

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
Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

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

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. 95.000

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 Problemi di salute e funzionamento dei sistemi sanitari**
Elio Borgonovi
- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- 9 Strumenti manageriali per il governo della medicina generale: modalità di gestione degli accordi in Emilia-Romagna**
A. Galletti, M. Lazzarato, F. Longo, P. Tedeschi, R. Zanzi
- 25 Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione**
Mariolina Longo, Cristina Masella
- 37 Coordinamento tra Comuni, Aziende sanitarie e Tribunale per i minorenni. Analisi delle modalità di relazione**
Giuseppe Belbusti
- 53 Problemi di finanziamento delle funzioni assistenziali: un'analisi del caso della salute mentale**
M. Coi, G. Napolitano, F. Spandonaro
- 67 I costi dei pazienti sottoposti a impianto di pacemaker**
A. Di Maio, V. Mapelli, G. Biino, M. Paglione, A. Pistorio, F. Frattini, G. Marinoni, A. Marinoni
- Forum sulle professioni sanitarie**
- 77 Cristina Filannino (a cura di)**
- Sez. 2ª - **Documenti e commenti**
- 103 La riforma della Medicina generale**
Emanuele Vendramini
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- 111 Clienti interni, clienti esterni, comunicazione pubblica integrata: quale ruolo per l'URP**
Catia Ghinelli, Silvia Gambari
- 121 L'introduzione della contabilità economica nell'Azienda sanitaria di Cesena: occasione per una riforma organizzativa**
Fosco Foglietta, Maurizio Chiarini
- Sez. 5ª - **Sanità e impresa**
- 137 L'ossigenoterapia domiciliare in cinque paesi europei: un'analisi comparativa**
Livio Garattini, Fabrizio Tediosi
- Sez. 6ª - **Biblioteca**
- 151 Recensioni**
- 155 Novità bibliografiche**
- 159 Spoglio riviste**
- 162 Bibliografia monotematica**
- 167 Tesi di laurea**

PROBLEMI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SISTEMI SANITARI

Elio Borgonovi

Le nuove scoperte o annunci di progressi scientifici nel campo del genoma, della clonazione, dei trapianti, della biogenetica o bioingegneria che hanno aperto affascinanti prospettive con riguardo alla tutela della salute, insieme a problemi etici rilevanti e laceranti per le coscienze, sembrano aver relegato in un certo senso in secondo piano il dibattito sulla Riforma del sistema sanitario ter che, approvata nel luglio 1999 dopo lungo dibattito tecnico e un confronto-scontro di carattere politico, sembra essere stata abbandonata a se stessa, forse in attesa di un chiarimento e di una stabilizzazione del quadro politico che fa da cornice alle «politiche sanitarie». Eppure è noto che nella società moderna, mentre le scoperte e le conoscenze scientifiche si diffondono rapidamente in tutto il mondo, si hanno «differenti velocità» nella capacità di applicare le nuove conoscenze a causa soprattutto del diverso livello di funzionalità e di efficienza dei sistemi sanitari.

Per tenere aperto questo fronte del dibattito e per preparare gli «operatori della sanità» (i professionisti, medici e non medici, i manager, coloro che sono chiamati a formulare gli indirizzi e le politiche a livello nazionale, regionale e locale) ad affrontare le «novità» che le Regioni e il futuro governo sicuramente riproporranno, appare opportuno riproporre una riflessione

ne su alcuni principi che devono guidare i processi di cambiamento/adattamento dei sistemi organizzativi e sociali complessi. Migliorare la funzionalità del sistema sanitario per ridurre la «dispersione» delle enormi potenzialità di dare risposte positive ai problemi di salute che la scienza e le nuove tecnologie hanno creato, diventa un imperativo per il prossimo futuro cui occorrerà dare risposte non idealistiche e velleitarie, ma risposte mosse da ideali verificati tuttavia alla luce di un'attenta considerazione dei comportamenti reali.

Occorre innanzitutto osservare che gli stimoli al cambiamento possono derivare:

a) da valori e atteggiamenti delle persone che, in funzione di una loro concezione religiosa o laica, considerano come proprio dovere la ricerca del miglioramento, specie nel caso in cui esso riguardi la salute di altre persone;

b) dalla percezione della utilità/convenienza (intese in senso lato) che ogni soggetto fisico o giuridico può trarre dal fatto di rispondere ai bisogni di salute con modalità diverse rispetto al passato;

c) dalla presenza di «pressioni esterne» che impongono di modificare i propri comportamenti pena la perdita di legittimazione o addirittura il rischio di non poter continuare la propria attività: è il caso del rafforzamento

del potere dell'opinione pubblica o di forme organizzate della società come il tribunale di difesa dei diritti del malato o altre forme di associazionismo, o la creazione di forme di competizione che possono mettere a rischio il permanere di certi ospedali o di altre strutture di offerta che non riescono a mantenere determinati livelli qualitativi dei servizi, o a contenere i costi o la spesa complessiva;

d) dall'introduzione di forme di controllo dell'attività svolta che impongono il confronto tra ciò che una azienda sanitaria (pubblica o privata) fa e ciò che dovrebbe fare, tra le caratteristiche (qualità, sicurezza, costo, competitività) delle prestazioni sanitarie che un certo professionista (medico o altro) o una certa struttura è in grado di garantire e analoghe prestazioni che altri professionisti o altre strutture garantiscono.

Concentrando l'attenzione su questo ultimo fattore, si ricordano due differenti filosofie sottostanti il ruolo e l'efficacia del confronto ai fini del cambiamento. La prima, tipica delle teorie manageriali di derivazione prettamente anglosassone secondo la quale «non è possibile migliorare ciò che non è misurabile in termini quantitativi». La seconda, che rispecchia maggiormente la cultura professionale, secondo la quale il miglioramento è un processo legato all'accumulo di esperienza e alla trasmissione di co-

noscenze e di esperienza tra i diversi soggetti.

Secondo la prima impostazione, che considera centrale la misurazione, il fattore determinante che consente di governare il cambiamento e orientarlo nella direzione voluta è la messa a punto di strumenti di misurazione adeguati sul piano «tecnico». Auspicare, propugnare o imporre per legge il miglioramento senza avere a disposizione o senza preoccuparsi di mettere a punto preventivamente, validi, coerenti e condivisi strumenti di misurazione, significa fare vaghe enunciazioni prive di conseguenze pratiche. Ciò vale per aspetti correlati all'efficacia (degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione), alla qualità dei servizi, alla soddisfazione dei pazienti, ai livelli di efficienza, ai costi ed altri ancora. Chi propone di introdurre forme di confronto di tutti questi aspetti deve essere in grado di proporre anche strumenti «operativi e concreti» per misurarli.

Chi, al contrario, ritiene valida o si fa paladino dell'altra teoria, che considera centrale l'accumulo e la trasmissione della cultura professionale, deve impegnarsi a introdurre e a rendere sempre più efficienti i sistemi di trasmissione delle conoscenze e dell'esperienza.

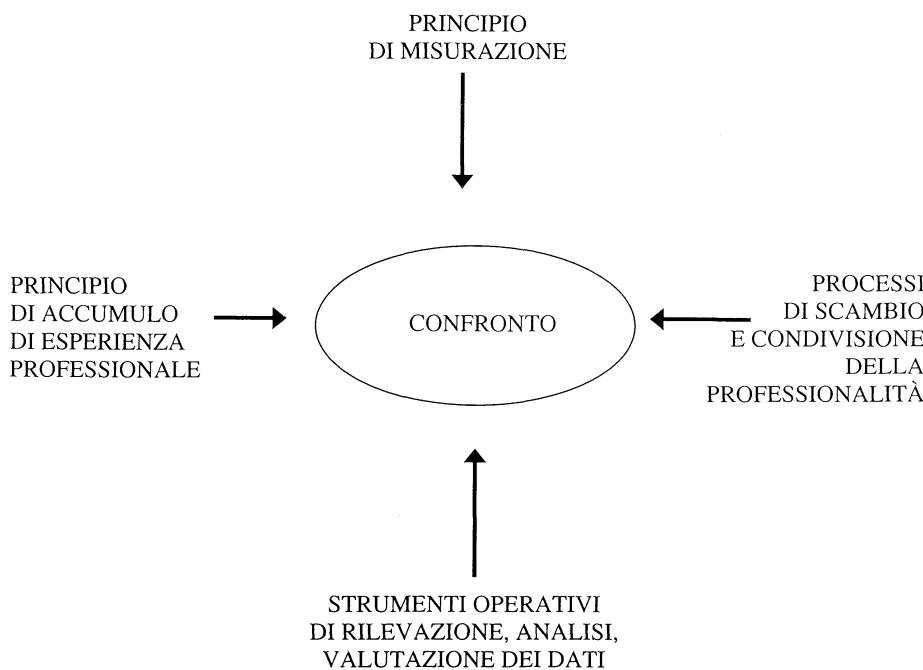
Non si possono enunciare vaghi e astratti principi del ruolo della cultura «professionale» quale alternativa del «freddo tecnicismo dei numeri» (come spesso si sente ancora dire nel settore sanitario) senza poi preoccuparsi di migliorare e di adeguare alle moderne tecnologie informatiche e telematiche, i processi di sviluppo professionale dei giovani medici, infermieri, biologi, tecnici, ecc. Rappresentando le due logiche nello schema di seguito riportato si può affermare che i sistemi sanitari odierni richiedono il rafforzamento di due sistemi completamente diversi, non necessariamente alternativi che, anzi, devono considerarsi complementari.

Il miglioramento del sistema lungo l'asse verticale può avvenire solo in quei sistemi che sono in grado di mettere a punto e di utilizzare sofisticati e sempre più affinati strumenti di misurazione, mentre il miglioramento lungo l'asse orizzontale può avvenire anche in assenza di sofisticati strumenti di misurazione (che ovviamente hanno un costo che è tanto più elevato quanto maggiore è il loro grado di sofisticazione) a condizione però che si moltiplichino e si rendano sempre più efficaci le occasioni nelle quali i professionisti possono mettere a confronto le loro esperienze e possono imparare gli uni dagli altri.

In base a questo schema può essere interpretata e applicata anche la teoria (l'impostazione, la logica), oggi molto di moda della cosiddetta evidence based medicine o le teorie manageriali dei sistemi informativo-informatici applicati alla sanità. Vi può essere una impostazione secondo cui le conoscenze medico-scientifiche «basate sull'evidenza» sono solo quelle dimostrabili con metodo scientifico sulla base di dati statisticamente significativi (da qui il legame tra epidemiologia, ricerca clinica e uso esteso dei sistemi informativo-informatici), oppure vi può essere una impostazione che, pur riconoscendo la necessità di fare riferimento a dati per evitare che permangano «preconcetti scientifici» o «conoscenze erronee» sedimentate e trasmesse nel tempo, ritiene che la «evidenza» nel caso della salute non può essere riconducibile esclusivamente a dati, ma è anche ricollegabile a processi cognitivi «resi significativi» dalla esperienza e dalla sensibilità «clinica» del professionista.

Un secondo aspetto riguarda la valutazione che è processo strettamente collegato al confronto.

Infatti, la valutazione è diretta conseguenza dei processi di misurazione (si mettono a confronto indicatori di



