance Accountability and Management, Vol. 3, No. 2.
- BUSBY D.D., LEMING J.C., OLSON M.E. (1972), *Unidentified Educational Costs in a University Teaching Hospital: an Initial Study*, Journal of Medical Education, Vol. 47.
- CULYER A.J., WISEMAN J., DRUMMOND M.F., WEST P.A. (1978), *What Accounts for the Higher Costs of Teaching Hospitals?*, Social and Economic Administration Vol. 12, pp. 20-30.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1976), *Sharing Resources for Health in England. The Report of the Resource allocation Working Party* (The RAWP Report), London: HMSO.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1980), *Report of the Advisory Group on Resource Allocation*, (AGRA), London: DHSS.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1988), *Review of the Resource Allocation Working Party: Final Report by the NHS Management Board*, London: DHSS.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1994), *Supporting Research and Development in the NHS*, London: HMSO.
- DUJOLS P., LAUNAY G., PICOT M.C. (1996), *Les couts de l'insegnement à l'hôpital*, Journal D'Economie Medicale.
- EPSTEIN A.M. (1995), *US Teaching Hospitals in the evolving Health Care System*, JAMA, n. 273.
- EVANS R.G., WALKER H.D. (1972), *Information Theory and the Analysis of Hospital Cost Structure*, Canadian Journal of Economics, Vol. 5.
- EVANS R.G., SHUTTINGA J. (1977), *Hospital Costs in Massachusetts: A Methodological Study*, Inquiry, Vol. 14, No. 1.
- FOOTE G., HURST J., SONDHEIMER P. (1988), *Technical Paper on the Service Increment For Teaching (Review of the Resource Allocation Working Party Formula)*, London: Economic Adviser's Office, DHSS.
- FOSTER M.J. (1987), *On estimating the costs of the products of teaching hospitals: a review of the literature*, Financial Accountability and Management, Vol. 3 No. 2.
- FRICK A.P., MARTIN S.G., SHWARTZ M. (1985), *Case-mix and Cost Differences Between*

(1) Vedi J. Perrin (1987).

(2) Il sistema DRG classifica i dimessi in gruppi iso-risorse che contengono i pazienti omogenei per la complessità dell'assistenza ricevuta e per l'ammontare di risorse consumate. A ciascuna classe di pazienti è associato un peso che esprime il suo costo in termini relativi. I singoli casi di ricovero vengono attribuiti ai DRGs in base alle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, rappresentate dalla diagnosi principale, dalle diagnosi secondarie, interventi chirurgici, procedure diagnostiche terapeutiche, età, sesso e dallo sta-

- Teaching and Non-Teaching Hospitals, Medical Care*, Vol. 23.
- GLASER W.A. (1979), *Paying the Hospitals in Switzerland (October 1979); Paying the Hospitals in Netherlands (February 1980); Paying the Hospitals in France (August 1980)*, Centre for Social Sciences, Columbia University.
- HORNE J.M. (1970), *Medical Education in Canadian Teaching Hospitals: A Statistical Cost Analysis*, Report for Association of Canadian Medical Colleges, Ottawa.
- LEHNER L.A., BURGESS J.F. (1995), *Teaching and Hospital production: The Use of Regression Estimates*, Health Economics, Vol. 4: 113-125.
- PERRIN J. (1987), *The costs and Joint Products of English Teaching Hospitals*, Financial Accountability and Management, Vol. 3, No. 2, Basil Blackwell - Oxford.
- ROVERSI MONACO F. (1993), *L'Università nel Servizio sanitario nazionale*, Sanità Pubblica, n. 3.
- THOMPSON J.D., FETTER R.B., MROSS C.D. (1975), *Case-mix and Resource Use*, Inquiry, Vol. 12, No. 4.
- ZANETTI M., FANTINI M.P., MONTAGUTI U., BARBIERI L. (1997), *L'Ospedale d'Insegnamento: accessorio di lusso o valore sociale?*, Gli Ospedali della Vita, 3-12.

IL PERCORSO DEL PAZIENTE OSPEDALIERO

Mariangela Lomastro, Maria Cristina Vichi

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La gestione per processi - 3. Il percorso del paziente nell'ospedale - 4. La scelta dei processi assistenziali - 5. Il piano operativo per la costruzione del percorso - 6. Utilizzo del percorso ai fini decisionali - 7. Le finalità del «percorso del paziente».

From some years, the knowledge of how and why activities are carried out in a firm has become more and more clearly a decisive item for the management of the complex organisations. Health processes, compound of several activities provided by different operators, are recovering the horizontal vision of the organisation, with a rising attention to the integration and to the problems of dialogue among different cultures. In this way, managing by process means having as reference the patient and his health process and, in managerial terms, shifting attention from the management of the specific activities to the management of the comprehensive path of diagnosis and care. Therefore the essay aims to describe this new approach in the hospital context explaining the basic intuition, the finalities and the operative implications of it.

1. Introduzione

Il cambiamento che ha investito il Sistema sanitario nazionale negli ultimi anni ha prodotto importanti innovazioni sotto diversi punti di vista. Il più evidente è stato, senza dubbio, l'avvio del processo di aziendalizzazione che ha spinto le aziende sanitarie ad entrare in «competizione» tra loro. Quest'ultimo fenomeno sta comportando un ripensamento ed un'attenzione sempre maggiore, da parte del *management* aziendale, agli aspetti legati all'efficacia e all'efficienza delle prestazioni erogate con un recupero della centralità del paziente, quale oggetto di riferimento principale dell'azione sanitaria. In un futuro prossimo, la competitività delle aziende sanitarie si giocherà soprattutto su aspetti legati alla qualità dei servizi erogati: per questo motivo si assiste all'introduzione di nuove logiche di gestione che pongono come prioritaria l'attenzione verso il paziente. In parti-

colare modo, si sta passando da logiche di gestione impostate sulle funzioni aziendali a logiche basate sui processi, che recuperano la visione complessiva delle attività prestate al paziente per risolvere il relativo problema di salute. All'interno della gestione per processi, si colloca un innovativo approccio metodologico denominato «percorso del paziente». Il saggio si propone di illustrare il nuovo approccio, applicato in ambiente ospedaliero, spiegandone l'intuizione di fondo, le finalità e le implicazioni operative.

2. La gestione per processi

Agli inizi degli anni '90, la pratica manageriale ha proposto una nuova visione dell'azienda come costituita di attività (box 1). Tale visione (1) ha portato a ragionare in termini di processo e non più in termini di funzione organizzativa: l'attenzione non verte, esclusivamente, sul prodotto finale ma

sull'insieme dei processi aziendali, produttivi e non, che concorrono nella formazione del prodotto stesso.

Per comprendere il legame che unisce il processo alle attività, queste ultime potrebbero essere paragonate ai «mattoni» che costituiscono i diversi processi aziendali. I processi hanno la caratteristica di essere formati da attività aventi anche natura diversa, spostando la gestione dell'azienda da un'ottica funzionale (fondata sulla gestione di attività aventi la stessa natura) ad un'ottica basata sui processi; la principale differenza, esistente tra funzione e processo, è data dalla natura trasversale dei processi rispetto alle funzioni, in quanto composti di attività svolte da diverse funzioni, il cui

In termini di stesura finale, i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire a M. Lomastro, i paragrafi 3, 4, 6, 7 a M.C. Vichi ed infine il paragrafo 5 è da attribuire ad entrambe le autrici.

Box 1 - Definizioni

ATTIVITÀ	Combinazione di uomini, tecnologie, materie prime e condizioni d'ambiente che portano all'ottenimento di un dato prodotto/servizio (Brimson, 1991, p. 46).
PROCESSO	Aggregazione di attività, anche di natura diversa, finalizzate al raggiungimento dello stesso obiettivo (Pierantozzi, 1998, p. 14).
OUTPUT	Obiettivo comune delle attività che compongono il processo (Pierantozzi, 1998, p. 15).
FUNZIONI	Aggregazioni di uomini e mezzi necessari per lo svolgimento di attività della stessa natura (Pierantozzi, 1998, p. 20): ad esempio la funzione amministrativa raggruppa tutte le risorse per lo svolgimento di attività di tipo contabile.

obiettivo è il raggiungimento del medesimo *output*.

Al fine di non generare confusione, è necessario specificare che, quando si parla di gestione dei processi, si potrebbe fare riferimento sia al mantenimento dell'esistente (ovvero supervisione del corretto svolgimento di attività prestabilite), sia all'analisi critica delle modalità di funzionamento del processo al fine di promuovere e realizzare soluzioni sempre più efficienti/efficaci in una logica di miglioramento continuo.

Gestire i processi vuol dire condurre questi ultimi verso un progressivo miglioramento, che può realizzarsi attraverso due modalità (Pierantozzi, 1998, p. 36-39):

- gestione incrementale (o *business process improvement*, di seguito BPI),

- gestione straordinaria (o *business process reengineering*, di seguito BPR).

Nel primo caso, si parte dall'analisi dei processi in essere nell'azienda e l'analisi stessa costituisce la base di partenza per un cambiamento progressivo fatto di piccoli passi. Per realizzare il cambiamento incrementale è prioritario partire da un'individuazione dettagliata delle attività che compongono i processi oggetto di indagine, al fine di individuare tutti i possibili punti di miglioramento.

Nel secondo caso, l'intervento è decisamente radicale: piuttosto che effettuare un'analisi puntuale dei processi per individuarne i margini di miglioramento, si preferisce partire da un «foglio bianco» e ridisegnare l'intero processo.

Le due modalità di gestione appena descritte possono essere intraprese contemporaneamente, non sono alternative tra loro. In funzione delle peculiarità del processo e degli obiettivi che l'azienda si pone, si propenderà per l'una o per l'altra scelta: in alcuni contesti può risultare opportuno una gestione incrementale, in altri una gestione straordinaria. Nella trattazione che segue si farà riferimento alla prima accezione di gestione per processi.