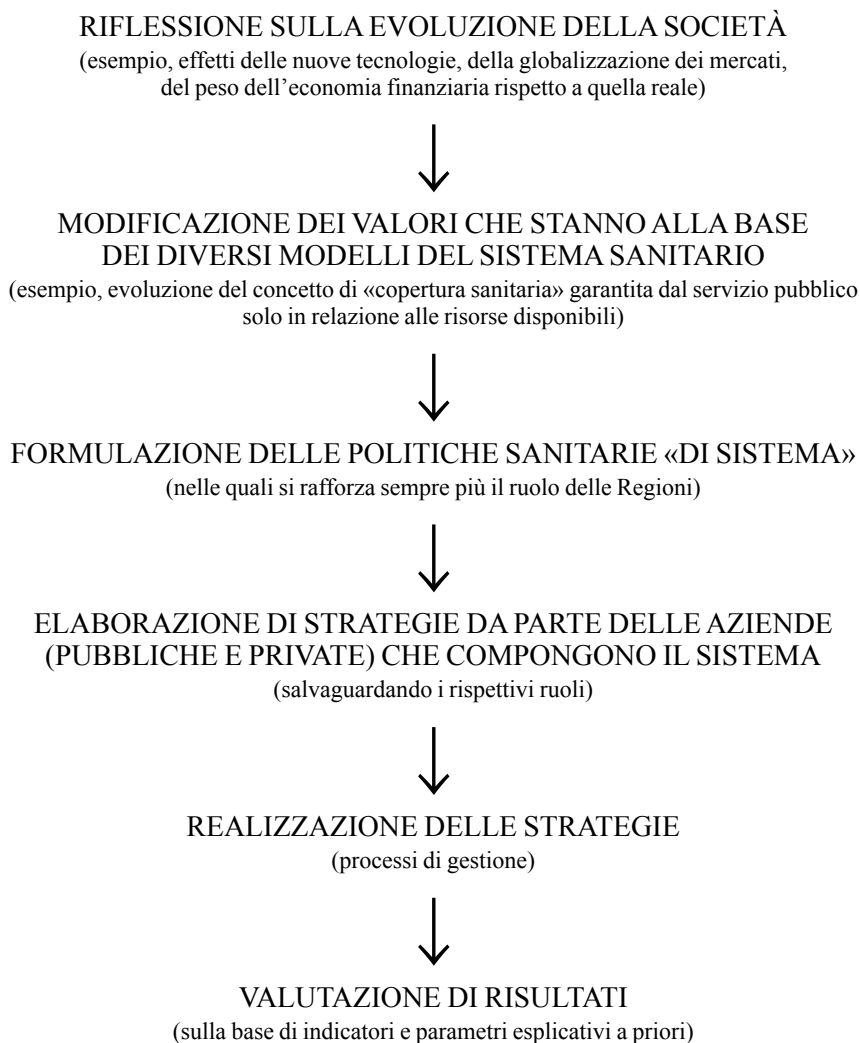
efficacia clinica, di efficienza, di economicità) o di processi di confronto professionale da cui possono derivare indicazioni su cosa e come modificare per rendere i risultati dell'attività di assistenza maggiormente aderenti alle attese dei pazienti. In questo senso si ha una interdipendenza tra «processi amministrativi» (e manageriali) e «processi professionali». I primi, tramite cui si ricevono, elaborano e analizzano dati e informazioni possono influenzare i comportamenti di medici, infermieri, biologi, tecnici, ecc. Il tipo di condizionamento dipende, peraltro, dal grado di omogeneità/differenziazione della cultura e dei comportamenti professionali. Infatti in presenza di una forte omogeneità della natura e dei comportamenti professionali si sviluppano forme di autocontrollo che rendono meno necessari, se non addirittura superflui in certi casi, sistemi di controllo-valutazione di carattere amministrativo. Al contrario, in presenza di un più elevato livello di differenziazione della cultura e dei comportamenti professionali, i sistemi di valutazione dei risultati fondati su dati e informazioni appaiono maggiormente utili in quanto riducono le situazioni di «autoreferenzialità» e di «soggettivismo» che è molto più diffuso nel settore sanitario di quanto non sia in altri settori.

In effetti, per altri tipi di bisogni le persone hanno una più elevata autonomia di giudizio e una maggiore capacità di valutare ciò che è effettivamente utile per soddisfarli, mentre con riguardo ai bisogni di salute vi sono elementi tecnici e fattori psicologici che creano un più forte ed accentuato grado di dipendenza del paziente dal medico e da altri professionisti: questa situazione aumenta l'utilità di sistemi di comparazione dei risultati e di valutazione. Si può allora sostenere che si ha una realtà nella quale aumenta strutturalmente il livello

di differenziazione «professionale», i processi amministrativi e il ruolo dell'amministrazione, lungi dal contrapporsi agli obiettivi, alla cultura e alle esigenze di tipo professionale, possono aiutare a ricondurre ad unitarietà il contributo di diversi specialisti. In effetti, il miglior modo di ricondurre ad unitarietà processi complessi è quello di valutare i risultati. In definitiva su questo punto si può concludere che «la diffusione della cultura della valutazione estesa ai vari livelli (efficacia, efficienza, economicità) è fattore rilevante per il miglioramento del sistema sanitario ma che

il tipo e il livello di sofisticazione dei sistemi di valutazione devono essere rapportati al grado di omogeneità/differenziazione professionale esistente in determinati momenti.

Peraltro il tema della valutazione si collega da un lato agli indicatori e ai parametri rispetto ai quali si valutano azioni e risultati e dall'altro ai sistemi tramite cui si integrano le conoscenze e si organizzano i comportamenti. La valutazione, per essere efficace e produrre miglioramento, deve far riferimento a un processo che si sviluppa nelle seguenti fasi:



Si tratta di una sequenza logica che è tanto più efficace quanto maggiore è la coerenza con la quale sono collegate tra loro le varie fasi. Si fa riferimento ad una coerenza «logica» e «culturale», ben sapendo che sono ormai ampiamente superate le teorie della «pianificazione formale di lungo periodo» degli anni settanta e ottanta (che, ad esempio, avevano improntato la legge 833/78) che accentuava gli elementi di coerenza di carattere «tecnicistico» nel passaggio da una fase all'altra. Tuttavia, va sottolineato che negli anni novanta ha prevalso quella che si può definire la «schizofrenia del modernismo e/o del cambiamento» che, ad esempio, ha determinato forti e crescenti incongruenze tra l'evoluzione del modello di sistema sanitario e di politiche sanitarie da un lato, caratteristiche delle strategie delle aziende sanitarie dall'altro e sistemi di valutazione delle persone dall'altro ancora.

La maggiore debolezza del decreto 229/99 va individuata proprio nel fatto di aver accentuato e in un certo senso sanzionato queste incongruenze. Da un lato esso ha confermato il modello di servizio pubblico che si impegna a garantire i bisogni di salute essenziali e necessari, aprendo la possibilità di una «assistenza integrativa» per bisogni di ordine superiore e ha confermato la fiducia nel Piano (nazionale) come strumento di governo, dall'altro ha dovuto accettare che le strategie delle varie Regioni e, soprattutto, delle aziende erogatrici dei servizi, fossero maggiormente autonome e potessero differenziarsi in misura rilevante (effetto del sistema di finanziamento procapite alle Regioni e alle aziende sanitarie territoriali «integrato» con fondi propri e finanziamento sulla base di tariffe DRG per le aziende ospedaliere, dall'altro ancora ha introdotto e/o accentuato il peso di sistemi di «valutazione fondati sulle

performance individuali» delle singole aziende, delle singole unità operative, dei singoli professionisti. L'incoerenza è dovuta al fatto che a livello generale si accettano gli elementi di unitarietà, omogeneità e standardizzazione, mentre a valle il sistema di valutazione orienta i comportamenti nella direzione opposta, di premio al conseguimento di «buoni risultati parziali» (di azienda, o del singolo operatore).

Ad esempio, si può ritenere che l'aumento di credibilità e la crescente forza contrattuale della Regione Lombardia nel lungo braccio di ferro avviato con il Ministero della sanità (più che con il Governo) non siano riconducibili solo al mutamento del clima e dell'orientamento politico prevalente, ma soprattutto al fatto che il cosiddetto «modello lombardo» presenta una «coerenza interna» (seppure opinabile) tra filosofia di fondo (della competizione e di maggiore riconoscimento di un ruolo al privato), politica sanitaria, strategia regionale e delle singole aziende e sistemi di valutazione delle persone. Lo stesso si può dire del modello veneto e di quello emiliano che, pur molto diversi da quello lombardo, hanno mantenuto una loro forza in virtù della coerenza tra gli elementi sopra ricordati. A parte gli eventuali cambiamenti di filosofia di fondo, si può prevedere che questi tre modelli (e quelli delle altre Regioni) manterranno una loro forza e accettabilità fino a quando saranno in grado, anche in relazione alle condizioni economiche, di mantenere tale coerenza. Se la perderanno, anche essi andranno in crisi.

Un secondo elemento da sottolineare riguarda il fatto che le varie fasi della catena logica sopra ricordate devono essere attribuite e svolte da figure professionali e da persone dotate di appropriate competenze. Purtroppo si deve rilevare che ancora troppo

spesso l'elaborazione di piani e strategie è attribuita a persone che considerano tali strumenti come «indicazioni rigide» da seguire e non come «guida» per scelte che ogni giorno devono adattarsi a condizioni che cambiano velocemente.

Allo stesso modo, accade spesso che i sistemi di valutazione vengono affidati a persone che hanno l'erronea convinzione che vi siano dati oggettivi e parametri di valutazione dotati di intrinseca razionalità e quindi da applicare in modo meccanicistico. Niente di più erroneo, in quanto i dati sono rilevati con metodi più o meno rigorosi, ma non possono essere certamente considerati come oggettivi e la valutazione è un processo nel quale sono presenti molti elementi soggettivi (che è cosa diversa da «discrezionali») e che essa deve servire oltre che ad attribuire eventuali incentivi (economici e non economici), a favorire la «dinamicità» del sistema. In particolare la valutazione è un processo tramite cui si raccolgono elementi conoscitivi utili a capire se il «modello logico» (e politico) di sistema sanitario funziona o no, se le politiche regionali sono «realistiche» e «fattibili», se le strategie aziendali sono sostenute da adeguate condizioni attuative, se i comportamenti delle persone sono stati o no influenzati dalle strategie. Se la valutazione non alimenta e non rafforza la dinamicità essa è scarsamente utile.

Peraltro, il contributo delle diverse figure professionali al mantenimento di un elevato livello di coerenza dipende dal grado di integrazione ed omogeneità delle conoscenze. Qualcuno, considerando questo elemento come una precondizione del successo, cerca di imporla utilizzando soprattutto i nuovi strumenti di nomina e valutazione che, in un certo senso, consentono di selezionare persone con le quali stabilire un rapporto fiduciario.

Non è certo questa la sede per discutere e argomentare la differenza tra «rapporto fiduciario» e «clientelismo», tra modello «professionale» di origine europea e «spoils system» di origine statunitense, né di discutere pregi, difetti e limiti dell'uno o dell'altro sistema.

In questa sede si intende sottolineare con forza che l'integrazione e l'omogeneizzazione delle persone in una società in forte cambiamento non può essere considerata un presupposto delle scelte dei manager, ma deve diventare un obiettivo da perseguire e al quale dedicare le proprie migliori energie. Il manager di sistema regionale (come sono i responsabili della sanità a questo livello) o «di azienda» (come sono i Direttori generali, Direttori sanitari, Direttori amministrativi, Dirigenti medici di secondo livello), deve operare per favorire una integrazione delle persone che con essi collaborano agendo sui seguenti elementi:

a) culturale, che consiste nel chiarire il modello di tutela della salute più adeguato alle caratteristiche, alle esigenze oggettive e alle attese della società odierna;

b) organizzativo, che consiste nel ricercare un equilibrio tra sistemi di valutazione e incentivazione individuali e di «gruppo»: questi ultimi favoriscono la collaborazione;

c) professionale, che consiste nel diffondere le conoscenze con azioni finalizzate, il che rappresenta una filosofia molto diversa dalla semplice selezione dei migliori: sistemi complessi hanno bisogno dell'«eccellenza» (il grande medico, chirurgo, cardiologo, l'eccellente infermiere, ecc.), ma hanno bisogno soprattutto di favorire un innalzamento del livello medio generale delle conoscenze e della professionalità;

d) dei linguaggi: spesso nella sanità si sono formate e consolidati conflitti, equivoci, contrapposizioni a causa del fatto che a certe parole e a certi concetti (efficienza, razionalizzazione, responsabilizzazione, ecc.) venivano attribuiti significati diversi dai diversi gruppi professionali.

In conclusione si può dire che promuovere, sostenere, orientare il cambiamento nei sistemi sanitari moderni è responsabilità assai più complessa rispetto al passato (anche recente) e che per esercitare tale funzione occor-

re richiamarsi soprattutto a quattro criteri guida:

1) valorizzare il ruolo del confronto dei risultati, senza però avere l'ossessione (tipicamente statunitense) di poter e dover misurare tutti gli aspetti dell'assistenza;

2) fare leva sulla valutazione non solo come strumento per attribuire incentivi e promozione, ma come strumento per responsabilizzare tutti nei confronti del servizio al paziente, al cittadino, alla persona;

3) mantenere un elevato livello di coerenza nelle scelte: meglio un sistema di scelte singolarmente meno razionali, ma tra loro più coerenti che un sistema di scelte che rispondono al criterio dell'«ottimo parziale» ma che sono tra loro poco coerenti;

4) impegnare energie e tempo dei manager per favorire un più elevato livello di integrazione culturale, professionale, organizzativa e dei linguaggi tra persone che devono lavorare insieme, perché oggi la tutela reale della salute è sempre più il frutto del lavoro di équipe che non dell'eccellenza individuale (anche sul piano umano oltre che tecnico).

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

STRUMENTI MANAGERIALI PER IL GOVERNO DELLA MEDICINA GENERALE: MODALITÀ DI GESTIONE DEGLI ACCORDI IN EMILIA-ROMAGNA

A. Galletti¹, M. Lazzarato², F. Longo³, P. Tedeschi³, R. Zanzi⁴

¹ AUSL Ferrara

² Servizio Distretti Sanitari Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna

³ SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

⁴ Ufficio Farmaceutico Servizio Distretti Sanitari Assessorato alla Sanità Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Metodo della ricerca - 3. Scenario regionale del SSN - 4. Sintesi delle esperienze nel triennio 1997-1999 - 5. Analisi comparativa di accordi e strumenti manageriali - 6. Interpretazione delle modalità di gestione degli accordi - 7. Riflessioni conclusive.

The role of Italian General Practitioners as part of the National Health System (Ssn) is pressured by a growing complexity in the demand-supply relationship as well as by continuous frictions between Health needs and resources available for their fulfilment. Within this scenario, General Practitioners do need new management tools to support the evolution of their profession, to manage Health needs for their patients, to face new challenges regarding their role. In this perspective CeRGAS institute of Bocconi University has developed a research on Health Authorities of the entire Emilia Romagna region in order to assess local experiences in the application of management systems to General Practitioners activities; the research is focused on a period of time comprised within 1997 and 1999, which is characterised by the introduction of new contractual agreements, on a local basis, between Health Authorities and General Practitioners. The research was developed through a methodology based on three main phases; the first one involved, on one side, the acquisition of documents on local contractual agreements and, on the other side, the analysis of materials and data on the regional picture of National Health System organisations. The second phase regarded several interviews with representatives of a significant number of local Health Authorities in order to complete the information already gathered. The final phase consisted in a comparative analysis about local agreements with General Practitioners, management tools experienced, qualitative and quantitative results. Factors such as coverage of the analysis, combination between documentation analysis and interviews, enabled some final assessments and suggestions in order to increase the significance of contractual agreements with General Practitioners as well as the effectiveness of management tools to be used. More in detail the research highlights findings about several issues such as: strengths and weaknesses of local agreements, positioning of budget systems for General Practitioners, features of reporting systems for General Practitioners, trends on management of information systems by Health Authorities.

1. Premessa

Il ruolo dei Medici di medicina generale all'interno del SSN deve confrontarsi con fenomeni quali la crescente complessità nel rapporto tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie, le continue ed inevitabili tensioni tra bisogni di salute dei cittadini e risorse disponibili nell'ambito del sistema socio-sanitario. In quest'ottica, la figura del Mmg assume nuovamente centralità risultando arricchita di nuovi contenuti professionali ma, al contempo, sottoposta a nuove aspettative, tra cui:

— la gestione della domanda di prestazioni sanitarie, in ragione dei rapporti continuativi e diretti con gli assistiti e delle particolari competenze professionali;

— l'incremento del portafoglio di prestazioni sanitarie, al fine di fornire servizi allineati alla domanda di salute degli assistiti;

— l'influenza (*counseling*) sull'accesso a servizi erogati da altri attori del SSN a garanzia di soluzioni efficaci ed appropriate, con benefici sia per la tutela della salute sia in termini di consumo delle risorse.

I Medici di medicina generale necessitano dunque di strumenti per supportare l'evoluzione della propria professionalità, gestire il dinamismo dei bisogni di salute, orientare il proprio ruolo nel senso delle aspettative appena delineate. A fronte di tale scenario, il CeRGAS Bocconi ha condotto una ricerca sull'insieme delle Aziende sanitarie nella Regione Emilia-Romagna.

Pur essendo il presente articolo frutto della collaborazione degli autori, ai fini della stesura è possibile attribuire il paragrafo 4 a A. Galletti, M. Lazzarato, R. Zanzi; a F. Longo i paragrafi 1, 5, 7 e a P. Tedeschi i paragrafi 2, 3, 6.

gna e propone, in queste pagine, sia le tendenze emerse dall'analisi sia alcuni spunti di riflessione sulle modalità di gestione degli accordi di medicina generale. La lettura ed il confronto delle esperienze aziendali in Emilia-Romagna può infatti fornire qualche indicazione, da un lato, per una maggiore comprensione sull'evoluzione della stessa medicina generale e, dall'altro, per una valutazione critica circa le potenzialità ed i limiti degli strumenti manageriali effettivamente sperimentati negli accordi aziendali del triennio 1997-1999.

2. Metodo della ricerca

I contenuti della ricerca risultano fortemente correlati con i recenti dibattiti in seno alla Regione Emilia-Romagna circa il ruolo dei Distretti, la progettazione del Dipartimento delle cure primarie, l'introduzione di Nuclei di cure primarie ispirati al concetto di *équipe* territoriale. Da questo punto di vista, lo sforzo di revisione degli accordi aziendali con i Medici di medicina generale testimonia una notevole sensibilità ed attenzione in ambito regionale per il confronto culturale, la rilettura critica delle soluzioni sperimentali adottate, l'individuazione di margini di miglioramento nell'uso di strumenti di *management* sanitario; in effetti, in tutti i sistemi socio-organizzativi complessi, l'innalzamento della qualità dei servizi erogati, la razionalizzazione nell'uso delle risorse disponibili, l'evoluzione nelle competenze degli operatori, sono quasi sempre cambiamenti connessi alla capacità di valutazione sia dell'operato sia dei processi decisionali in un'ottica di apprendimento e, quindi, verosimilmente di miglioramento continuo.

La metodologia adottata nella ricerca intende quindi garantire un contri-

buto al confronto culturale in atto evidenziando, da un lato, caratteristiche e peculiarità degli accordi aziendali in medicina generale e, dall'altro, pregi e limiti degli strumenti manageriali coinvolti. In quest'ottica, il primo sforzo è pertanto consistito nella richiesta alle Aziende sanitarie della documentazione relativa agli accordi aziendali conclusi nel triennio 1997-1999, nonché nel reperimento di documenti dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sull'esito dei singoli accordi. Parallelamente si è anche proceduto alla raccolta di dati statistici ed istituzionali per una corretta comprensione del contesto regionale del SSN.

La seconda fase metodologica ha invece riguardato lo svolgimento di interviste dirette presso un campione significativo tra le 13 Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna; l'esecuzione di interviste con i referenti aziendali per la medicina generale ha permesso di completare le informazioni ed i dati già acquisiti nella fase di raccolta della documentazione. Successivamente si è svolta una fase di analisi comparativa degli accordi con i Mmg, delle modalità di gestione rinvenute nei singoli casi aziendali, degli esiti conseguiti nelle singole esperienze; il grado di copertura della ricerca, la combinazione tra analisi della documentazione e interviste dirette, la sensibilità sui temi della medicina generale sviluppata dal CeRGAS Bocconi, hanno poi consentito una fase di sintesi dei risultati nonché l'individuazione di alcune riflessioni e valutazioni conclusive su esperienze e strumenti manageriali adottati.

3. Scenario regionale del SSN

La comprensione del contesto regionale non può prescindere da un riferimento alle convenienze gestionali

per le ASL derivanti dalla logica di finanziamento a quota capitaria pesata per età degli assistiti. Dato il modello di finanziamento regionale in essere alcune convenienze aziendali risultano infatti sovrapponibili con convenienze professionali degli stessi Medici di medicina generale. In particolare, una convergenza tra convenienze risulta particolarmente evidente ed auspicabile per:

- la ricerca dell'efficacia nelle prestazioni;

- la definizione di percorsi del paziente che massimizzino il rapporto efficacia-costi;

- il riposizionamento dell'ambito di intervento sanitario evitando livelli assistenziali troppo intensi e, quindi, costosi rispetto ad opportunità di appropriatezza delle cure;

- l'eliminazione della domanda impropria;

- gli investimenti in prevenzione;

- il governo della domanda in uscita verso centri di offerta esterni all'ASL (A.O. o privati accreditati).

Alla luce di queste convenienze emerge la necessità di definire e valutare il ruolo che il Mmg può/deve assumere all'interno di questo scenario; come ricordato in precedenza, chi infatti meglio del «medico generale» può svolgere il compito di produttore di primo livello e «filtro della domanda» di prestazioni sanitarie dei propri pazienti? Sia per i Mmg (per cui il numero di pazienti implica differenti livelli retributivi) che per l'ASL diventa quindi rilevante soddisfare le aspettative dei propri pazienti, andando incontro ai loro bisogni ed esigenze; l'analisi degli accordi aziendali di medicina generale va dunque collocata ed apprezzata in questa prospettiva, alla luce delle caratteristiche e

proprietà del contesto regionale (figura 1).

4. Sintesi delle esperienze nel triennio 1997-1999

La Regione Emilia-Romagna, utilizzando le potenzialità offerte dal capo VI dell'Accordo collettivo nazionale (DPR 484/96), ha infatti definito un accordo (D.G.R. n. 1487 del 1° agosto 1997) con i Mmg che è stato il riferimento per la stipulazione degli accordi da parte delle Aziende sanitarie, in coerenza con le linee di programmazione regionale e in virtù della possibilità di remunerare in maniera aggiuntiva le attività concordate localmente. In particolare, le linee di programmazione hanno riguardato:

— la valorizzazione del ruolo e delle funzioni del Mmg nell'ambito di una generale riorganizzazione dell'assistenza delle cure primarie;

— il potenziamento e la qualificazione dell'area territoriale dell'assistenza sanitaria;

— lo sviluppo di forme alternative di assistenza;

— il miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della continuità assistenziale;

— l'integrazione dei servizi socio-sanitari territoriali.

Una lettura trasversale del contenuto degli accordi con i Medici di medicina generale rivela in effetti per il triennio 1997-1999 un insieme di argomenti dominanti a testimonianza di una corretta identificazione e sensibilità, a differenza di altre Regioni italiane, per fenomeni prioritari e rilevanti sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Nella fattispecie gli obiettivi presenti sia negli accordi regionali che aziendali hanno riguardato:

— i livelli di spesa programmati, intesi come strumenti finalizzati alla responsabilizzazione dei medici, alla conoscenza ed al controllo della spesa

indotta sul servizio sanitario regionale;

— l'assistenza domiciliare integrata quale strumento per realizzare forme assistenziali alternative al ricovero, per mantenere il paziente nel proprio contesto familiare (con forte valorizzazione dell'attività svolta direttamente dal Mmg), per il coordinamento delle attività erogate a domicilio dai diversi operatori socio-sanitari;

— l'associazionismo medico, con possibilità di sperimentare varie forme organizzative (medicine di gruppo, medicine in rete, cooperative) aventi come obiettivo prioritario il mi-

glioramento dell'assistenza ai cittadini.

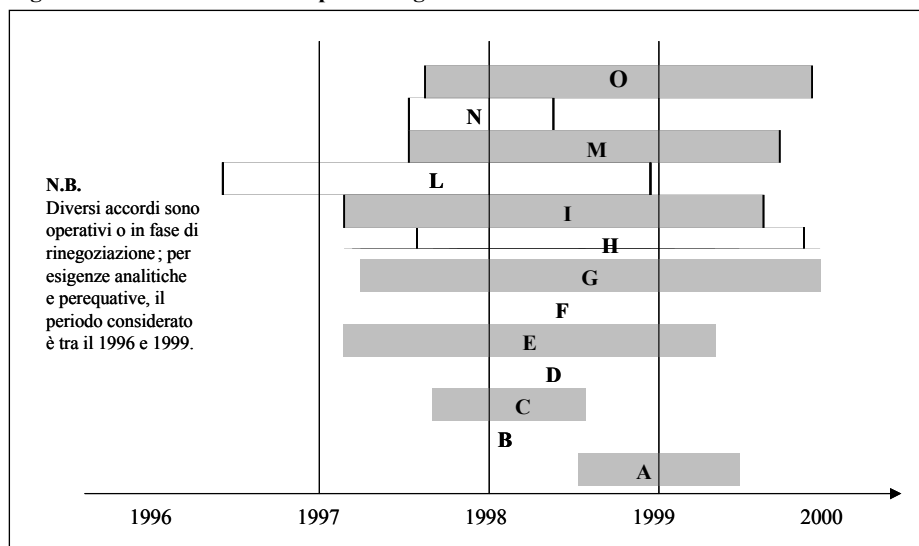
Sulla scorta delle indicazioni fornite a livello regionale, la quasi totalità delle Aziende USL (12 su 13) ha stipulato accordi con i Mmg già nel 1997 (figura 2).

Nel 1998 e nel 1999 le Aziende hanno perfezionato ed ampliato gli accordi preesistenti prevedendo un coinvolgimento del Mmg in più attività assistenziali e, contemporaneamente, introducendo nuovi strumenti di analisi e di valutazione per affinare la capacità di definizione di obiettivi qualitativi, organizzativi, di programmazione e controllo della spesa. Infatti, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto,

Figura 1 - Il contesto regionale del SSN in Emilia-Romagna

- **Quadro demografico:** circa 3.947.148 abitanti (equivalente al 7% della popolazione italiana, dato 1/98), 22.123 km² di superficie, 27.7 milioni di reddito medio-capite, 847.576 abitanti con più di 65 anni (pari al 9,5% degli italiani nella fascia di età).
- **Strutture regionali del SSN:** 5 A.O., 13 ASL, 1 IRCCS pubblico, per un totale di 54.385 dipendenti (pari all'8,3% dei dipendenti del SSN), 15.982 posti letto (11.349 pubblici + privato accreditato) per un tasso di spedalizzazione di 207%, Fondo sanitario regionale pari a circa 8000.
- **Situazione medicina generale:** 3287 MMG (7,7% MMG italiani) con una media di 1097 per MMG.
- **13 ASL** per un totale di 38.883 dipendenti (pari al 71% dei dipendenti regionali del SSN).

Figura 2 - Posizionamento temporale degli accordi aziendali



un maggior numero di Aziende ha modulato a partire dal 1998 gli obiettivi aziendali complessivi facendo riferimento a caratterizzazioni distrettuali o a gruppi di Mmg. Scendendo nello specifico, gli accordi aziendali del triennio 1997-1999 si sono focalizzati su tre componenti già richiamate: livelli di spesa programmata (incentrati su assistenza farmaceutica, ricoveri ospedalieri e specialistica ambulatoriale), assistenza domiciliare integrata, forme di associazionismo medico. Oltre a queste tre componenti fondamentali, ulteriormente descritte nelle seguenti pagine, la fotografia degli accordi a fine triennio 1997-1999 rivela la presenza di altri contenuti concordati con i Mmg presso le singole realtà aziendali (tabella 1).