La gestione per processi, incrementale o radicale che sia, per essere implementata e sviluppata, utilizza alcuni strumenti:

- l'*Activity-Based Management* (di seguito ABM);

- l'*Activity-Based Costing* (di seguito ABC).

L'ABM, altresì detta gestione integrata per attività, è un «modello di analisi e valutazione della gestione basata sulle attività e sui processi» (Casati, 1999, p. 172): l'azienda si considera composta di molteplici attività che, variamente combinate tra loro, generano i prodotti/prestazioni.

La definizione di attività data da Brimson e Antos (1994) diventa, quindi, il punto di partenza dell'analisi: «insieme di compiti elementari che, svolti da individui o gruppi, permettono di fornire un servizio ad un cliente interno od esterno all'organizzazione».

A tal proposito, Zanenga e Amaglio (1994, p. 35) integrano la precedente definizione affermando che «le attività sono gli elementi costitutivi dei processi di impresa»: le attività si legano orizzontalmente tra loro determinando delle catene fornitore-cliente volte a generare un *output* finale comune.

Attraverso la metodologia dell'ABM si ottengono dei vantaggi riassumibili in:

- la visualizzazione della mappa delle attività aziendali;

- l'identificazione degli *output* intermedi e finali e legami tra essi;

- l'esplicitazione dei processi aziendali.

Descritto il processo produttivo in termini di attività è possibile ipotizzare il cambiamento modificando, eliminando, aggiungendo attività rispetto al modello di partenza, rendendo possibile la valutazione delle alternative produttive o di erogazione.

Uno dei problemi principali nella mappatura delle attività è la definizione dell'approfondimento analitico con cui segmentare il processo. A questo proposito, un'attività, definita come tale, deve contemplare determinate caratteristiche (Casati 1999, p. 179) (figura 1):

- assorbire un insieme specifico di risorse;

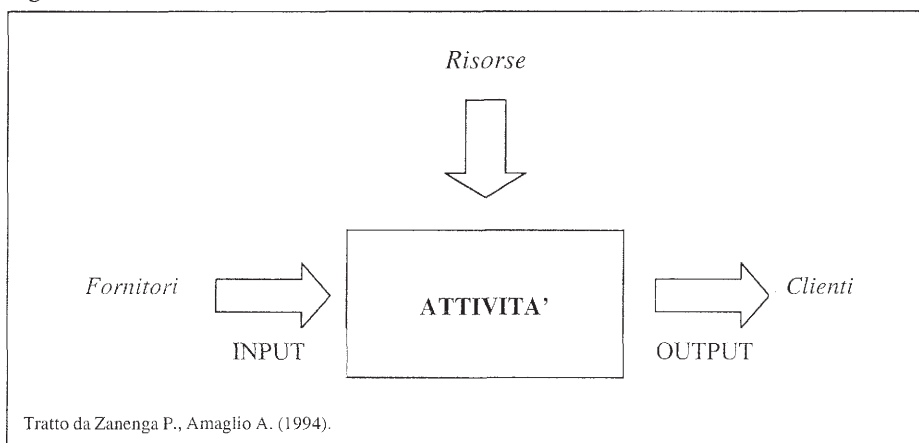
- generare un *output* visibile e misurabile;

- avere uno o più «clienti» individuati, interni o esterni all'azienda;

- essere monitorata mediante uno o più indicatori di *performance*.

Ulteriori finalità dell'ABM sono:

Figura 1 - Il modello di «attività»



1) il ridisegno dei processi aziendali e miglioramento continuo: l'esame della relazione cliente-fornitore, che lega tutte le attività in flussi orientati al cliente finale, permette di riconoscere le attività che non generano valore e che rendono quindi il processo lento, complicato, ridondante. Lo studio delle attività è dunque la base per la riprogettazione del processo;

2) la riduzione dei costi: la semplificazione dei processi e l'eliminazione delle attività a non valore aggiunto (box 2) concorre al raggiungimento di questo obiettivo sempre ricercato da ogni organizzazione. Infatti associando i costi alle attività è possibile orientare l'utilizzo delle risorse dove è necessario o opportuno, evitando dei semplici tagli di risorse. Le attività a non valore aggiunto potrebbero essere rese necessarie da determinate condizioni di fatto (norme giuridiche vincolanti o una carente organizzazione aziendale) che impediscono di sviluppare i processi nel modo più efficiente ed efficace. In genere, non sono eliminabili nel breve periodo ma necessitano di una graduale riduzione in accordo alle evoluzioni del sistema nel suo complesso;

3) la scelta degli investimenti: la scomposizione dell'azienda in processi evidenzia le aree suscettibili di miglioramento sulle quali concentrare

gli sforzi e rispetto alle quali valutare l'efficacia di possibili investimenti;

4) il governo del fattore tempo: soprattutto in campo sanitario il paziente desidera ottenere nel più breve tempo possibile il servizio richiesto dal momento che fa capo ad un bisogno fondamentale come quello della salute;

5) il riorientamento delle responsabilità: gli effetti delle decisioni di un responsabile oltrepassano l'area che gli è gerarchicamente assegnata e pertanto non è possibile prescindere da una responsabilizzazione diffusa verso le performance dei singoli casi trattati. Mediante l'analisi dei processi e delle attività si evidenziano le interdipendenze, ottenendo elementi utili per

riorientare il processo di responsabilizzazione, non soltanto lungo la linea gerarchica verticale ma sviluppando la dimensione orizzontale.

L'ABC è un metodo di contabilità gestionale che imputa i costi alle attività che si svolgono nell'azienda per poi ripartirli tra i diversi output che l'azienda produce.

L'ABC poggia sulla logica dell'activity accounting, come spiegano Zanenga e Amaglio (1994, pp. 24 e 25), per cui i prodotti consumano attività e le attività consumano risorse. I prodotti incorrono nei costi per effetto delle attività di cui necessitano.

Obiettivo dell'ABC è la definizione di un costo pieno di prodotto attraverso la determinazione delle attività indirette (vedremo in seguito che, nell'ambito del «percorso del paziente», si utilizza lo strumento dell'ABC in modo «rettificato»).

Se l'ABM è utilizzato per rilevare le attività del processo, l'ABC permette di giungere ad una valorizzazione monetaria dello stesso.

3. Il percorso del paziente nell'ospedale

Quando si parla di «percorso del paziente» nell'ospedale si fa riferimento

Box 2 - Definizioni

<i>Un'attività aggiunge valore se ...</i>	... è conforme alle aspettative o alle richieste dell'utente.
	... non è ridondante (la ridondanza è spesso introdotta in un sistema per compensare mancanze di qualità, di velocità o di flessibilità).
	... non è duplicata (le duplicazioni sono frequentemente dovute a cattiva trasmissione delle informazioni nell'organizzazione).
	... non è eliminabile attraverso un ridisegno dei processi (reso possibile dalla riduzione o eliminazione delle barriere organizzative, oppure dalla disponibilità di una nuova tecnologia).
	... è efficiente (il costo assorbito non deve superare il valore prodotto, deve anzi lasciare un margine che ne permetta il miglioramento continuo).
Zanenga-Amaglio, 1994, pp. 37-38.	

ad una approccio metodologico di riprogettazione delle modalità di offerta ed erogazione dei servizi sanitari a partire dall'analisi delle attività effettivamente erogate ai pazienti, in una azienda sanitaria, in un dato momento storico.

Ovviamente, il percorso complessivo di salute di un paziente non corrisponde ad un singolo episodio ospedaliero o ad una singola prestazione specialistica ambulatoriale e, tanto più, non si esaurisce esclusivamente all'interno di un ospedale. Lo studio di un «processo produttivo sanitario», relativamente ad una patologia (in altre parole, l'insieme dei servizi e delle prestazioni riferiti ad una specifica domanda di salute), attraversa orizzontalmente il contesto sanitario, per capire dove e in quale modo i servizi sono erogati e il tipo di rapporto sussistente tra essi. Analogamente, se si limita tale analisi all'ambiente ospedaliero, il «percorso del paziente» permette di ricostruire il processo assistenziale all'interno delle mura dell'ospedale e di riprogettarlo, apportando modifiche ai fini di un miglioramento incrementale del processo stesso.

La costruzione progressiva di un tale approccio metodologico ha preso avvio dall'intuizione che ciò che attualmente è fatto in ospedale, per risolvere un problema di una categoria omogenea di pazienti, ha la sua validità e dà un risultato.

Il «percorso del paziente» utilizza alcuni strumenti conoscitivi e valutativi al fine di mappare le attività rese durante un processo assistenziale e di fornire un supporto metodologico per identificare le aree critiche nell'erogazione dei diversi servizi sanitari, in ambiente ospedaliero, nel rispetto delle variabilità insite nel bisogno di salute del paziente.

Facendo riferimento ad un processo assistenziale ospedaliero, si ergono confini a quello che potrebbe essere il

complessivo percorso di salute di un paziente: non necessariamente il paziente esaurisce le sue esigenze in una struttura per acuti e potrebbe seguire, ad esempio, un percorso prevalentemente di tipo territoriale, richiedendo, per la risoluzione, l'integrazione e l'organizzazione di più soggetti (il medico di medicina generale, specialisti medici territoriali, strutture di assistenza alternative alla struttura ospedaliera).

In linea generale, il punto iniziale del percorso può essere identificato con l'esordio del problema, il punto finale con la risoluzione dello stesso. Se applichiamo la precedente definizione in ambito ospedaliero, il percorso complessivo può essere definito come una catena di eventi che iniziano dall'esordio del problema o dal riconoscimento e la diagnosi della patologia in oggetto, la soluzione terapeutica e l'esito finale del processo di cura sino al punto in cui è trattato nella struttura per acuti.