La spesa farmaceutica risulta presente in tutte le Aziende USL, prevedendo in termini quantitativi il raggiungimento di obiettivi di contenimento (nove ASL) o mantenimento (quattro ASL) della spesa sostenuta l'anno precedente. Alcune aziende

hanno associato al monitoraggio della spesa farmaceutica complessiva anche l'analisi qualitativa rispetto ad alcuni gruppi di farmaci maggiormente utilizzati (ad esempio antipertensivi, antiulcera, antibiotici iniettabili). Nel 30% dei casi sono stati concordati obiettivi specifici di consumo relativamente a tali gruppi di farmaci. Gli indicatori assunti per la verifica del raggiungimento degli obiettivi sono stati, a seconda dei casi, la spesa complessiva, la spesa *pro-capite* (assoluta e/o pesata), i consumi e spesa per gruppi di farmaci. Nel triennio la spesa media regionale *pro-capite* è rimasta al di sotto della media nazionale (spesa *pro-capite* nazionale 1997-1999: da L. 211.460 a L. 254.999, spesa *pro-capite* regionale 1997-1999: da L. 194.742 a L. 233.942), pur in presenza di consistenti aumenti nella spesa per farmaci; tuttavia, al di là di questo risultato quantitativo, gli accordi aziendali hanno soprattutto agevolato un confronto fra i medici di medicina generale e medici specialistici per la

definizione di protocolli terapeutici relativi alle patologie più diffuse.

La riduzione del tasso di ospedalizzazione risulta perseguita invece con approcci diversificati; in tre casi la riduzione complessiva del tasso di ospedalizzazione ha rappresentato l'indicatore per valutare il raggiungimento dell'obiettivo concordato. Per altre cinque Aziende l'obiettivo è consistito nella riduzione del tasso di un gruppo specifico di DRG di area medica, per i quali si è concordato con gli stessi Mmg modalità alternative al ricovero (assistenza domiciliare o l'attività ambulatoriale). Nel periodo 1997-1999 si è osservato, a livello regionale, una riduzione dell'8% della totalità dei ricoveri, riduzione che raggiunge il 17% se si considera il gruppo dei DRG di area medica oggetto di accordo con i Mmg. La riduzione del tasso complessivo di ospedalizzazione ha comportato una quota variabile aggiuntiva nella retribuzione dei Mmg di quattro Aziende, mentre per altre tre, la diminuzione del tasso di ospedalizzazione

Tabella 1 - Contenuto accordi aziendali 1999

AUSL Emilia-Romagna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O
<i>Contenuti accordi</i>													
Spesa farmaceutica.....	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Spesa totale.....				X					X				
Ricoveri/tasso sped./mobilità.....	X		X	X		X	X		X		X	X	X
Associazionismo.....	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
ADI.....	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consumo/appropr. spec. & diagn.				X	X	X	X		X			X	X
Linee-guida.....	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Percorsi diagnostico-terapeutici.....	X		X	X		X	X	X	X		X	X	X
NODO (oncologici).....		X	X	X	X	X		X		X	X		X
Deburocratizzazione.....		X						X		X	X		
Accesso ambulatorio Mmg.....	X		X	X		X		X	X	X	X	X	X
Riduzione di liste.....						X				X	X		
Dimissioni protette.....	X	X	X			X				X			X
Informatizzazione Mmg.....	X		X	X		X		X		X		X	X

zazione è un obiettivo collegato al raggiungimento anche di altri risultati compresi nell'accordo.

Nel corso del triennio un numero crescente di Aziende ha inserito negli accordi la valutazione dell'attività specialistica ambulatoriale, anche grazie allo sviluppo del sistema informativo presso diverse ASL che ha reso disponibili informazioni relative alle prestazioni ambulatoriali; la maggior parte delle Aziende ha quindi potuto individuare alcune prestazioni «critiche», soprattutto in relazione ai tempi di attesa, tra cui le ecografie ed *ecodoppler*. In particolare, le azioni poste in essere per la riduzione dei tempi di attesa si sono concretizzate a seconda dei casi in liste differenziate a diverso grado di priorità in relazione all'urgenza (2 Aziende), protocolli e linee-guida per la richiesta appropriata delle prestazioni (3 Aziende), volumi massimi di indagini strumentali per distretto o gruppo di Mmg (3 Aziende), riduzioni percentuali del numero di esami richiesti rispetto all'anno precedente (2 Aziende).

Tre Aziende hanno inoltre inserito, tra gli obiettivi da perseguire, la riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso (utilizzando come indicatori di risultato il monitoraggio dei flussi di accesso al PS in giornate campione, o la riduzione percentuale degli accessi al PS per determinate patologie), mentre due Aziende hanno lanciato un progetto di deburocratizzazione delle procedure d'accesso alle prestazioni sanitarie, al fine di facilitare l'accesso dell'assistito alle prestazioni sanitarie erogate da strutture pubbliche, eliminando procedure inutili e minimizzando la componente burocratica dell'accesso alla prestazione.

Per quanto concerne la seconda componente degli accordi, la maggioranza delle Aziende (8 ASL) ha previsto un potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata come alternativa

al ricovero. Oltre alla retribuzione prevista dagli accordi regionali sul capo VI per il coordinamento dell'assistenza di ogni paziente seguito in ADI, alcune Aziende concordano retribuzioni aggiuntive finalizzate ad incentivare: la presa in carico di tutti i pazienti in fase terminale, la reperibilità da parte del Mmg, l'individuazione di referenti specifici, la predisposizione di flussi informativi. Nel corso del 1999 sono stati seguiti 7658 anziani non autosufficienti, con un aumento del 128% rispetto al 1997; anche il numero degli oncologici seguiti a domicilio è aumentato, passando da 4273 a 5868 (+ 38%).

La terza componente degli accordi ha invece riguardato l'associazionismo medico presente nella quasi totalità degli accordi aziendali con diversi modelli organizzativi:

— il *team* o GTO (Gruppo territoriale omogeneo), in cui i Mmg continuano ad esercitare la professione nei propri ambulatori collocati in sedi differenti, condividendo obiettivi comuni di qualità dell'assistenza e di livelli di spesa programmata (2 Aziende);

— la medicina in rete o in gruppo in cui i Mmg continuano ad esercitare la professione nei loro ambulatori, condividono obiettivi comuni di qualità dell'assistenza e di livelli di spesa programmata ed è previsto un graduale impegno per un collegamento tra loro tramite rete informatica (8 Aziende);

— la medicina di gruppo in cui i Mmg associati svolgono la loro attività professionale nella stessa sede, condividendo il personale infermieristico ed amministrativo di supporto ed i beni strumentali con obiettivi comuni di qualità dell'assistenza e di livelli di spesa programmata (4 Aziende).

Al di là della forma di associazione sperimentata dai Mmg, gli obiettivi concordati più frequentemente, oltre all'elaborazione di protocolli e linee-

guida e alla partecipazione a livelli di spesa programmati, riguardano:

— l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori al fine di assicurare ai pazienti la maggiore accessibilità possibile;

— la disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale e domiciliare in favore degli assistiti degli altri Mmg dell'associazione, limitatamente alle urgenze cliniche e di certificazione;

— la gestione delle visite ambulatoriali per appuntamento;

— il collegamento con il CUP distrettuale per la prenotazione delle visite specialistiche (5 Aziende).

Oltre alle tre componenti degli accordi appena descritte, alcune ASL hanno concordato con i Mmg anche l'elaborazione di linee guida diagnostico-terapeutiche, con l'istituzione, a volte, di ambulatori per patologia: in particolare, sei Aziende hanno approvato schemi di integrazione tra i Mmg e le strutture distrettuali o aziendali nella gestione del paziente diabetico.

Diverse ASL hanno poi programmato l'elaborazione di linee-guida e protocolli per l'ipertensione (4 Aziende), l'ulcera peptica, le patologie infettive in trattamento antibiotico (3 Aziende) allo scopo di migliorare l'assistenza e perseguire un utilizzo appropriato delle risorse.

Gli accordi aziendali del triennio 1997-1999 sono contraddistinti inoltre da una variabilità interaziendale in termini di sistema premiante, sia nell'entità degli incentivi per i Mmg, sia nelle modalità di liquidazione del pagamento. La maggior parte delle Aziende prevede la corresponsione di compensi specifici per l'associazionismo medico, erogando per la medicina in rete compensi vicini a quanto previsto dal Contratto per la medicina di gruppo; alcune Aziende forniscono anche il *software* e la relativa assistenza tecnica, la copertura delle spese te-

lefoniche e di quelle relative agli oneri per il personale di supporto (infermieristico o amministrativo), in relazione all'erogazione di prestazioni aggiuntive oltre a quelle previste come assistenza di base. A livello regionale, si è registrato tra il 1997 e 1998 un aumento del 9% nella «quota variabile» erogata ai Mmg a fronte di un incremento del 3% nel compenso totale degli stessi Mmg. Complessivamente, nel biennio 1997-1998, le quote aggiuntive hanno costituito circa l'11% della somma totale liquidata ai Mmg.

Infine, un aspetto centrale dell'esperienza condotta in Emilia-Romagna è sicuramente la grande adesione dei Mmg ai programmi delle Aziende e la ricchezza delle diverse proposte attuate.

L'adesione dei Mmg agli accordi aziendali 1999 oscilla infatti tra il 64% e il 98% con un tasso di partecipazione che, se raffrontato con Aziende sanitarie al di fuori della Regione Emilia-Romagna, consente di apprezzare la validità delle iniziative intraprese nonché il grado di rispondenza dei Medici di medicina generale. A differenza di altri contesti, la ricerca di consenso e adesioni a livello locale non rappresenta quindi un problema rilevante e prioritario; anzi, proprio la relativa maturità dei medici rischia di evidenziare alcuni limiti gestionali delle ASL (es. capacità relazionali, disponibilità di competenze trasversali, orientamento alla misurazione, gestione analitica dei fenomeni, ecc.). In sostanza spesso non si può prescindere dal fatto che le ASL storicamente sono abituate ad una gestione della medicina generale più amministrativa che progettuale ed interattiva, cioè finalizzata ad una corresponsabilità su obiettivi e risorse in gioco. In questa prospettiva, la sfida gestionale dei prossimi anni appare più quella di assicurare contenuto, spessore, continuità, ad accordi ed obiettivi condivisi

con i Mmg anziché ricercare ed incentivare la partecipazione dei professionisti.

5. Analisi comparativa di accordi e strumenti manageriali

L'analisi comparativa di accordi e strumenti manageriali per la medicina generale non è finalizzata a stilare una classifica tra Aziende sanitarie in funzione della *performance*; il tentativo è semmai quello di istruire una riflessione complessiva in virtù di alcuni criteri di osservazione applicabili all'insieme delle esperienze aziendali.

Un primo contributo consiste nella stima qualitativa delle capacità aziendali di adempiere o meno agli obiettivi degli accordi, intendendo con ciò una valutazione implicita della maturità o meno del contesto locale, da un lato, nel selezionare e definire gli obiettivi, dall'altra, nel perseguirli operativamente. Ovviamente non tutti gli obiettivi hanno la stessa rilevanza gestionale e temporale (es. controllo spesa farmaceutica vs. informatizzazione dei Mmg), così come l'approssimazione ad alcuni obiettivi può risultare più significativa del pieno raggiungimento di altri (es. riduzione del tasso di spedalizzazione vs. deburocratizzazione).

Da questo punto di vista, in virtù dell'osservazione di risultati quantificabili in 6 Aziende sanitarie su 13, l'impressione che si trae dalla ricerca è che in media le ASL siano in grado di raggiungere da un quarto a metà degli obiettivi prefissati, mentre l'approssimazione ai singoli obiettivi è estremamente variabile, anche se in alcuni casi elevata. In altri termini, se è pur vero che esistono realtà aziendali con rilevanti capacità di soddisfare singoli obiettivi, tuttavia l'attività di selezione e definizione dell'insieme degli obiettivi richiede probabilmente un'ulteriore affinamento teso a massi-

mizzare le probabilità di successo di un interno accordo, anziché un'eccellenza concentra solo su alcuni obiettivi.

Un secondo criterio di comparazione consiste nell'analisi dell'orientamento di accordi aziendali e strumenti manageriali associati (tabella 2) alla luce di criteri come:

— le tipologie di obiettivi negoziati (per singoli Mmg o *team*, per ampi gruppi di Mmg, per l'intera azienda, quindi con obiettivi *standard*);

— l'articolazione degli obiettivi (unica vs. graduale, cioè con la possibilità di conseguire risultati a scaglioni progressivi);

— i criteri di selezione degli obiettivi (obbligatori vs. discrezionali, cioè selezionabili da parte dei Mmg nell'ambito di un insieme di obiettivi);

— la pesatura degli obiettivi (in genere per età e sesso degli assistiti di ogni Mmg);

— la richiesta o meno di un quorum minimo di Mmg aderenti al *budget*, al fine di garantirne la validità;

— il meccanismo di distribuzione degli incentivi (finale, cioè al raggiungimento degli obiettivi vs. gradualmente, cioè a scadenze intermedie concordate).