Chiaramente, il grado di difficoltà nell'esaminare il complessivo processo di cura è diverso nel caso dell'estensione territoriale (processo tendenzialmente più disperso ed agevolato dalla libera scelta dell'utente) rispetto all'estensione ospedaliera, che pur interagendo con le strutture territoriali, mantiene la maggior parte del processo di cura all'interno delle proprie mura.

Descrivere ed analizzare il processo assistenziale ospedaliero significa non solo identificare le singole fasi del processo di produzione ma, soprattutto, evidenziare l'articolazione delle interdipendenze e delle connessioni tra le diverse unità operative che partecipano al profilo di diagnosi e cura. Questo permetterà, in un secondo tempo, di individuare le aree che possono essere ulteriormente migliorate, date le risorse a disposizione (profes-

sionali e tecnico-scientifiche), in una logica di miglioramento continuo.

Quest'iniziale mappatura di attività fa riferimento a quanto effettivamente è fatto per un determinato paziente, in un preciso contesto aziendale, nel momento della rilevazione delle informazioni. Il percorso individuato è definito percorso effettivo e comprende la descrizione delle attività erogate da ogni unità operativa che, nel particolare contesto aziendale, ha partecipato al profilo di diagnosi e cura di quella determinata categoria di pazienti.

Il termine percorso di riferimento indica la riprogettazione del percorso effettivo in senso migliorato: esso prende avvio proprio dalla rilevazione dell'insieme delle azioni compiute per pazienti con problematiche analoghe di salute (percorsi effettivi); si estrinseca nell'individuazione del processo ritenuto «più adeguato» (percorso di riferimento) dagli operatori, anche in ragione degli orientamenti scientifici prevalenti (linee guida) e delle risorse umane e tecnologiche a disposizione.

La logica del miglioramento continuo porta necessariamente alla comparazione tra due percorsi alternativi: i percorsi effettivi che, da quel momento in poi, i pazienti seguiranno all'interno della struttura ospedaliera, ed il secondo, rappresentante un'ipotesi alternativa di ulteriore miglioramento di gestione del paziente (il percorso di riferimento), al quale, gli operatori sanitari e l'azienda cercheranno di tendere avendolo configurato come punto di riferimento della loro pratica assistenziale.

Il percorso che emergerà dal confronto sarà, nel periodo temporale successivo, nuovamente comparato con un'ulteriore ipotesi di percorso alternativo, dando così luogo alla spirale di miglioramento continuo.

4. La scelta dei processi assistenziali

Merita una trattazione a parte la scelta dei possibili percorsi, oggetto d'indagine e riprogettazione.

Le motivazioni che possono portare ad una scelta, rispetto ad un'altra, possono essere le più disparate: ciò non toglie che, per il buon esito dell'iniziativa, possano essere dati inizialmente alcuni criteri per introdurre la gestione per processi in maniera progressiva per un'organizzazione complessa e consolidata nei suoi riti produttivi.

Un criterio di cui occorre tenere sempre conto è quello della concreta fattibilità: alcuni processi di cura coinvolgono, per la natura stessa della patologia, un numero elevato di unità organizzative e il tentativo di intervenire, inizialmente, su un processo di cura particolarmente complesso, può far fallire miseramente l'iniziativa o avere, comunque, una scarsa possibilità di successo. È preferibile iniziare, quindi, su processi di cura relativamente semplici, possibilmente caratterizzati dall'integrazione di poche unità organizzative, al fine di «apprendere» lo strumento in modo graduale.

Analogamente importante è la criticità dei processi già esistenti: occorre individuare i percorsi di cura che, per la dimensione quantitativa dell'offerta, per la domanda e le liste d'attesa esistenti, denotano un'importanza strategica per il paziente, per i professionisti coinvolti e per l'azienda.

Altrettanto incisiva è la scelta di analizzare i percorsi di diagnosi e cura per quelle patologie per le quali si è di fronte ad una fase di forte dinamicità dei modelli assistenziali utilizzati a fronte dell'evoluzione tecnico-scientifica e/o dell'organizzazione (ad esempio la possibilità di erogare determinati servizi sanitari in regime di ricovero diurno-*day hospital-day surgery*).

Non necessariamente un criterio deve prevalere sugli altri, e non esisto-

no regole precise nella scelta dei processi da sottoporre ad analisi. Certamente, il fatto di intervenire su un processo di cura, induce inevitabilmente a modificarne altri: i percorsi sono notevolmente embricati tra loro e per quanto si possa dare una priorità di scelta all'analisi ed all'intervento ad un singolo percorso, questo porterà delle modifiche a processi che, pur marginalmente, sono concatenati al primo. È rischioso, in ogni modo, agire su più processi contemporaneamente: nel più dei casi le risorse non lo consentono e i tempi di svolgimento del progetto e le possibilità di verifica potrebbero esserne inficiate in modo rilevante.

5. Il piano operativo per la costruzione del percorso

Definire un percorso assistenziale significa descrivere le modalità con le quali si sviluppano i processi di gestione dei problemi di salute dei pazienti.

Tale operazione è complessa, non solo dal punto di vista tecnico, ma anche in virtù delle molteplici relazioni esistenti tra i principali interlocutori del processo complessivo. Dovendo «radiografare» il processo di cura, al fine di individuarne le possibili aree di miglioramento, è evidente la necessità di un contributo sostanziale da parte degli operatori, coinvolti nel processo assistenziale, che individuano e progettano gli elementi fondamentali costitutivi del percorso. Essi sono sostanzialmente tre:

1) i criteri d'ingresso di un paziente al percorso di cura: con tale termine s'indicano le caratteristiche che un paziente deve necessariamente possedere per entrare in un determinato percorso. Essi si riferiscono alle condizioni di partenza del paziente, valutate dal professionista, al fine di dirimere, inizialmente, in quale per-

corso assistenziale può essere avviato. Tali criteri sono riferiti, in genere, a condizioni patologiche (sintomi, diagnosi specifiche individuate preventivamente), a modalità d'accesso (programmato o con caratteristiche di urgenza), ad altri criteri che si rifanno a logiche di tipo residenziale o assistenziale (come la scelta tra un ricovero ordinario e un ricovero diurno);

2) la definizione dei risultati di salute: al pari dei criteri d'ingresso essi possono essere espressi in termini diversi. Sicuramente deve essere rappresentato il livello di miglioramento del paziente, il raggiungimento della risoluzione del problema di salute o il mantenimento delle condizioni originali.

I primi due elementi fondamentali dell'approccio metodologico sono utilizzati sia nella fase di analisi del processo assistenziale (durante la costruzione del percorso effettivo), sia nella riprogettazione dello stesso (la costruzione del percorso di riferimento).

Nel primo caso (l'analisi), essi consentiranno di definire (*ex ante*) le caratteristiche che il paziente deve possedere per entrare a far parte di un determinato processo assistenziale ed i risultati (desunti anche dall'analisi retrospettiva di cartelle cliniche) che il processo assistenziale ha generato.

Nel secondo caso, (la riprogettazione), la definizione dei criteri d'ingresso consente il perseguimento di due finalità: da una parte, programmare il processo di cura correlandolo alle effettive necessità del paziente; dall'altra, correlare e confrontare le condizioni del paziente all'ingresso del percorso, con il risultato di salute ottenuto al termine del percorso complessivo ospedaliero o ad una fase intermedia di esso.

Per inciso, il professionista medico effettua, quasi in forma innata, valutazioni deduttive circa le verosimili

condizioni all'accesso di un paziente ad un percorso assistenziale; come, del resto, effettua considerazioni circa il risultato ottenuto. Nella progettazione di un percorso occorre esplicitare questi criteri ed i risultati possibili al fine di confrontare periodicamente l'efficacia delle prestazioni erogate. Talvolta, in percorsi assistenziali complessi, occorre osservare empiricamente un certo numero di pazienti prima di riuscire a definire chiaramente la varietà e la significatività dei criteri di ingresso e dei possibili risultati di salute;

3) lo sviluppo operativo del percorso: inteso come l'individuazione e la sistematizzazione delle attività sanitarie ed assistenziali effettuate, al fine di gestire un determinato problema di salute. Esso prende avvio dalla ricostruzione di una prima analisi di massima del percorso complessivo (anche in conformità a quanto eventualmente dichiarato sulla scheda di dimissione ospedaliera o sulla cartella clinica) per individuare le fasi più rilevanti attraverso cui passa il paziente per raggiungere il proprio risultato di salute (percorso di massima). Tale analisi consente di individuare i sub processi, facenti parte del complessivo processo di cura, nei quali si estenderà la descrizione al dettaglio delle attività fondamentali (esempio di percorso di massima nella figura 2).

Successivamente, utilizzando adeguati strumenti, si giunge alla descrizione analitica delle attività fondamentali che compongono le diverse

fasi del processo di cura, estendendo l'analisi ai criteri d'ingresso che hanno condotto il paziente in tale percorso e i risultati di salute che dovrebbero comporre e delimitare ciascuna fase del percorso (o il termine del percorso stesso).

Si arriva alla costituzione del percorso effettivo (effettivamente seguito dal paziente nel particolare contesto aziendale). Per giungere agevolmente a tale ricostruzione, le modalità di rappresentazione che possono essere utilizzate sono due:

— i diagrammi di flusso (*flow-chart*);

— la scheda di sviluppo del percorso e la matrice tempo-luogo-attività.