Procedendo con ordine, la presenza di obiettivi negoziati a livello di singolo Mmg o *team* lascerebbe indurre una certa flessibilità nell'uso di strumenti come il *budget* per i Mmg presso alcune ASL; tuttavia, la disponibilità di obiettivi negoziabili non garantisce di per se la flessibilità di un accordo, nella misura in cui anche il livello negoziale (dal singolo Mmg all'Azienda) non risulta flessibile e modulabile. In generale la tendenza rinvenuta nelle ASL privilegia ancora obiettivi per ampi aggregati di Mmg oppure obiettivi *standard* a livello aziendale; da questo punto di vista, ciò che in effetti qualifica lo strumento del *budget* è la possibilità di perso-

Tabella 2 - Orientamento degli accordi aziendali in medicina generale

ASL	Negoziazione obiettivi			Articolazione obiettivi		Selezione obiettivi		Pesatura obietti.	Quorum Mmg	Distribuzione incentivi	
	Mmg/team	Gruppi Mmg	ASL	Unica	Graduale	Obblig.	Discrez.			Unica	Graduale
A			X	X		?	?	?	—	X	X
B			X	X		X		X	X	X	
C		X			X	X		X	?		X
D			X	X		X		X	—	?	?
E		X			X	X		X	?		X
F	X				X	X		X	?	X	X
G		X			X	X		X	?		X
H		X		X	X		X	X	X	X	X
I			X		X	?	?	—	X	X	X
L	X				X	X		?	—	?	?
M	X				X	X		?	?	X	?
N		X			X	X		X	?	X	
O	X			X		X		X	—	X	X

nalizzare e negoziare gli obiettivi articolandoli, a seconda delle esigenze, fino ai livelli organizzativi minimi. La situazione attuale rivela quindi margini di manovra per modulare meglio gli obiettivi, responsabilizzando i Medici di medicina generale su fenomeni e dimensioni direttamente connesse al loro operato.

Per quanto concerne l'articolazione degli obiettivi, esiste un ampio ricorso alla frammentazione in scaglioni progressivi di obiettivi rispetto a obiettivi assoluti e, quindi, più stringenti; in questo senso le esperienze aziendali sono probabilmente accomunate dall'ampia variabilità di partenza nei comportamenti dei Mmg. In virtù di quest'aspetto, ASL e sindacati propendono per obiettivi graduati, cioè in grado comunque di far variare parzialmente i comportamenti dei Mmg piuttosto che imporre obiettivi puntuali, più ambiziosi o di più difficile raggiungimento a seconda dei punti di vista.

Un dato sicuramente esplicito è invece la sottoscrizione obbligatoria di

tutti gli obiettivi richiesta ai Mmg per aderire alle sperimentazioni; se da un lato ciò semplifica la gestione operativa del *budget* assicurando al contempo la possibilità di incidere sui fenomeni sanitari, dall'altra può essere anche indice di una certa rigidità delle prime sperimentazioni. Probabilmente, la distinzione tra obiettivi prioritari, necessariamente obbligatori, e obiettivi secondari, selezionabili a discrezione del singolo Mmg, può contribuire alla promozione e personalizzazione dello strumento agli occhi dei medici, quasi a tutela della soggettività e singolarità dei professionisti.

La pesatura degli obiettivi per età e sesso degli assistiti è una prassi diffusa, a garanzia di uniformità di trattamento tra i Mmg, mentre la presenza di un *quorum* minimo di Mmg per la validità del *budget* non appare un criterio stringente, anche se potrebbe essere proposto come un obiettivo implicito di auto-responsabilizzazione della categoria dei Medici di medicina generale. Infine, il meccanismo di distribuzione degli incentivi non risulta

univoco tra le ASL variando, probabilmente, in funzione di un insieme di fattori tra cui: volontà di incentivare la partecipazione dei Mmg, potere contrattuale dei sindacati, necessità di perseguire obiettivi quantitativi. Occorre segnalare diversi casi di coesistenza di forme di distribuzioni graduali e forme finali, cioè al raggiungimento o meno degli obiettivi.

L'ultima e più importante chiave di comparazione porta a considerare il posizionamento complessivo dell'esperienza presso le ASL emiliano-romagnole nell'uso di strumenti manageriali quali il *budget* per i Medici di medicina generale. Questo tipo di ragionamento richiede alcune riflessioni preliminari sul variare della natura del *budget* in funzione di particolari variabili sintetizzate nella matrice mostrata in tabella 3.

Prima di posizionare le esperienze aziendali, consideriamo inizialmente le variabili indicate nella matrice:

— l'asse verticale (indicatori) consente una valutazione dello strumento di *budget* alla luce degli indicatori ef-

Tabella 3 - Possibili configurazioni del budget di medicina generale

Componenti	Per singole componenti		Per totali o correlazioni	
	Dato aggregato	Per patologia	Dato aggregato	Per patologia
Indicatori economico-finanziari	Es. spesa farmaceutica <i>pro-capite</i>	Es. spesa farmaci antipertensivi	Es. spesa totale	Es. costo annuo ipertensione
Indicatori fisico-sanitari	Es. DDD%, DDD/1000ab./die	Es. DDD per gruppo terapeutico, DRG specifici	Es. tasso di ricovero correlato a n. esami/iscritti, a n. DDD/iscritti	Es. incremento DDD/1000ab./die per farmaci antipertensivi a fronte di riduzione DRG ipertensione

fettivamente utilizzati per misurare la *performance*. Tali indicatori possono essere finanziari (es. spesa farmaceutica *pro-capite*) o sanitari (es. *mix* terapeutico espresso in DDD % o consumo di farmaci espresso in DDD/1000ab./die), a testimonianza della possibilità di misurare i fenomeni da un punto di vista più gestionale o clinico. A questo proposito, un ulteriore commento è che gli indicatori finanziari sono di più semplice applicazione anche se per certi versi di minor pertinenza, mentre quelli sanitari richiedono spesso delle rielaborazioni risultando più euristici ma al contempo più focalizzati. Nella realtà poi è ricorrente trovare esperienze di *budget* che ricorrono ad un *mix* tra indicatori finanziari e sanitari al fine di integrare entrambi gli approcci;

— l'asse orizzontale (componenti) consente invece di valutare l'articolazione del *budget*, innanzitutto, per singole componenti (es. farmaceutica) o per valori totali/correlazioni (es. consumo totale di farmaci) e poi, con riferimento ad ognuna delle due possibilità, per dati aggregati (es. spesa farmaceutica *pro-capite*) o per patologie (costo annuo ipertensione). Malgrado esistano quindi quattro possibili combinazioni va considerato che, nella misura in cui ci si sposta da *budget* per singole componenti a *budget* per tota-

li/correlazioni e poi, da valori aggregati a valori per patologie, maturano i presupposti per un uso del *budget* come strumento a supporto di interventi di vero e proprio *disease management*.

L'applicazione della matrice appena descritta alle 13 esperienze aziendali sottolinea la concezione aziendale dello strumento di *budget* presso le singole realtà; dal posizionamento sottostante (tabella 4) si evince infatti come la maggior parte delle Aziende sia attestata su un *budget* per singole componenti (es. farmaceutica, ricoveri, specialistica ambulatoriale) con un *mix* di indicatori sia economico-finanziari sia fisico-sanitari (con prevalenza dei primi sui secondi), mentre alcune ASL si stanno già orientando verso *budget* per valori totali (es. correlazione della spesa per farmaceutica, ricoveri, specialistica ambulatoriale) o per patologie (es. ipertensione, diabete).

Tabella 4 - Posizionamento delle esperienze aziendali di budget in medicina generale

Componenti	Per singole componenti		Per totali o correlazioni	
	Dato aggregato	Per patologia	Dato aggregato	Per patologia
Indicatori finanziari	A, B, C, D, E, G, H, I, L, M, N, O		D, I	
Indicatori sanitari	A, C, D, F, I, L, M, N, O	D, F	M (ricoveri con ADI), O	

Inoltre, la distribuzione di alcuni ASL in più quadranti della matrice (es. caso D) testimonia la necessità di articolare obiettivi ed indicatori, anche all'interno di una stessa esperienza di *budget*, in funzione della natura eterogenea delle componenti sanitarie coinvolte (la gestione della spesa farmaceutica implica obiettivi ed indicatori non intelligibili per la gestione di servizi quali l'ADI, le dimissioni protette, ecc.).

Più in generale, quale spunto di riflessione finale si sottolinea come di fatto possano sussistere tre orientamenti e/o livelli distinti nei sistemi di programmazione e controllo:

— gestione per accordo: comporta la definizione di obiettivi ed incentivi *standard* negoziati unicamente tra ASL e sindacati dei Mmg;

— gestione per obiettivi: consente una negoziazione e definizione sia di incentivi che di obiettivi a livello di singolo Medico di medicina generale, senza però garantire la disponibilità di fattori produttivi;

— gestione per *budget*: implica un processo di negoziazione più articolato con obiettivi definiti a livello di *team* o simili, finalizzati anche alla gestione di fattori produttivi.

Da ultimo, a testimonianza del posizionamento attuale delle ASL, riportiamo un esempio di obiettivi ed indicatori (tabella 5) definiti sulle componenti spesa farmaceutica, ricoveri, specialistica, di esperienze di *budget* con i Mmg.

Tabella 5 - Esempio di obiettivi e indicatori su singole componenti del *budget* per Mmg (spesa farmaceutica, spesa per ricoveri, spesa per specialistica ambulatoriale)

AUSL	Farmaceutica		Ricoveri		Specialistica	
	Obiettivo	Indicatore	Obiettivo	Indicatore	Obiettivo	Indicatore
I	Razionalizzazione spesa farmaceutica	Valore spesa farm. netta di ogni Mmg rispetto alla media regionale	Riduzione tasso di ricovero per i 27 DRG medici del 12%	Avvicinamento al <i>gold standard</i>	Riduzione richiesta prestazioni specialistiche	Avvicinamento al <i>gold standard</i>
L	Riduzione spesa farmaceutica e costruzione di LG	Spesa farmaceutica depurata dai farmaci ad alto costo, DDD			Costruzione di liste d'attesa differenziate per l'erogazione di prestazioni specialistiche a diverso grado di priorità	È previsto per ogni Mmg un numero di prestazioni urgenti proporzionate al numero delle scelte e delle LG da applicare
M	Riduzione spesa media <i>pro-capite</i> pesata	Classi di avvicinamento al <i>gold standard</i>	Riduzione tasso di ricovero del 5% intervenendo tra i 27 DRG medici indicati dalla Regione	Avvicinamento al <i>gold standard</i> e incremento degli assistiti a domicilio affetti da patologie comprese nei 27 DRG	(<i>Facoltativo</i>) impiego dei Mmg negli <i>screening</i> oncologici	
N	Riduzione spesa netta <i>pro-capite</i>	Classi di avvicinamento al <i>gold standard</i>	Riduzione tasso di ospedalizzazione, riduzione 25 DRG medici	Classi di avvicinamento al <i>gold standard</i>	Incremento offerta in base a <i>standard</i> DM	Tetto incremento prestazioni
O	Riduzione della spesa netta del 3% (rispetto anno precedente) applicazione linee guida	DDD% abitanti die, avvicinamento della spesa al <i>gold standard</i>	Riduzione tasso di ospedalizzazione e contenimento del 10-15% di 6 DRG medici	Numero dimessi e numero dimessi per 1000 assistiti pesati a livello di Mmg e di ambito rispetto alla media ASL e all'anno precedente	Appropriatezza nell'utilizzo di prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso «blindatura» di pacchetti di prestazioni ambulatoriali	

Lo stesso esempio può essere replicato per altre componenti delle esperienze di *budget* (tabella 6) quali spesa per l'ADI, linee guida/percorsi diagnostico-terapeutici, informatizzazioni degli stessi Mmg.

6. Interpretazione delle modalità di gestione degli accordi

L'introduzione di strumenti manageriali per la gestione della medicina generale è, a differenza di altri contesti regionali, un fenomeno diffuso in tutte

le Aziende sanitarie emiliano-romagnole con risultati alterni e sperimentazioni più o meno consolidate. La ricerca evidenzia un'inevitabile e naturale eterogeneità nelle scelte effettuate dalle singole ASL, in particolare riguardo a:

- l'impostazione degli accordi con i Mmg;
- l'attivazione di specifici strumenti operativi;
- lo stadio evolutivo raggiunto;
- le modalità di ricerca e gestione del consenso;

— le tempistiche di realizzazione ed applicazione degli accordi.