I diagrammi di flusso forniscono una chiave di lettura del percorso in termini di sequenzialità delle attività svolte e di rapporto causa-effetto tra le stesse. Allo stesso tempo i diversi simboli utilizzati nel descrivere le attività comunicano un'informazione sulla tipologia della stessa (un processo predefinito, un'attività manuale, un'attività che comporta un processo decisionale). Il diagramma di flusso traduce il percorso del paziente, attraverso una simbologia codificata a priori (2), al fine di potere utilizzare un codice, univoco ed intuitivo, che facilita il confronto tra le soluzioni di tipo sanitario e logistico che le strutture sanitarie offrono, in modo differente, per la stessa patologia (vedi figura 3: esempio di diagramma di flusso).

La scheda di sviluppo del percorso (figura 4) rappresenta l'impiego di

una tabella nella quale sono evidenziati i tempi ed i luoghi dell'effettuazione delle attività (sulle colonne) e la tipologia delle attività (sulle righe).

Obiettivo della scheda è la corretta individuazione delle attività svolte lungo il processo di cura, correlandole al profilo temporale (quando sono state erogate) e al profilo spaziale (dove sono state erogate). Da questa rappresentazione è possibile evidenziare, in prima battuta, una lettura temporale del percorso (in quanto specifica la durata di degenza o l'intervallo esistente tra un accesso e l'altro), ed all'interno di ogni fase temporale specifica le attività svolte. Tale scheda può essere costruita utilizzando anche altri riferimenti che si rifanno alla presenza delle figure professionali coinvolte nel processo di cura, rispetto al luogo in cui sono coinvolte ed il relativo tempo impiegato (la matrice tempo-luogo-attività: la tabella 1 ne è un esempio).

In quest'ultima scheda, è possibile evidenziare anche le prestazioni richieste ad altre unità operative e le attività che possono essere svolte anche dal paziente (tabella 2).

Per altre modalità di rappresentazione dei percorsi possono essere utilizzati schemi differenti, per esempio evidenziando solo le azioni di carattere clinico-diagnostico o rappresentando il percorso come un albero delle decisioni in cui, in corrispondenza di ciascuna ramificazione, corrisponde una scelta di carattere clinico.

Figura 2 - Esempio di fasi del percorso di massima relativo al trattamento chirurgico dell'ernia inguinale

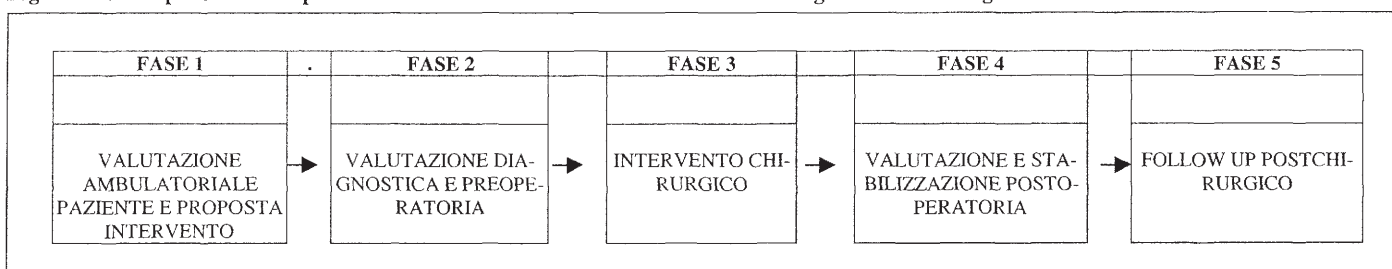
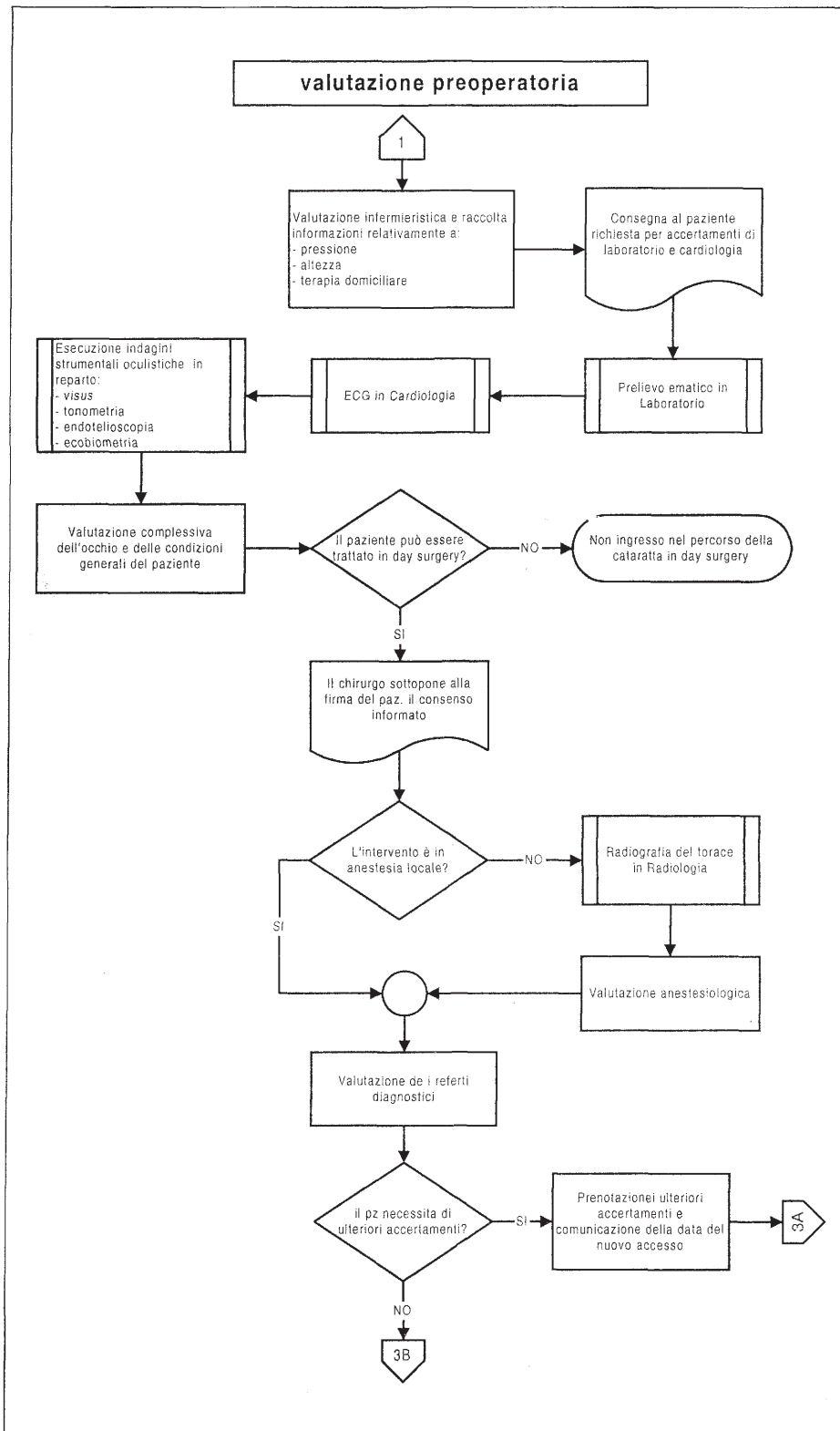


Figura 3 - Esempio di diagramma di flusso (adattato dal percorso relativo al trattamento chirurgico della cataratta senile)



La scelta della modalità di rappresentazione è in funzione degli obiettivi di comunicazione: una determinata rappresentazione non esclude la possibilità di essere integrata da un'altra. Anzi, nell'ambito della gestione dei rapporti tra interlocutori differenti dagli operatori appartenenti alla medesima unità operativa, è il caso di rappresentare il percorso nello schema sintetico rappresentato della matrice tempo-luogo-attività. In ambiti diversi, ad esempio, nei rapporti tra azienda ospedaliera e azienda sanitaria locale, il percorso potrebbe essere rappresentato in modo da evidenziare gli episodi ospedalieri rilevanti (differenziati in ricoveri ordinari e *day hospital*, prestazioni ambulatoriali) senza entrare nel dettaglio delle attività analitiche che interessano in particolare solo le unità facenti parte del processo di cura. Nella comunicazione tra unità operative ospedaliere e *management* aziendale, il percorso potrebbe essere evidenziato in termini economici al fine di facilitare il confronto con le tariffe relative al prodotto ospedaliero.

Scelta la modalità di rappresentazione del percorso, un ulteriore sforzo deve essere effettuato per individuare il linguaggio con cui esprimere le attività compiute durante il processo di cura: in buona sostanza, occorre definire in che modo descrivere le azioni al fine di garantire confrontabilità tra diversi percorsi.

Operativamente, si tratta di definire un nomenclatore, almeno con valenza aziendale, nel quale sono comprese tutte le azioni o le prestazioni che possono essere effettuate al fine di gestire i diversi problemi di salute.

Inizialmente, è particolarmente arduo definire un nomenclatore che possa contenere tutte le azioni comprese nei processi di cura analizzati e si arriva ad una conoscenza idonea durante la costruzione del percorso stesso alla definizione di tali attività. Tuttavia, è

Figura 4 - Scheda di sviluppo operativo del percorso

TEMPI	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 4	GIORNO n
LUOGHI					
AZIONI MEDICHE					
AZIONI INFERMIERISTICHE					
ACCERTAMENTI					
TERAPIA FARMACOLOGICA					
ALIMENTAZIONE					
ATTIVITÀ FISICHE					
INFORMAZIONE SANITARIA					
MONITORAGGIO PARAMETRI					
ALTRE AZIONI					

Fonte: adattamento da Schriefer (1994). Tratto da G. Casati (a cura di), «Il percorso del paziente», Egea, Milano, 1999.

possibile predisporre un nomenclatore iniziale di base teorico, da arricchire e formalizzare durante la ricostruzione del processo di cura.

Per le attività di tipo medico, ben si presta a questo scopo il Nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali specialistiche, che, pur non essendo esaustivo, garantisce la presenza della maggior parte delle attività erogate dal professionista medico. Tale nomenclatore è stato costruito ed adottato con finalità di tipo ambulatoriale (il paziente esterno non ricoverato), privo quindi di particolari prestazioni che possono essere erogate al paziente in regime di ricovero (si pensi alle prestazioni di radiodiagnostica effettuate al letto del paziente, alle comunicazioni con i parenti del paziente). Nonostante questo limite, che può essere colmato dall'aggiunta successiva della descrizione delle attività carenti, il nomenclatore ha il pregio di considerare l'85-90% delle azioni mediche e di facilitare le trasformazioni in termini economici del proces-

so di cura mediante l'impiego delle tariffe.

Problema ben più pressante è quello delle prestazioni non di tipo medico, per esempio le attività effettuate dal personale infermieristico, ausiliario, tecnico o di supporto amministrativo. È necessario predisporre un vero e proprio nomenclatore aziendale di base, coinvolgendo il personale interessato, ed un corrispondente sistema di tariffe (tabella 3).

Con i precedenti passi metodologici si è giunti alla rappresentazione analitica di ciò che, nel definito contesto aziendale, effettivamente è fatto per risolvere una determinata patologia. L'analisi ha portato all'individuazione delle attività erogate, di tipo sanitario e non, delle risorse necessarie, e dei momenti organizzativi che ne consentono la realizzazione. Contemporaneamente, è possibile studiare l'intero processo di cura evidenziato per cercare eventuali colli di bottiglia organizzativi, gli spazi di miglioramento in termini di efficienza e di qualità.

La definizione più appropriata di «percorso di riferimento» è «la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente o un gruppo di pazienti» (Cavallo, 1999).

Operativamente, il percorso di riferimento nasce dalla riprogettazione del percorso effettivo, tenendo conto delle variabili critiche individuate. Il nuovo percorso, non è tracciato in modo ideale ma si confronta con quanto previsto dalla letteratura scientifica circa la patologia in oggetto ed è adeguato all'evoluzione organizzativa del particolare contesto aziendale, alle risorse umane e tecnologiche che questo dispone. Data l'impostazione partecipativa dell'approccio metodologico, l'intervento di diagnosi e cura più efficace è normalmente suggerito dagli operatori coinvolti nel processo assistenziale.

Al fine di poter avviare il processo di sistematico confronto tra percorsi di riferimento ed effettivi, occorre che i primi siano in grado di descrivere, per una data tipologia di paziente, le misure cliniche da intraprendere, le pratiche infermieristiche necessarie e le attività di servizio richieste per raggiungere i risultati previsti in una scansione temporale e spaziale prestabilita. Naturalmente, considerando la variabilità che la realtà clinica dimostra quotidianamente nella cura dei pazienti, i percorsi sono descritti e costruiti in modo da considerare anche le eccezioni o le principali varianti.

I percorsi di riferimento si basano, quindi, sull'analisi dei percorsi effettivi, delle conoscenze acquisite o aggiornate del progresso scientifico, della tecnologia disponibile e sono costruiti, migliorati e completati progressivamente, in modo collaborativo

Tabella 1 - La matrice tempo-luogo-attività (adattato dal percorso di valutazione preoperatoria per un trattamento di quadrantectomia per neoplasia maligna alla mammella)

VALUTAZIONE PREOPERATORIA						
1° GIORNO RICOVERO				2° GIORNO RICOVERO		
	attività	luogo	t. medio (min)	attività	luogo	t. medio (min)
supporto amministrativo	accettazione del paziente e verbalizzazione dell'accettazione	accettazione	5			
<i>totale tempo</i>			5			
medico	apertura cartella clinica	divisione di chirurgia	2	visita obbiettiva (2 giornaliere)	divisione di chirurgia	10
	anamnesi; visita obbiettiva (due giornaliere); mantenimento eventuale terapia farmacologica;	divisione di chirurgia	18	valutazione referti indagini	divisione di chirurgia	2
				trascrizione referti su cartella clinica	divisione di chirurgia	3
				inserimento paziente programmazione intervento	divisione di chirurgia	1
<i>totale tempo</i>			20			16
caposala	registrazione cartella clinica ed accettazione	divisione di chirurgia	5	comunicazioni paziente	divisione di chirurgia	5
	comunicazioni paziente	divisione di chirurgia	5			
<i>totale tempo</i>			10			5
infermiera professionale	richiesta radiografia torace e Ecg	divisione di chirurgia	3	prelievo ematico	divisione di chirurgia	2
	accoglienza paziente e accompagnamento posto letto	divisione di chirurgia	5	comunicazioni tra personale infermieristico	divisione di chirurgia	4
	comunicazioni tra personale infermieristico	divisione di chirurgia	4	controllo pressione e temperatura pz	divisione di chirurgia	4
	controllo pressione e temperatura pz	divisione di chirurgia	4	rifacimento letto	divisione di chirurgia	3
	rifacimento letto	divisione di chirurgia	3	somministrazione terapia	divisione di chirurgia	3
	somministrazione terapia	divisione di chirurgia	3	sistemazione prenotturna del paziente	divisione di chirurgia	2
	sistemazione prenotturna del paziente	divisione di chirurgia	2	erogazione pasti	divisione di chirurgia	13
	richiesta indagini ematochimiche	divisione di chirurgia	5			
	erogazione pasti	divisione di chirurgia	13			
	aggiornamento cartella infermieristica	divisione di chirurgia	5			
<i>totale tempo</i>			47			31
O.T.A.	erogazione pasti	divisione di chirurgia	13	erogazione pasti	divisione di chirurgia	13
	rifacimento letto	divisione di chirurgia	3	rifacimento letto	divisione di chirurgia	3
<i>totale tempo</i>			16			16

e concordato dagli operatori realmente coinvolti nella gestione del paziente. Sono, quindi, solamente uno strumento a supporto dell'esercizio dell'attività sanitaria e, come tutti gli strumenti, non riveste alcun valore se manca lo spirito critico di chi lo utilizza e lo deve applicare.

Nell'ambito della costruzione operativa del percorso, s'inserisce infine la fase relativa alla valorizzazione monetaria del percorso stesso. Si è già accennato al tema allorquando si è discusso degli strumenti di supporto alla gestione per processi (ABM e ABC). Si è affermato che l'ABC è un metodo di contabilità gestionale che imputa i costi alle attività che si svolgono nell'azienda per poi ripartirli tra i diversi *output* che l'azienda produce.

È importante chiarire che l'ABC non sostituisce, comunque, i tradizionali sistemi di rilevazione, ma, partendo dai dati da questi forniti, li traduce in informazioni che consentono al decisore di capire come, da quali attività, i costi rilevati si generano e a quale segmento di processo produttivo/di erogazione tali attività contribuiscono.

L'applicazione dell'ABC al «percorso del paziente», non conduce alla definizione del costo pieno (così come vorrebbero i sostenitori dell'ABC puro) del percorso oggetto di valorizzazione: l'analisi dei costi conduce alla definizione del costo speciale di produzione (3).

La scelta dell'utilizzo del costo speciale di produzione (e non del costo pieno) è riconducibile ad una migliore comprensione circa il corretto impiego delle risorse utilizzate per lo svolgimento delle attività, nello sforzo di determinare anche il grado di economicità e di convenienza dei processi, complessivamente gestiti, rispetto al sistema di tariffazione, in modo da garantire la compatibilità sul piano dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda.

Tabella 2 - Le prestazioni intermedie nella matrice tempo-luogo-attività (adattato dal percorso di valutazione preoperatoria per un trattamento di quadrantectomia per neoplasia maligna alla mammella)

VALUTAZIONE PREOPERATORIA				
1° GIORNO RICOVERO		2° GIORNO RICOVERO		
tipologia	U.O.	tipologia	U.O.	
Prestazioni intermedie	radiografia torace <i>standard</i>	radiologia	creatinina	laboratorio
	elettrocardiogramma	cardiologia	glucosio	laboratorio
			sodio	laboratorio
			potassio	laboratorio
			emocromo	laboratorio
			CK	laboratorio
			Ps.Colinesterasi	laboratorio
			P.T.	laboratorio
			P.T.T.	laboratorio
			esame delle urine	laboratorio
			urea	laboratorio
			elettroforesi proteine	laboratorio
			fibrinogeno	laboratorio
			bilirubina totale	laboratorio
			bilirubina diretta	laboratorio
			bilirubina indiretta	laboratorio
			AST	laboratorio
			ALT	laboratorio
			calcio	laboratorio
			cloro	laboratorio
		HbsAg	laboratorio	
		VDRL	laboratorio	
		LDH	laboratorio	
		CPK	laboratorio	
		<i>ecografia mammaria opzionale</i>	radiologia	
		<i>biopsia nodulo opzionale</i>	divisione di chirurgia	
		<i>indagine istologica opzionale</i>	anatomia patologica	
		<i>mammografia bilaterale opzionale</i>	radiologia	

Quel che è importante rilevare in questa sede è che, indipendentemente dalla configurazione di costo cui si perviene, l'ABC ha consentito di introdurre e far conoscere lo strumento dell'ABM che, nato inizialmente quale supporto all'ABC (4), oggi ha acquisito una valenza propria. È possibile, infatti, compiere valutazioni di appropriatezza ed efficienza delle attività svolte dai professionisti, senza focalizzare l'attenzione al mero dato

economico, ma ragionando sulle attività da questi svolte quotidianamente (5).