Una simile situazione testimonia naturalmente il processo di aziendalizzazione del sistema in atto, tale per cui le Aziende ricercano il rispetto delle contingenze e convenienze locali più che un'armonizzazione generale. Proprio la lettura della realtà aziendali evidenzia infatti, già solo all'interno di un medesimo contesto regionale, l'esistenza di diversità specifiche, incompressibili, difficilmente uniformabili rispetto ad un'impostazione domi-

Tabella 6 - Esempio di obiettivi e indicatori su singole componenti del budget per Mmg (ADI, linee guida-percorsi diagnostico terapeutici, informatizzazione dei Mmg)

AUSL	ADI		LG/PDT		Informatizzazione	
	Obiettivo	Indicatore	Obiettivo	Indicatore	Obiettivo	Indicatore
G	Gold standard casi ADI	# casi, <i>quorum</i> Mmg, cartella clinica	PDT diabete	Applicazione PDT, cartella clinica		
H	Casi totali e distribuzione per livello ADI	Proporzione tra casi per livello ADI	4 linee guida, controllo assistito, protocollo diabete	Applicazione LG, regolamento ASL # casi attesi	Prenotazioni via CUP	Ore/giorno per Mmg/Ref
I	Razionalizzazione ADP e incentivazione ADI del 20%		Riorganizzazione dell'assistenza al paziente diabetico	Applicazione dei protocolli operativi, # casi gestiti		
L	Trasferimento di risorse dall'ADP all'ADI	Numero accessi	Costruzione di LG per alcune categorie di farmaci	Applicazione LG (DDD)		
M	Incremento del 7% di risorse dall'ADP all'ADI	# casi	LG per pazienti affetti da patologie comprese nei 27 DRG	Applicazione LG		
N	Incremento prestazioni	Tetto incremento prestazioni	7 linee guida, orari ambulatori	Applicazione LG e <i>standard</i> apertura ambulatori	Requisito per forma associativa	
O	Aumento dell'ADI, dimissioni protette e revisione del modello organizzativo dell'ADI	# casi, numero accessi	4 linee guida, 2 PDT (calcolosi, disturbi del dorso)	Applicazione LG e protocolli	Stampa ricette, gestione cartella clinica paziente	

nante. Da queste considerazioni emerge come il sistema di programmazione e controllo sia uno strumento aziendale, soggettivo, personalizzabile a seconda del clima e delle dinamiche locali, piuttosto che uno *standard* comune e direttamente confrontabile in senso interaziendale.

Una seconda riflessione riguarda invece l'insieme di punti di forza e debolezza degli accordi effettuati; per quanto concerne i punti di forza, occorre sottolineare l'effetto propulsivo di alcune condizioni culturali ed organizzative, tanto sul lato dei Medici di medicina generale che su quello delle Aziende sanitarie. Malgrado la difficoltà e parzialità nell'effettuare simili analisi, sia il fronte della medicina generale che quello aziendale (distretti,

direzione ASL) si «contendono» i ruoli trainanti nella gestione del processo di programmazione e controllo. Risulta invece preoccupante la posizione tendenzialmente indifferente o ostruttiva (tabella 7) degli altri Attori o altre strutture del SSN (es. Presidi ospedalieri), così come degli Attori socio-politici locali, a testimonianza di una difficoltà oggettiva di coinvolgimento e sensibilizzazione sul tema, nonché per effetto di comportamenti opportunistici. Sul lato della cittadinanza, lo stato di diffusa indifferenza nei confronti degli accordi di medicina generale evidenzia invece un vero difetto di comunicazione ed orientamento all'utenza finale, riscontrabile in tutte le ASL su cui è stato possibile effettuare una valutazione indicativa.

A questo proposito, esistono probabilmente dei margini di manovra e delle convenienze a livello regionale per promuovere le innovazioni gestionali introdotte dalle ASL (es. associazionismo, *budget* per i Mmg, ecc.) all'interno di una comune campagna di comunicazione, eventualmente personalizzabile nei singoli contesti aziendali.

In sintesi, il consenso manifestato dai Medici di medicina generale (si ricorda in proposito l'alto tasso di adesione alle sperimentazioni già evidenziato) e la relativa facilità con cui l'associazionismo medico si è e si sta diffondendo rappresentano, a giudizio di chi scrive, due fattori di successo nelle sperimentazioni di *budget* per i Mmg.

Tabella 7 - Ruolo dei principali Attori negli accordi di medicina generale

AUSL Emilia-Romagna	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O
<i>Ruolo dei principali attori</i>													
Sindacati	—	C	S	—	—	S	—	C	—	—	—	C	S
Forme associative/Coop./Mmg.....	—	I	P	—	—	C	—	I	—	—	—	P	C
Distretto.....	—	C	S	—	—	P	—	P	—	—	—	S	S
Direzione ASL	—	P	C	—	—	S	—	S	—	—	—	S	P
Altri attori/strutture del SSN.....	—	I	O	—	—	I	—	O	—	—	—	O	S
Cittadinanza	—	I	I	—	—	I	—	I	—	—	—	I	I
Attori socio-politici	—	O	O	—	—	O	—	O	—	—	—	O	—

P = promotore; C = co-promotore; S = supporter; I = indifferente; O = oppositore.

I punti di debolezza negli accordi di medicina generale derivano invece da tre riflessioni riguardanti, nell'ordine:

— l'orientamento adottato dalle Aziende sanitarie nel processo di programmazione e controllo;

— la consapevolezza e capacità di governo degli strumenti gestionali da parte del responsabile aziendale della medicina di base;

— la confusione e sovrapposizione delle interfacce organizzative nel sistema di relazioni locali.

Per quanto concerne l'orientamento dei sistemi di programmazione e controllo (tabella 8), la ricerca evidenzia una tendenza delle ASL a prediligere un'impostazione «ingegneristica» e standardizzata anziché un approccio negoziale e personalizzato, volto a garantire la fattibilità ed incisività del *budget* per i Mmg rispetto alle condizioni e contingenze locali.

Molte delle esperienze riscontrate prevedono infatti l'adesione ad un sistema predeterminato, in parte meccanicistico, incentrato sull'applicazione di indicatori imposti e non negoziabili. Sempre su questo tema, un'ulteriore considerazione merita il livello organizzativo (dal singolo Mmg all'Azienda) a cui applicare lo strumento del *budget*; l'analisi effettuata sottolinea una certa preferenza per ampi aggregati (distretto, ASL) invece di una

possibile focalizzazione su livelli più circoscritti (singolo Mmg o gruppo di Mmg), alla ricerca di margini di manovra necessariamente più discrezionali ma, al contempo, di maggiore responsabilizzazione per i singoli professionisti. In definitiva, l'incrocio tra orientamento degli obiettivi di *budget* e livelli di applicazione rivela alcuni dettagli significativi:

— i casi concentrati in basso a destra sono difficilmente interpretabili in termini di «accordi negoziati» con i Medici di medicina generale, quanto piuttosto in termini di traslazioni delle logiche di *budget* aziendale e strutturato in medicina generale;

— la preponderanza di obiettivi negoziati dal livello di gruppi di Mmg in giù testimonia che, laddove i medici sono organizzati, si è avuta maggiore negoziazione mentre, dal livello di

strettuale in su, prevale una visione più strutturata per effetto di una debolezza del fronte di Mmg o per una forte formulazione in senso aziendale;

— al di là delle esperienze aziendali che presentano sia obiettivi negoziati che imposti (4 su 13), esiste una chiara dominanza di ASL che ricadono solo nella parte destra della matrice (6 su 13) rispetto alle ASL presenti solo a sinistra (3 su 13), a conferma della predilezione per un'impostazione ingegneristica del sistema di programmazione e controllo.

Un secondo elemento di fragilità negli accordi con i Medici di medicina generale è insito nella consapevolezza e capacità di governo degli strumenti gestionali da parte dei responsabili aziendali della medicina di base. L'analisi degli obiettivi formulati, degli indicatori adottati, della reportistica

Tabella 8 - Orientamenti aziendali nei sistemi di programmazione e controllo

Applicazione	Obiettivi negoziati (personalizzati)	Obiettivi imposti (standard)
Per singolo Mmg	L, M, O	A, E, G, I
Per gruppo di Mmg	D, L, M	
Misto singolo/gruppo	C, F, O	B, N
A livello di distretto	C, D, H,	E
A livello aziendale	H	A, B, D, I, L, M, N, O

distribuita ai Mmg, delle schede di *budget* progettate, dello stadio evolutivo dei sistemi informativi, evidenzia una proliferazione e variabilità negli strumenti attuativi del *budget*, tale da mettere in discussione l'effettiva capacità di governo della partita e, più a monte, la presenza di una «visione manageriale» da parte dei responsabili aziendali per la medicina generale. Simili considerazioni non sono ovviamente finalizzate a colpevolizzare singoli professionisti (anche perché, come si vedrà in seguito, le interfacce organizzative nel processo di programmazione e controllo non sono univoche), bensì a far emergere l'esistenza di una «matassa» di leve operative che richiede una razionalizzazione e, spesso, a giudizio di chi scrive, una semplificazione prodroma ad un'effettiva appropriazione degli strumenti da parte degli stessi operatori.

Anche su questo aspetto esiste probabilmente un margine di manovra a

livello regionale per proporre alle singole Aziende consigli e supporti metodologici nella definizione di obiettivi ed indicatori, garantendo al contempo i margini di manovra per le personalizzazioni e le discrezionalità locali. La sensazione di chi scrive è infatti che, a livello generale, consapevolezza e capacità di governo degli strumenti di programmazione controllo, di gestione manageriale delle relazioni con i Mmg, siano entrambe ancora limitate.

A titolo esemplificativo per la fragilità degli strumenti di governo del *budget*, anche l'analisi della reportistica distribuita ai Mmg (tabella 9) evidenzia comportamenti aziendali fragili con molte ASL che si limitano ad inviare informazioni in modo discontinuo ai medici ed altre Aziende che utilizzano i dati per incontrare e gestire attivamente la relazione con gli stessi medici. L'uso della reportistica e delle schede di *budget* rappre-

senta in effetti una leva fondamentale sia per promuovere un salto di qualità nel governo dei fenomeni sanitari, sia per incentivare una cultura di corresponsabilità tra ASL e Mmg (vista anche la convergenza delle reciproche convenienze economiche già richiamate in precedenza). L'eterogeneità della reportistica per i Mmg in termini di forma, cadenza, contenuto, dati, logiche, viste dei *report*, oltre che connessa alla sensibilità aziendale sull'uso delle informazioni è correlata anche ad un altro aspetto, spesso sottovalutato, ma in realtà così rilevante da rappresentare il vero ostacolo per il successo delle esperienze di *budget* e, cioè, la disponibilità di dati rilevanti e tempestivi. L'assenza o il ritardo di dati gestionali, l'impossibilità di personalizzare le informazioni, i limiti dovuti allo stadio evolutivo ed alle proprietà dei sistemi informativi, rappresentano infatti un freno significativo per l'attuazione degli accordi in

Tabella 9 - Analisi della reportistica aziendale distribuita ai Medici di medicina generale

ASL	Cadenza	Obiettivo/ <i>gold standard</i>	Valori medi ASL/Reg.	Contenuti <i>report</i>	Dati di contesto *	Natura dati	Fonte dati	Logica <i>report</i>	Viste <i>report</i>
A	M	—	Si	F	—	FN/SN	C	—	—
B	M	Si	Si	F	Si	FN	C	ST	1, 2
C	T	—	Si	F, R	Si	FN/SN	C	ST	—
D	B	—	No	F	—	FN/SN	C	—	—
E	M	No	Si	F	Si	FN	C	A	1, 3
F	T	Si	No	F, R, SP	Si	SN	C	ST	2
G	M	No	Si	F	Si	FN	C	A	1, 3
H	M/T	No	Si	F, R	Si	FN	C	A	1, 3
I	M	—	Si	F, R, SP	—	FN/SN	C	A	—
L	M/T	—	Si	F, R, SP	—	FN/SN	C	A	—
M	M	—	Si	F, R, SP **	—	FN/SA	C	A	—
N	M	No	Si	F	Si	FN/SN	C	ST	—
O	T	No	Si	F, R	Si	FN/SN	C	ST	1, 2

M = mese; B = bimestre; T = trimestre; S = semestre; F = farmaceutica; R = ricoveri; SP = specialistica; FN = finanziari; SN = sanitari; P = prescritto; C = consumato; A = analitico; ST = sintetico.

1 = MMG; 2 = insieme di MMG; 3 = ASL.

* Numero assistiti pesati, spesa lorda o netta pesata, importo medio per ricetta.

** Su richiesta dei MMG.

medicina generale, per la misurazione dei comportamenti dei Mmg, per la gestione delle relazioni sulla base di informazioni e non in funzione di opinioni, percezioni, pregiudizi personali. Le esperienze più riuscite in materia di *budget* derivano anche dalla diffusione di una cultura di condivisione e confronto sulla base di informazioni attendibili e incontestabili; ovviamente, nella misura in cui mancano tali presupposti, le possibilità di incidere sui fenomeni, di innescare inversioni di tendenza, di conseguire risultati apprezzabili risultano rallentate e comunque aleatorie.