6. Utilizzo del percorso ai fini decisionali

Le attività, correlabili alle risorse impiegate ed ai fenomeni organizzativi interni alla struttura ospedaliera, sono dunque l'oggetto principale del miglioramento gestionale sulla base

della valutazione critica, positiva o negativa, data dall'apporto da esse fornito al percorso assistenziale.

Sono quindi le attività, e la loro combinazione nel percorso, che determinano l'efficacia, l'efficienza e i diversi aspetti qualitativi generati da un processo assistenziale. Ne deriva che le attività devono essere valutate, al fine di comprendere il reale impatto che queste hanno sul risultato di salute complessivo del paziente e sui costi generati all'organizzazione.

Una tale valutazione può essere espressa, in prima battuta, mediante un giudizio di congruenza rispetto al percorso complessivo (dati di evidenza scientifica, possibili attività alternative, ecc.) e alla collocazione delle attività stesse nel percorso.

In realtà, la numerosità di variabili (tabella 4) che dovrebbero essere tenute in considerazione per un completo monitoraggio degli scostamenti esistenti tra percorsi effettivi e percorsi di riferimento, richiedono la costruzione un sistema di controllo che abbia le caratteristiche relative all'efficacia (rilevando tutti gli elementi significativi e potenzialmente causa di scostamenti), ed efficiente (da non richiedere l'effettuazione di un numero eccessivo di operazioni di rilevazione) (Lega, 1999).

È possibile costruire dei report di profilo che prendono in considerazione diversi indicatori rappresentanti le differenze osservate tra i percorsi effettivi, seguiti dai pazienti nel momento della rilevazione, e i percorsi di riferimento, come termine di confronto. Gli indicatori possono essere correlati a diverse categorie di variabili, misurate in ogni percorso effettuato, e, a titolo esemplificativo, l'analisi degli scostamenti può mettere in luce fenomeni circa:

— il numero ed il tipo di prestazioni effettuate rispetto a quelle previste dal percorso di riferimento;

Tabella 3 - I passi metodologici per la ricostruzione dei percorsi effettivamente seguiti in una struttura ospedaliera

<p>A) <i>INQUADRAMENTO DEL PERCORSO</i></p> <p>Definizione di un primo percorso di massima attraverso i seguenti passaggi:</p> <p>A1) analisi della patologia, alla quale il percorso deve dare una risposta, e breve descrizione della stessa. In questa fase sono identificati i parametri fondamentali che stabiliscono l'ingresso (i criteri) del paziente nel percorso;</p> <p>A2) analisi retrospettiva di un numero statisticamente sufficiente di casi, sulla base dei dati clinici ed assistenziali a disposizione, e prima individuazione delle fasi fondamentali nelle quali si articola complessivamente il percorso e che ne determinano la durata (complessiva e per fasi). L'evidenziazione dalle procedure terapeutiche e/o diagnostiche più rilevanti e dei fattori che determinano l'attivazione di azioni non mediche di maggiore complessità;</p> <p>A3) analisi, rispetto alle fasi individuate al punto precedente, di tempi (medi) di percorrenza effettivi e definizione delle condizioni e modalità che li hanno generati (per esempio esplicitazione del tipo di supporto atteso da altre unità operative, ecc.): proposta di un primo percorso di massima;</p> <p>A4) analisi e definizione delle principali possibili cause di scostamento dal percorso di massima in ragione del verificarsi di determinate condizioni (complicanze, comorbidità, stato sociale del paziente, ecc.) e, conseguentemente, valutazione della loro incidenza sul totale dei casi trattati;</p> <p>A5) esplicitazione della bibliografia impiegata per la costruzione del percorso.</p>
<p>B) <i>AFFINAMENTO DEL PERCORSO DI MASSIMA</i></p> <p>Questa fase porta ad un affinamento del percorso di massima ed alla ricostruzione del percorso effettivamente seguito dal paziente in forma analitica e la matrice tempo-luogo-attività. Ciò è realizzato mediante la rilevazione delle azioni effettivamente fatte su un numero di pazienti sufficientemente significativo attraverso l'impiego della scheda analitica di percorso. Gli elementi da evidenziare sono:</p> <p>B1) articolazione del percorso, in ragione della modalità d'accesso (elettivo, urgente o emergente), così da individuare cosa è possibile fare prima del ricovero programmato, e cosa caratterizza e distingue dagli altri ricoveri il caso d'emergenza o urgenza;</p> <p>B2) esplicitazione delle principali azioni, mediche e non, che compongono il percorso effettivo e della loro articolazione sul piano temporale in modo che possano essere riferite o ad una specifica fase del percorso o ad uno specifico momento (giorno o giorno e ora di degenza);</p> <p>B3) prima esplicitazione dei parametri da utilizzare al fine di valutare il risultato sanitario ottenuto.</p>
<p>Tratto liberamente da G. Casati, 1999.</p>

— la durata di degenza media in termini di differenza tra degenza media osservata e degenza media attesa;

— il risultato di salute in termini di differenza in efficacia tra quanto atteso e quanto ottenuto al termine, o ad una fase intermedia, di ogni processo assistenziale;

— il costo del processo assistenziale come differenza tra quanto previsto

(in risorse assorbite) nel percorso di riferimento e quanto è stato assorbito nel percorso effettivo.

L'utilizzo di *report* di profilo non consente, ad ogni modo, di valutare la dinamica temporale del percorso: tale funzione è svolta dalla scheda analitica del percorso, in grado di descrivere le tappe del processo di cura sia nella dimensione temporo-spaziale sia nell'utilizzo delle risorse.

Con le informazioni del solo *report* di profilo, non è possibile valutare se l'efficacia del percorso (positiva o negativa) dipenda dalla corretta/errata collocazione delle attività. Allo stesso modo, è difficoltoso valutare le cause che hanno portato alla duplicazione di prestazioni o all'adozione di una particolare terapia.

Tuttavia, il contributo degli indicatori del *report* di profilo è di fungere da sentinella, segnalando l'esistenza di un problema che merita di essere ulteriormente indagato; l'analisi più approfondita, attraverso la compilazione di schede di percorso effettive su un campione di pazienti o l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, può fornire gli elementi necessari per comprendere se la disfunzione è collegata ad un'inefficienza (e se questa è eliminabile) o ad una costruzione errata del percorso di riferimento.

I *report* di profilo possono essere costruiti in funzione dell'analiticità delle informazioni che s'intendono ottenere e degli utilizzatori cui sono rivolti (Lega, 1999):

— i *report* di sintesi per patologia rispetto alle unità operative che la trattano;

— i *report* generali per patologia rispetto alle variabili ritenute critiche;

— i *report* di dettaglio per variabile critica.

La tabella 5 mostra un esempio di *report* di sintesi in cui si analizzano le diverse unità operative che hanno dimesso la patologia oggetto del percorso, secondo le dimensioni della degenza media, della complessità dei casi trattati, del coefficiente di variazione (6).

Il secondo tipo di *report* (tabella 6) presenta invece il quadro generale delle variabili critiche osservate rispetto al percorso di riferimento, tra cui si trovano:

— informazioni di tipo statistico rispetto alla popolazione dei pazienti

Tabella 4 - Le macrocategorie di cause di varianza

Tipo di varianza	Esempi
Varianza dovuta al paziente od alla sua famiglia	— Presenza di complicanze — <i>Compliance</i> — Mancanza del supporto familiare
Varianza dovuta all'operatore sanitario	— Ritardo espletamento trattamento clinico — Ritardo nell'informazione con i familiari circa la dimissione di un paziente «problematico»
Varianza dovuta alla struttura o alla tecnologia dell'ospedale	— Ritardi nell'effettuazione di determinate indagini (saturazione produttiva, rottura) — Mancanza di posti letto nei trasferimenti tra unità operative diverse — Elevata burocratizzazione della documentazione clinica
Varianza dovuta al contesto socio assistenziale	— Assenza di assistenza domiciliare integrata — Servizio di trasporto (ambulanza) non efficace
Zander, 1991; Coffey et al., 1992.	

trattati, quali la composizione percentuale per età e sesso, la modalità di accesso (programmata od urgente) alla struttura, il numero di casi trattati da una specifica unità operativa rispetto al totale dei casi trattati con o senza il percorso nell'azienda;

— informazioni sul professionista che ha proposto il ricovero, importanti per definire criteri e responsabilità

chiare per l'accesso del paziente al percorso;

— dati sul numero e tipo di prestazioni/procedure eseguite sulla popolazione di pazienti osservata;

— dati sui risultati di salute conseguiti, stimati attraverso indicatori quali il numero di decessi, il numero di interventi secondari, l'insorgere di complicazioni, la modalità di dimissione;

— infine, dati sul costo effettivo del percorso, che è calcolato utilizzando un sistema di punti per valorizzare le differenti prestazioni/procedure, in modo tale da tenere conto del diverso assorbimento di risorse prodotto da diverse prestazioni erogate dalla stessa unità operativa, ad esempio dalla radiologia (vedi un'indagine di radiologia tradizionale vs. una TAC); la somma dei punti di tutte le prestazioni mediamente utilizzate lungo il processi di cura, moltiplicata per il valore monetario del singolo punto, determina la stima del costo effettivo della patologia per paziente.

Da questo *report* si traggono informazioni decisive per valutare il bisogno o meno di prevedere percorsi alternativi in presenza di fattori di varianza collegati al ripetuto presentarsi di pazienti con condizioni cliniche complesse: le informazioni contenute nel *report* per patologia forniscono gli indizi per approfondire le principali cause cliniche (legate quindi al paziente) della varianza osservata. Si può così giungere a mappare la frequenza di queste cause per stabilire rispetto a quale sia maggiormente utile sviluppare o un percorso integrativo, attraverso una ramificazione del per-

Tabella 5 - Esempio di report di profilo di sintesi percorso

ANALISI PER REPARTO DI DIMISSIONE - ANNO 1997								
Area: chirurgia generale								
INTERVENTI: COLECISTI E VIE BILIARI - Cod. 51								
	N. casi	% % con CC	Degenza media	Degenza media preop.	Coeff. di variazione	Tasso di mortalità	Età > 65	N. casi in DH
U.O. n. 1	263	17,0	7,7	3,3	112,60	0,38	57%	4
U.O. n. 2	97	6,7	1,3	0,7	208,42	0	25%	0
U.O. n. 3	89	12,7	11,1	5,3	84,31	0	49%	1
U.O. n. 4	81	15,3	15,1	5,1	83,77	1,23	51%	0
U.O. n. 5	80	18,6	9,1	3,6	109,50	0	51%	2
Totale area.....	610	14,5	8,3	3,4	117,05	0,33		7
Tratto da G. Casati (1999).								

Tabella 6 - Esempio di report di profilo per patologia

OSPEDALE DI XY				REPORT DI PROFILO		
CdR: DIVISIONE DI CHIRURGIA GENERALE						
Gruppo pazienti (ICD IX): 51.23				Periodo: Gennaio 1996		
Colecistectomia Laparoscopica						
Regime: Ordinario		Maschi (%): 23		Femmine (%): 77		
Età: 0-18 (%): 0		19-40 (%): 23		41-60 (%): 29		61-80 (%): 45
						>81 (%): 3
		AZIENDA		CdR		OUT-LIERS
		N.	%	N.	%	Var. %
N. TOTALE DI CASI		31		18	58	
TIPO DI RICOVERO:						
Programmato		24	77	15	83	+8
Urgente		7	23	3	17	-26
PROPOSTA DI RICOVERO:						
Medico di Base		6	19	1	6	-68
Guardia Medica						
Medico Specialista		17	55	11	61	+11
Ricorso Diretto		3	10	1	6	-40
Trasferito Altro Ist. Pubb.						
Trasferito Altro Ist. Priv.						
SIMAP						
PROCEDURE:						
Intervento Chirurgico		20	64	16	89	+39
Terapia Medica						
Radiologia						
Biochimica						
Ematologia						
Microbiologia						
An. Patologica						
Ass. Infermieristica						
Fisioterapia						
DEGENZA MEDIA		6,3		4,0		-43
Degenza pre-op.		3,6		2,0		-56
Degenza post-op.		2,7		2,0		-26
DECESSI		0	0	0	0	0
PATOL. SECONDARIE		0	0	0	0	0
INTERV. SECONDARI		0	0	0	0	0
COMPLICAZIONI		0	0	0	0	0
MODALITA' DI DIMISSIONE:						
Ord. a Domicilio		31	100	18	100	0
C/o Lungodeg. o RSA						
Protetta a Domicilio						
Volontaria						
Trasferimento ad Altro Ist.						
Tr. A altro Regime di Ric.						
PUNTI DRG						
COSTO						
Tratto da G. Casati (1999).						

corso di riferimento iniziale, o comunque un *workflow* decisionale che indichi come trattare l'eccezione uniformando, rispetto ad essa, i comportamenti dei professionisti clinici.

In conclusione, si può osservare come, con la produzione dei diversi tipi di *report* di profilo analizzati in precedenza, si esaurisca la fase del monitoraggio dei percorsi effettivi e del confronto con quello di riferimento: l'informazione così prodotta rende possibile l'attivazione delle azioni

correttive, con cui, moderando le aree critiche nel processo produttivo e correggendo i difetti del percorso di riferimento, si esaurisce un ciclo del miglioramento continuo, per iniziarne uno nuovo.

7. Le finalità del «percorso del paziente ospedaliero»

L'approccio metodologico proposto si basa sull'assunto che, per consentire agli operatori sanitari di attiva-

re le azioni necessarie per governare i risultati, sanitari e gestionali, dell'azienda, occorre rendere disponibile una tipologia d'informazione, tendenzialmente di carattere non monetario, che evidenzi il percorso compiuto dai pazienti direttamente gestiti e le singole attività utilizzate per risolvere gli specifici problemi di salute che ciascuno di loro presenta.

Avendo preventivamente predisposto dei percorsi di riferimento, si rende possibile esercitare un continuo monitoraggio dello sviluppo dei percorsi gestiti e attivare le azioni necessarie per il miglioramento complessivo dei risultati di salute e gestionali.

In effetti, con la predisposizione di percorsi assistenziali all'interno di una struttura sanitaria, possono nascere, o rinforzarsi, relazioni tra:

— il paziente, o relativi familiari, e gli operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici): i percorsi possono diventare un efficace strumento di comunicazione preparando, educando e tutelando il paziente al fine di una pronta informazione circa il processo di diagnosi cura, le tappe principali del ricovero, i rischi eventualmente connessi ed i benefici correlati. Il paziente è altresì informato delle modalità di prenotazione, dei tempi d'effettuazione, in un aperto rapporto di educazione all'utilizzo corretto della struttura ospedaliera;

— tra gli operatori sanitari di una unità operativa ed operatori di altre unità: se il percorso più adeguato per gestire una determinata condizione patologica sposta l'attenzione dei professionisti dal singolo atto alla gestione complessiva del caso, i professionisti di una singola unità operativa troveranno le migliori condizioni e risposte agli interventi prospettati consultandosi e confrontandosi con i membri di altre unità. Le relazioni instaurate consentono di raggiungere una chiara definizione del più corretto profilo

diagnostico e terapeutico e delle risorse necessarie e disponibili per perseguirlo;

— tra gli operatori sanitari di una stessa unità: il percorso diventa anche uno strumento di conoscenza condivisa all'interno della stessa *équipe* anche per gli aspetti non necessariamente legati alla sfera tecnico-scientifica ma agli aspetti qualitativi del servizio erogato;

— tra gli operatori sanitari e il management aziendale: esiste la concreta possibilità di valorizzare economicamente del percorso del paziente. Tale informazione diventa rilevante poiché si confronta il costo effettivo di un percorso rispetto al costo atteso dalla sua progettazione. L'informazione di costo è utilizzata anche per il confronto con le tariffe attualmente vigenti per il rimborso delle prestazioni ospedaliere;

— tra aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere: è evidente che anche la gestione di pazienti in ambito ospedaliero risente necessariamente del complesso problema gestionale dei pazienti in ambito territoriale. Si pensi, a questo riguardo, alla gestione dei pazienti nella fase post-acuta, bisognosi di assistenza domiciliare, lungodegenza o riabilitazione, oppure a pazienti che giungono, con diversa motivazione, all'attenzione della struttura ospedaliera, inviati dal medico di medicina generale ed a lui successivamente rinviati. In tale ottica, la metodologia di lavoro proposta, consente di sviluppare canali relazionali preferenziali al fine di governare e tutelare le situazioni di disagio clinico ed assistenziale che non iniziano o non esauriscono il proprio problema all'interno della struttura ospedaliera;

— tra aziende sanitarie e Comuni: talvolta il problema del paziente non si esaurisce all'interno di organizzazioni caratteristicamente sanitarie. Una graduale e migliore integrazione con i

Comuni (attualmente i depositari dei possibili interventi sociali) può consentire di creare pronte e diversificate soluzioni per i pazienti che necessitano di interventi mirati di tipo non sanitario.

La definizione ed il monitoraggio dei percorsi pongono che i professionisti chiariscano le modalità con le quali intendono gestire i diversi problemi di salute che devono affrontare. In una successiva fase di sviluppo è normale che, sulla base del confronto tra percorsi effettivi e di riferimento o tra percorsi di riferimento di strutture diverse, sia avviato un processo di valutazione dell'appropriatezza dei singoli elementi che compongono i percorsi stessi.

Per quanto detto finora, «il percorso del paziente» non deve essere confuso con l'utilizzo delle linee guida o, con l'utilizzo di protocolli prescrittivi: tale approccio metodologico comprende momenti di valutazione che coinvolgono sia gli aspetti di tipo clinico sia gli aspetti organizzativi e gestionali di un processo assistenziale.

Le linee guida sono indicazioni di comportamento pratico ovvero raccomandazioni elaborate attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in determinate circostanze cliniche (Ottone, 1997). In altre parole identificano le raccomandazioni di comportamento clinico emanate e promulgate da fonti autorevoli che, pur non avendo una caratteristica prescrittiva, rappresentano i consigli circa il miglior modo di giungere ad una corretta diagnosi e/o di stabilire una corretta terapia allo stato delle più recenti conoscenze scientifiche.

La comunità medica recepisce tali informazioni e cerca di applicare nella realtà ciò che una linea guida, nella teoria, propone.

Una linea guida è carente del risvolto reale. Centra il *focus* della sua attenzione sulla patologia o sul sospetto diagnostico senza prendere in considerazione i diversi aspetti che, inevitabilmente, sono collegati allo stato patologico: il paziente ed i problemi peculiari che può manifestare, l'organizzazione cui il paziente si affida, le risorse che quest'ultima dispone, il risultato di salute che il paziente conseguirà al termine del proprio processo assistenziale.

Il «percorso del paziente» si propone come un approccio metodologico, condiviso dagli attori facenti parte del processo assistenziale (gli operatori sanitari, aziendali), che mira anche al coinvolgimento del paziente, cercando di capire, innanzitutto, cosa è fatto per risolvere un determinato problema di salute in un dato contesto aziendale, con quali risorse e con quali risultati. Cerca di spiegare perché quel determinato paziente ha affrontato un processo di cura e non un altro.

Pur non volendo intaccare la validità delle linee guida, di dimostrata scientificità e strumento complementare del «percorso del paziente», esse non riescono ad esaurire tutte le problematiche presenti, nel contesto reale, nella gestione di un paziente. È la stessa differenza che intercorre tra i termini «efficacy», ed «effectiveness» (7): la probabilità di raggiungere un risultato di salute in condizioni ideali e la stessa probabilità in condizioni reali.