Queste ed ulteriori considerazioni sulla reportistica e le schede di *budget* per i medici evidenziano, a giudizio di chi scrive, scarsa chiarezza sul tema dei sistemi informativi da parte dei responsabili aziendali per la medicina generale. In altre parole, il mancato allineamento dei sistemi informatici ai fabbisogni informativi sollevati dagli strumenti di programmazione e controllo, piuttosto che lo sviluppo «auto-referenziale» dei sistemi informativi vincola l'efficacia degli strumenti attivabili. Dal punto di vista della correttezza gestionale, è infatti il fabbisogno informativo (e la sua evoluzione) a determinare l'innovazione nei sistemi informativi e non viceversa; tuttavia, proprio l'inversione tra i due fattori rilevata in diverse ASL emiliano-romagnole è sintomo di un vuoto gestionale da colmare al più presto, vista l'onerosità degli investimenti in informatica, soprattutto per quanto riguarda i tempi di realizzazione.

Oltre alle considerazioni appena illustrate, l'analisi delle tendenze attuali nei sistemi informativi per il territorio (tabella 10) evidenzia in effetti alcuni fenomeni dominanti:

— un orientamento dei sistemi informativi per architetture «a valle» (cioè basate sulla raccolta di dati relativi al cosiddetto «consumato», con-

centrati presso un *database* aziendale, anziché sulla base di dati relativi al «prescritto», acquisiti alla fonte presso Mmg informatizzati, come avviene nel caso delle architetture «a monte»);

— un tasso di informatizzazione dei Mmg ancora assai variabile (dal 20% all'85%);

— una certa omogeneità di sistemi gestionali per i Mmg con funzionalità, però, per lo più limitate all'automazione e gestione delle attività presso gli ambulatori medici che alla comunicazione e scambio di informazioni con le Aziende sanitarie.

L'ultimo punto di debolezza negli accordi di medicina generale, riguarda le diverse interfacce organizzative nel sistema di relazioni locali, dove il problema non risiede nella diversità locale bensì nella mancanza di univocità, dal lato delle Aziende, in materia di interfaccia per la negoziazione e la gestione delle relazioni con i Mmg. A questo proposito il sistema di relazioni attuali presenta un'elevata etero-

geneità; l'interfaccia con cui le organizzazioni sindacali negoziano gli accordi non è quella che invia i *reports* ai Mmg, che è a sua volta diversa sia da quella che organizza l'ADI o la gestione delle PPIP, sia da quella che paga gli incentivi agli stessi Mmg.

Sebbene in prima battuta ciò possa esprimere le peculiarità locali tuttavia, da un punto di vista aziendalista, sorgono dubbi circa l'efficacia ed efficienza complessiva dei processi di programmazione e controllo. L'identificazione di un'interfaccia univoca, a prescindere dalla struttura organizzativa locale, consente la maturazione di persone e ruoli garantendo un approccio uniforme presso tutte le ASL, coerente (per lo meno dal punto di vista professionale e metodologico), con ricadute positive in termini di immagine e compattezza del SSN a livello regionale, autorevolezza negoziale dell'ASL nei confronti dei medici, minimizzazione delle distorsioni negoziali.

Tabella 10 - Tendenze nei sistemi informativi a supporto della medicina generale

ASL	Prevalenza architettura		Tasso di IT c/o Mmg	Software c/o Mmg	Principali funzionalità *
	a monte	a valle			
A		X	21%	eterogeneo	SR, GCC, SCC
B		X	37%	eterogeneo	SR
C		X	70%	omogeneo	SR, GCC, SCC, CA
D		X	45%	eterogeneo	SR, GCC
E		X	—	—	—
F		X	50%	omogeneo	SR, GCC, SCC, RC, CA
G		X	—	—	—
H	X	X	30%	omogeneo	SR, GCC, SCC
I		X	39%	eterogeneo	SR, GCC, SCC
L		X	36%	eterogeneo	SR, GCC, SCC
M		X	—	eterogeneo	SR, GCC, SCC
N	X	X	85%	eterogeneo	SR, GCC, SCC, RC, CA
O		X	80%	omogeneo	SR, GCC, SCC

* SR = stampa ricette; GCC = gestione cartella clinica; SCC = scambio cartella clinica tra colleghi; RC = ricerche cliniche; CA = comunicazione dati con l'ASL.

7. Riflessioni conclusive

In questa sezione conclusiva vengono riassunti schematicamente nove spunti di riflessione maturati nel corso della ricerca. Si premette che le riflessioni successive hanno validità rispetto al contesto regionale osservato e non sono di per sé direttamente esportabili in altri ambiti.

1) Una prima considerazione riguarda l'opportunità o meno di introdurre ulteriori innovazioni significative nell'ambito della medicina generale; in base ai riscontri della ricerca, il CeRGAS Bocconi sottolinea la necessità di un periodo di consolidamento degli accordi in medicina generale per far crescere la familiarità nell'uso degli strumenti manageriali introdotti sia a livello aziendale che tra gli stessi Mmg. Un arco di tempo tra due e tre anni, finalizzato a «gestire e garantire» un miglioramento continuo tanto dei processi decisionali quanto della pratica operativa, appare più indicato rispetto al «pensare ed applicare» nuovi modelli organizzativi e ulteriori strumenti gestionali.

2) Siccome l'adesione dei Mmg alle iniziative descritte non rappresenta un problema rilevante (si ricorda che il tasso di adesione presso le tredici ASL varia dal 64% al 98%), non servono incentivi elevati «all'ingresso» ovvero per aderire agli accordi aziendali ed alla sperimentazione di strumenti di programmazione e controllo; peraltro la futura convenzione con i Medici di medicina generale contiene già una forte incentivazione in tal senso (es. L. 2800 per assistito per la partecipazione a progetti aziendali) che, nell'ambito del contesto emiliano-romagnolo, rischia di comportare un esborso finanziario non sufficientemente giustificato in termini di impegno professionale richiesto ai Mmg. A ciò occorre aggiungere una considerazione speculare: dai riscontri della ricerca, la vera

debolezza gestionale è semmai sul fronte delle ASL. Inoltre, nelle Aziende più mature, chi oggi inizia ad essere in difficoltà è l'ospedale, insensibile e per lo più incapace di avviare un «ripensamento» del proprio ruolo in funzione di una medicina generale rimodulata e gestita proattivamente dagli stessi professionisti del territorio.

3) La variabilità dei contesti locali rappresenta un patrimonio da valorizzare e difendere; in tal senso le ASL devono essere incoraggiate ad utilizzare ed affinare strumenti operativi in funzione delle convenienze locali, coerentemente alle strategie aziendali, pur nell'ambito di una cornice generale di regole definite a livello regionale (es. ADI sì o no, associazionismo medico sì o no, nuclei di cure primarie sì o no, ecc.). Un approccio alternativo finalizzato, ad esempio, alla standardizzazione degli accordi aziendali (es. progetti-obiettivo uguali per tutte le ASL), all'imposizione di strumenti omogenei (es. indicatori *standard* per tutti i *budget*), al trasferimento automatico di soluzioni ed esperienze da un'ASL all'altra, rischia infatti di snaturare gli strumenti gestionali rendendoli di fatto spuntati rispetto all'eterogeneità delle dinamiche, sensibilità, priorità locali. In quest'ottica, l'annuncio ed il susseguirsi di provvedimenti, linee guida, accordi regionali, può creare degli «alibi gestionali» per le ASL rispetto all'esigenza ed alla sfida di riuscire a calibrare su misura dei contesti locali gli strumenti di programmazione e controllo.

4) Un'ulteriore riflessione riguarda la necessità di introdurre regole regionali per la definizione e la verifica degli obiettivi aziendali negli accordi di medicina generale; in altre parole e, in funzione delle precedenti suggestioni, si avverte la necessità di meccanismi che, da un lato, obblighino le ASL a definire ed esplicitare gli obiettivi che intendono perseguire localmente per

governare la medicina generale e, dall'altra, consentano poi una verifica dei risultati in funzione sia degli obiettivi programmati che degli strumenti utilizzati. Simili accorgimenti possono infatti favorire una crescita professionale delle Aziende in termini di autocontrollo, mentre risultano altamente controproducenti qualora venissero applicati con atteggiamenti censori; tali regole poi potrebbero venir normate nell'ambito dello stesso Piano sanitario territoriale, garantendo e supportando ulteriormente gli indirizzi regionali.

5) Una considerazione metodologica attiene invece ai livelli di negoziazione sindacale, che attualmente sono troppo numerosi e sovrapposti (accordo nazionale, regionale, metropolitano, aziendale). La mancanza di chiarezza su quale livello «faccia testo» comporta conseguenze quali le incertezze sui tempi, il rialzo automatico degli incentivi ad ogni tornata negoziale, l'impoverimento negli obiettivi; è quindi opportuno che ASL e Mmg decidano i livelli contrattuali di riferimento, i criteri di interpretazione dei cambiamenti introdotti dal susseguirsi dei momenti negoziali, oppure le regole a garanzia della continuità nell'azione locale (alcune Aziende in effetti stanno pensando a dei regolamenti locali per integrare le sfasature temporali e contenutistiche tra i vari livelli negoziali). È opinione del CeRGAS Bocconi che, al crescere della distanza tra livello contrattuale di riferimento e contesto di applicazione, aumenti la rigidità gestionale e diminuisca la manovrabilità rispetto alle esigenze e dinamiche locali. Pertanto, oltre all'accordo nazionale, proprio la negoziazione aziendale può costituire l'unico vero altro punto di riferimento al fine di garantire continuità operativa, espressione delle soggettività locali, selezione degli obiettivi associati alle varie forme di

incentivazione (incentivi monetari, strutturali, professionali, organizzativi); con un'impostazione simile, l'ASL viene rafforzata nel ruolo di interfaccia negoziale per i Mmg, mentre alla Regione compete una funzione di regia e calmierazione che può concretizzarsi, ad esempio, nella definizione del fondo di incentivazione di riferimento massimo per i Mmg, agendo quindi più su una leva finanziaria che normativa.

6) Sempre a proposito di interfacce organizzative, occorre insistere con le ASL per realizzare univocità di interfaccia e governo delle relazioni con i Medici di medicina generale; qualora quest'interfaccia fosse realizzata nell'ambito del nascente Dipartimento delle cure primarie, occorre che i distretti si focalizzino sull'esercizio della funzione di committenza e non già anche nel governo degli stessi Mmg venendo di fatto a configurare, in questa seconda ipotesi, una duplicazione di funzioni ed interfacce.

7) In base alle analisi effettuate durante la ricerca, è anche opportuno fare pressione sulle ASL affinché sviluppino strumenti di *management* per i Medici di medicina generale; oltre al processo di *budget*, esistono notevoli margini di miglioramento e personalizzazione dei sistemi di programmazione e controllo, dei sistemi informativi, della reportistica distribuita ai stessi Mmg. Su questi aspetti la Regione può sicuramente contribuire coordinando gli sforzi di formazione e fornendo adeguati supporti consulenziali sia alle Aziende che agli stessi Mmg.

8) Ancora in tema di strumenti, negli accordi analizzati spesso emerge il ricorso a linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici quali strumenti per raggiungere obiettivi di appropriatezza; da questo punto di vista preme ricordare che tali iniziative non comportano necessariamente un ri-

sparmio finanziario, soprattutto a breve termine, in quanto potrebbero ispirarsi ad una logica economica espansiva (es. miglioramento dell'accesso alle prestazioni, incremento della qualità assistenziale) anziché perseguire unicamente benefici finanziari. Più che appropriatezza prescrittiva come viatico al risparmio, linee guida e percorsi devono anche indurre una responsabilizzazione delle ASL attraverso l'utilizzo di questi strumenti per allocare risorse per patologia. Come sempre, l'uso di strumenti non è detto che provochi risultati automatici mentre l'esercizio della discrezionalità nel decidere quali obiettivi perseguire, con quali strumenti, crea invece le condizioni per raggiungere dei risultati gestionali. Ciò presuppone visione strategica e disponibilità di strumenti operativi; entrambi questi aspetti risultano avviati presso le 13 ASL dell'Emilia-Romagna. Un uso più focalizzato di questi strumenti (es. per la gestione integrata dell'ipertensione, del diabete, ecc.) appare pertanto rilevante al fine di radicare competenze, propensione al cambiamento, responsabilità sui risultati, disponibilità culturale tra Mmg ed all'interno delle ASL.

9) L'ultima considerazione verte sul compenso dei Medici di medicina generale associata agli accordi ed agli obiettivi di *budget*: la presenza di un'elevata componente variabile di stipendio (11% del compenso totale erogato ai Mmg negli anni 1997-1998) consente un margine di manovra gestionale, possibilmente teso a favorire una progressiva maturazione del ruolo dei Mmg, delle nuove convenienze sia economiche che professionali legate all'uso di strumenti manageriali in medicina generale. Inoltre, siccome la cosiddetta quota variabile è destinata a crescere per effetto della nuova convenzione, risulta fondamentale che logiche gestionali

ed incentivanti siano decise ed azionabili da un'unica interfaccia, idealmente concentrata presso il già richiamato Dipartimento delle cure primarie, e soprattutto in grado di presidiare gli aspetti economici, professionali, amministrativi, delle relazioni con gli stessi Mmg. Altrimenti, il rischio è di vanificare la disponibilità di una leva manageriale, la quota variabile appunto, a causa della parcellizzazione di interlocutori e tempistiche per la gestione degli aspetti economici, professionali, amministrativi nelle attività di Medici di medicina generale.