Questa confusione, il pensare che le linee guida potessero risolvere l'annosa questione circa l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali, è nata anche dalla ripresa del termine «percorso diagnostico-terapeutico» utilizzato nella legge Finanziaria del 1996 e ribadito nell'allora Piano sanitario nazionale 1998-2000 in cui il concetto di linea guida ha diversi punti in comune con l'accezione del ter-

mine «percorso diagnostico-terapeutico».

Ben diverso appare l'attuale orientamento legislativo (D.L.vo 299/99, comma 8, art. 1) che prevede che il Piano sanitario nazionale indichi, tra l'altro «le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza».

È facile, allora, intuire la profonda diversità esistente tra una linea guida, quale consiglio autorevole, e il «percorso del paziente», cercando di cogliere le sfumature e le inevitabili variabili che da sempre caratterizzano i processi assistenziali. Ciò nonostante, l'approccio metodologico non intende sostituirsi ad esse, anzi, cerca di esaltarne l'utilizzo ma valutando contemporaneamente gli aspetti che esse non contemplano: il risultato, l'organizzazione, le risorse. Il «percorso del paziente» è un parametro di confronto tra quanto è fatto per risolvere un problema di salute e quanto è possibile fare, senza stabilire a priori il comportamento un comportamento sanitario, cercando di fissare un punto di riferimento su come i professionisti possano lavorare.

Tanto più che, l'eventuale applicazione prescrittiva di linee guida andrebbe, inevitabilmente, a scontrarsi con il principio dell'autonomia clinica e, come concordano Borgonovi e Zangrandi (1988, p. 44), la necessità di garantire al medico questa autonomia, la capacità di decidere in merito alle modalità di trattamento dei casi, diviene punto fondamentale di riferimento per tutte queste aziende (sanitarie, cfr.) ed elemento caratterizzante la loro gestione ed organizzazione.

La progettazione dei percorsi del paziente, all'interno delle strutture sanitarie, non è scevra da alcuni fattori di criticità.

Un primo problema è connesso alla mappatura delle attività, e conseguentemente del processo complessivo di cura, caratterizzato da un elevato livello d'integrazione tra le diverse unità operative ospedaliere e tra strutture ospedaliere e servizi territoriali.

Nell'ambito della stessa struttura ospedaliera, inoltre, le difficoltà più rilevanti sono legate al difficile riconoscimento del ruolo svolto dal fornitore/cliente interno: nelle aziende di tipo pubblico esiste una scarsa possibilità di optare per scelte alternative al fornitore interno. Se la metodologia di lavoro, basata sui percorsi, prevede un miglioramento incrementale rispetto alle prestazioni erogate per raggiungere il risultato di salute, occorre individuare strumenti che possono superare tale limite, consentendo di gestire i casi d'insoddisfazione o che danno luogo a reclami.

Le possibilità sarebbero date dall'individuazione di fornitori «alternativi» a quelli istituzionali o dallo sviluppo delle potenzialità dei fornitori interni, collegando i risultati ottenuti ad un sistema premiante, in un clima di crescente competitività interna e di collaborazione.

Ulteriore vincolo è rappresentato dall'attuale carenza di sistemi informativi-informatici necessari a supporto dell'approccio metodologico. Le possibilità sono date da scelte di investimento e, in questo senso, l'azienda dovrebbe procedere alla predisposizione di un progetto di sviluppo del sistema informativo-informatico aziendale per garantire il monitoraggio dei percorsi per variabili critiche e, in prospettiva di medio periodo, il monitoraggio completo dei percorsi.

Sebbene esistano anche elementi di criticità in merito all'applicazione dei

percorsi come metodo di lavoro condiviso, si può comunque affermare che, dove esistono le condizioni per la sua applicazione (elevata integrazione di processo, complessità gestionale elevata, ecc.), la metodologia proposta appare, al momento, la soluzione più vantaggiosa per attivare nuove logiche gestionali che si pongano come obiettivi la rivalutazione del ruolo del paziente insieme con una recuperata efficienza ed efficacia.

Attualmente è in corso di sviluppo un programma di ricerca sperimentale, coinvolgente tre aziende (Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, Azienda ospedaliera autonoma G. Bolognini di Seriate e Azienda ospedaliera autonoma L. Sacco di Milano); nell'anno 2000, il programma sarà affiancato da un ulteriore progetto esteso a dodici aziende diffuse nel territorio nazionale. Queste iniziative permetteranno una piena applicazione operativa dell'approccio metodologico e, soprattutto, consentiranno di comprendere, come e in che misura, i vincoli possano essere superati.

(1) È possibile trovare la stessa visione aziendale, seppure con una terminologia non sempre omogenea, in alcuni concetti fondamentali dell'economia aziendale: si definiscono le combinazioni economiche l'insieme delle operazioni svolte da tutte le persone che partecipano all'azienda dando quindi origine all'attività economica dell'azienda stessa. A sua volta, con il termine operazione si intende il risultato dello svolgimento di più attività elementari; le operazioni, inoltre, si aggregano in insiemi ordinati (nel senso che sono fra loro legate da relazioni temporali, di complementarità ed uniformità relativa) al fine di originare i processi. Questi ultimi possono infine essere aggregati in coordinazioni parziali che danno origine a combinazioni parziali e generali. Per ulteriori approfondimenti si veda Airoldi, Brunetti, Coda (1994, par. 7), Masini (1979, par. 6), Rugiadini (1979, par. 14).

(2) Per ulteriori informazioni circa l'utilizzo dei diagrammi di flusso si rimanda alla letteratura in materia.

(3) In base alle definizioni di Coda (1968, p. 14) si intendono:

— costi speciali (detti anche diretti) quei costi relativi ai fattori partecipanti esclusivamente alla coordinazione produttiva alla quale il calcolo di costo è riferito;

— costi comuni (detti anche generali o indiretti) quei costi relativi ai fattori che, direttamente o indirettamente, concorrono allo svolgimento di coordinazioni produttive differenti, assunte come distinti oggetti di imputazione dei costi.

Se al costo speciale si aggiungo i costi comuni o generali, si ottiene la configurazione di costo pieno. Occorre sottolineare che la ripartizione dei costi comuni o generali al singolo oggetto di rilevazione deve avvenire attraverso l'utilizzo di criteri di tipo congetturale (basi di ripartizione) la cui scelta è soggettiva.

(4) L'ABM è stato da sempre considerato funzionale all'ABC, così come dimostrano alcune osservazioni di Tardivo (1994, p. 27): «L'aspetto innovativo dell'ABC in effetti non sta nella determinazione del *full costing* a base multipla, ma nell'analisi delle attività che si svolge a monte del calcolo del costo di prodotto».

(5) Affermano a tal proposito Brimson, *et al.* (1994, p. 164): «... l'ABM differisce dall'ABC perché non si propone come sistema avanzato di gestione di costi, ma piuttosto come sistema per gestire le attività invece dei costi».

(6) Il coefficiente di variazione è calcolato come rapporto tra la deviazione *standard* della variabile considerata e la media della variabile. La deviazione *standard* (o scarto quadratico

medio) è l'indice di variabilità per eccellenza che si calcola come radice quadrata della varianza. A sua volta la varianza è data dal rapporto tra la somma dei quadrati degli scarti rispetto alla media ed il numero di osservazioni prese in considerazione. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla letteratura in materia.

(7) In base alle definizioni dell'O.T.A. (1980) abbiamo:

— *Efficacy: the probability of benefit to individuals in a defined population from a medical technology applied for a given medical problem under ideal conditions of use;*

— *Effectiveness: Same as efficacy except that it refers to «...average conditions of use».*

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- BRIMSON J. (1991), *Activity Accounting. An activity-based costing approach*, Wiley.
- BRIMSON J., GOLINELLI G.M., TARDIVO G., ZANENGA P. (1994), *L'Activity Based Management. Una sintesi operativa*, Sinergie, n. 34, maggio-agosto.
- BORGOLOVI E., ZANGRANDI A. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico-aziendale*, Milano, Giuffrè.
- CASATI G. (A CURA DI) (1999), *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità*, Egea, Milano.
- CAVALLO M.C. (1999), *Oggetto e finalità dei percorsi del paziente*, in Casati G. (1999), pp. 51-64.
- CODA V. (1968), *I costi di produzione*, Giuffrè, Milano.
- COFFEY R. ET AL. (1988), *An introduction to critical paths*, Quality management in health care, n. 1, pp. 45-52.
- LEGA F. (1999), *L'utilizzo del «percorso del paziente» quale strumento di supporto alle decisioni*, in Casati G. (1999), pp. 77-93.
- MASINI C. (1979), *Lavoro e risparmio*, 2ª ed., UTET (1ª ed. 1970).
- O.T.A. (1980), *The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology*, G.P.O., Washington D.C.
- OTTONE G. (1997), *Le linee guida: qualità clinica, organizzativa e gestionale*, Mecosan, 22, Milano, p. 95.
- PIERANTOZZI D. (1998), *La gestione dei processi nell'ottica del valore*, Egea, Milano.
- RUGIADINI A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano.
- SCHRIEFER J. (1994), *The synergy of pathways and algorithms: two tools work better than one*, Journal on quality improvement, vol. 20, n. 9.
- TARDIVO G. (1994), *L'Activity-Based Management. Principi e tecniche elaborative*, Sinergie, n. 34, maggio-agosto.
- ZANDER K. (1991), *What's new in managed care and case management*, The new definition 6, 2, pp. 1-2.
- ZANENGA P., AMAGLIO A. (1994), *Activity Based Management: come realizzare un sistema avanzato di governo dell'impresa*, FrancoAngeli, Milano.