BIBLIOGRAFIA

- ANNUARIO STATISTICO DEL SSN (1998), dati istituzionali sul Servizio sanitario nazionale.
- ASSESSORATO ALLA SANITÀ DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (1999), sintesi degli Accordi aziendali di medicina generale nel triennio 1997-1999.
- AZIENDE USL DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (1997-1999), accordi aziendali di medicina generale e documenti di progetto.
- BECCHI M.A., TURCI G. (1998), «La qualità dell'assistenza domiciliare», *Salute e Territorio*, XIX: pagg. 80-86.
- GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (1997), *Approvazione degli accordi attuativi regionali ex DPR 484/96*. Deliberazione n. 1487 del 1° agosto 1997.
- DOMENIGHETTI G. (1994), *Il mercato della salute ignoranza o adeguatezza?*, CIC Edizioni Internazionali.
- FORMOSO G., MAGRINI N., LIBERATI A. (2000), «Che cosa pensano i medici delle linee guida?», *Effective Health Care*, edizione italiana, 4: pagg. 1-8.
- LONGO F. (1999), *ASL, distretto, medico di base logiche e strumenti manageriali*, EGEA, Milano.
- MINISTERO DELLA SANITÀ - DIPARTIMENTO PER LA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI E LA FARMACOVIGILANZA (1999), «I primi 15 principi attivi di fascia A e B nel 1° semestre 1999», *Bollettino d'informazione sui farmaci*, 5-6: pagg. 44-46.

OASI - OSSERVATORIO AZIENDE SANITARIE ITALIANE DEL CERGAS BOCCONI (1997-1999), dati sul Servizio sanitario nazionale.

PROGRAMMA NAZIONALE PER LE LINEE GUIDA; disponibile su internet al sito: <http://www.assr.it/lguida/>.

TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Pensiero Scientifico Editore, Roma.

VACCHERI A., CASTELVETRI C. (2000), *Rapporto sulla prescrizione di farmaci in Emilia-Romagna 1998-1999*, Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci -

Dipartimento di farmacologia, Università di Bologna.

VITULLO F., CARINCI F., LEPORE, TOGNONI G. (1997), *Aziende sanitarie e modelli di uso dei D.R.G.*, Pensiero Scientifico Editore, Roma.

IL PROCESSO DI TRASFORMAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE E IL RUOLO DEL CONTROLLO DI GESTIONE

Mariolina Longo¹, Cristina Masella²

¹ CIEG, Università di Bologna

² Dipartimento di Economia e Produzione, Politecnico di Milano

SOMMARIO: 1. Obiettivi del lavoro - 2. La riforma sanitaria - 3. Il controllo di gestione in sanità - 4. L'analisi empirica: il campione - 5. I sistemi di controllo di gestione utilizzati - 6. L'analisi delle esigenze informative - 7. Conclusioni.

The health authorities are involved in a broad-ranging process of change affecting the mode of operation and the distribution of responsibility. In particular, the compulsory introduction of analytical accounting, the attribution of responsibility for results to heads of department and the emphasis on control are laying the foundations for the spread of management control tools within the health authorities. The aim of the present study is to outline the role and evolution of management control in this process of change.

1. Obiettivi del lavoro

L'obiettivo di questo lavoro è comprendere l'evoluzione e il ruolo del controllo di gestione nel processo di cambiamento organizzativo e gestionale in atto nel settore sanitario.

Nonostante i numerosi interventi normativi, volti all'introduzione di alcuni principi economici fondamentali, l'utilizzo di tecniche di gestione ispirate a criteri di economicità e la sensibilità degli operatori nei confronti di tali tecniche sono ancora ad uno stadio embrionale. Le aziende sanitarie sino ad ora hanno agito in ottemperanza alle indicazioni legislative, introducendo sistemi di contabilità economica e analitica, predisponendo *budget* e piani strategici. Bassa tuttavia è stata l'attenzione dedicata alla comprensione delle esigenze degli utilizzatori.

Il nostro lavoro ha cercato, attraverso lo studio di casi aziendali e le interviste con gli utenti, di analizzare proprio tali esigenze informative, con il duplice obiettivo di fornire sia indicazioni utili ai «progettisti» dei sistemi di controllo di gestione sia di fare

emergere le potenzialità degli strumenti di controllo di gestione nei processi di cambiamento interno.

Per comprendere le esigenze informative richieste dagli utenti del controllo di gestione si è reso necessario:

— analizzare con gli utenti i processi decisionali relativi a innovazioni organizzative e/o gestionali. L'obiettivo è stato quello di comprendere in che misura gli operatori sanitari siano in grado di sviluppare un processo decisionale che definisca dei percorsi operativi e permetta il raggiungimento dei risultati;

— verificare, all'interno delle unità operative coinvolte nella ricerca, l'esistenza di sistemi di controllo propri tali da supportare tali processi decisionali;

— individuare le aspettative e il grado di soddisfazione degli operatori nei confronti dell'unità controllo di gestione.

Nel seguito, dopo un'analisi degli aspetti gestionali più rilevanti contenuti nel D.L.vo 229/99 (§ 2) e delle caratteristiche del controllo di gestione in sanità (§ 3), si presentano i risultati

dell'analisi empirica, condotta su quattro casi aziendali (§ 4). Nel paragrafo 5 si descrivono i sistemi di controllo di gestione implementati, utilizzando come chiavi di lettura la dimensione organizzativa, il modello di contabilità analitica e il processo di budgeting. Il paragrafo 6 riporta i risultati delle interviste volte a valutare le esigenze informative.

2. La riforma sanitaria

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale prende avvio con l'introduzione dei D.L.vo 502/92 e 517/93 che attribuiscono alle USL e a taluni ospedali con specifici requisiti, la natura di «azienda pubblica di servizio, con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica» (artt. 3 e 4, D.L.vo 502/92). L'obiettivo è la trasformazione delle aziende sanitarie in aziende «autonome», dotate di precise responsabilità economiche oltre che operative, come viene espresso dalla norma dettata dall'art. 4 che introduce

il tema dell'equilibrio economico «Le aziende ospedaliere devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. (...) Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione (...) comporta il commissariamento da parte della Regione e la revoca dell'autonomia aziendale» (art. 4, comma 8, D.L.vo 502).

Si rende necessario, in tale contesto, dotare le aziende di adeguati strumenti contabili di pianificazione e controllo e in questa direzione opera il D.L.vo 502 che, vincolando la normativa regionale sulla contabilità delle aziende sanitarie a quella del codice civile in materia societaria, disciplina l'adozione del bilancio pluriennale di previsione, del bilancio preventivo economico annuale e la tenuta della contabilità analitica per centri di costo.

Sempre nel tentativo di individuare metodi e strumenti di controllo interno dei costi si inserisce il nuovo sistema di finanziamento delle aziende ospedaliere, centrato sulla rilevazione della produzione realizzata (DRG).

Con il decreto legislativo del giugno 1999 (D.L.vo 229/99) sulla riorganizzazione del SSN (la riforma *ter*) viene avviata una ulteriore fase di riforma della sanità italiana.

Uno degli obiettivi di tale riforma è completare il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario introducendo, tra l'altro, una serie di elementi innovativi volti a creare una struttura organizzativa caratterizzata dalla presenza di figure professionali cui attribuire responsabilità non solo cliniche ma anche gestionali.

Tale processo di riorganizzazione, necessario per supportare lo sviluppo della attività di programmazione e controllo delle attività e delle risorse, così come auspicato dai numerosi interventi legislativi, prevede:

— l'introduzione dell'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte

le attività sanitarie. Al direttore di dipartimento è attribuita «sia una responsabilità professionale in materia clinico-organizzativa sia una responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti» (art. 17-*bis*, comma 2);

— la possibilità di poter stipulare contratti di fornitura e appalti entro un certo ammontare senza vincoli burocratici;

— la possibilità di accedere a forme di indebitamento innovative;

— la soppressione della contabilità finanziaria.

Una particolare attenzione merita il nuovo modello di accreditamento delle strutture sanitarie, introdotto con l'obiettivo specifico di garantire una maggiore qualità ed un maggior controllo dei servizi offerti. In tale modello assume rilevanza l'aspetto relativo alla definizione degli accordi contrattuali, per effetto dei quali la Regione e le ASL, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture accreditate che indicano:

— il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima USL si impegnano ad assicurare;

— i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo alla accessibilità ed alla appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

— il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate.

È evidente come tali accordi introducano nuovi elementi importanti in materia di controllo infatti (Casati, 1999):

— il rispetto degli accordi contrattuali rappresenta elemento di valutazione nei confronti del direttore generale, ma anche per i responsabili di di-

partimento, nell'ottica degli incentivi retributivi;

— viene previsto il monitoraggio e il controllo sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese e sui costi.

Il contesto legislativo in vigore, così come descritto, e più in particolare l'obbligo dell'introduzione della contabilità analitica, le responsabilità gestionali attribuite ai direttori di dipartimento, l'enfasi sul tema dei controlli, pongono le basi per la diffusione degli strumenti di controllo di gestione nelle aziende sanitarie. Tra gli operatori del settore sono però ricorrenti alcune domande: quali strumenti introdurre, che utilizzo farne? È possibile riproporre le logiche del controllo di gestione sviluppate per le aziende industriali nel settore della sanità?

3. Il controllo di gestione in sanità

L'attività di governo delle aziende sanitarie, in particolare quelle pubbliche, è estremamente complessa. L'operato di tali aziende rimane ancora profondamente condizionato dalle scelte compiute «a monte» dallo Stato e dalla Regione, che ne regolano i compiti, gli stanziamenti, la temporizzazione prevista e reale dei medesimi. Al tempo stesso esse sono aperte più di ogni realtà pubblica al rapporto diretto con il cittadino che è soggetto economico, finanziatore e utente nel contempo (Anselmi, 1996).

L'introduzione del controllo di gestione in tali realtà aziendali è volto al raggiungimento di almeno due obiettivi fondamentali, entrambi determinati dall'accresciuta complessità ambientale (Zangrandi, 1992).

Prima di tutto l'efficienza: tali organizzazioni, siano esse pubbliche, private o no profit, sono chiamate a operare con più alti livelli di efficienza, garantendo cioè una migliore utilizzazione delle risorse. Spingono verso

questa direzione l'esigenza del contenimento del *deficit* pubblico, condizione essenziale per ipotizzare uno sviluppo equilibrato e duraturo, e la necessità di offrire servizi qualitativi in linea con le esigenze della popolazione.

In secondo luogo la responsabilizzazione: la scomposizione dei risultati complessivi in risultati parziali e la responsabilizzazione di «parti» della struttura organizzativa su costi di produzione, margini di contribuzione, indicatori di qualità e volumi di attività, è parte di quel processo di decentramento fondamentale per governare enti complessi e differenziati attraverso nuovi metodi sempre più orientati all'efficienza e alla qualità.

Il controllo di gestione non è però solo uno strumento di ottimizzazione; pur ponendo l'accento sul rapporto tra risorse e risultati, esso costituisce anche un sistema informativo decisionale tendente a orientare il comportamento dei membri di una organizzazione al fine di indirizzarlo al raggiungimento degli obiettivi aziendali (si veda tra gli altri Flamholtz, 1979; Azzone, 1994; Anselmi, 1996; Amigoni, 1979; Anthony, 1990; Brusa, 1990).

In questo senso, quindi, il sistema di controllo assume significati ben diversi e più ampi sia rispetto al concetto di controllo tradizionalmente riferito alle amministrazioni pubbliche, inteso come controllo formale sui singoli atti, tendente a verificare lo svolgimento della gestione rispetto alle disposizioni normative, sia rispetto al concetto di controllo economico classico, rappresentato dall'attività di verifica e riscontro a posteriori della rispondenza dell'azione a un determinato modello comportamentale (Anselmi, 1996).

Non è facile, analizzando la letteratura sul controllo di gestione, individuare un «modello» di riferimento. È possibile, però, individuare alcuni elementi che sono comuni a tutti i model-

li di controllo di gestione proposti: la contabilità analitica, che passa attraverso l'articolazione dell'organizzazione in centri di costo, e il sistema di *budgeting*.

Nell'introduzione dei sistemi di controllo di gestione in sanità ritroviamo questi due elementi. In particolare le aziende sanitarie hanno ormai introdotto i sistemi di contabilità analitica e stanno introducendo ora i sistemi di *budgeting*, come testimoniano gli studi della Vagnoni (1998) e di Casati (1998) (1).

Una forte critica è però stata avanzata nei confronti dei sistemi di contabilità analitica tradizionali applicati alle aziende sanitarie (Ruta, 1993; Casati, 1999; Anselmi, 1996; Vagnoni, 1998). Due fenomeni, analogamente a quanto accade nelle aziende industriali, caratterizzano l'erogazione del servizio sanitario:

— la marginalità della componente variabile del costo (materiali di consumo rispetto alla componente fissa (tecnologia, risorse umane, struttura),

— la crescente importanza delle attività di supporto (sistemi informativi, gestione logistica, gestione della tecnologia).

Se a questo si aggiunge la tendenza in atto a riportare il paziente al centro del processo di erogazione del servizio, come testimoniano i più recenti modelli di organizzazione sanitaria, ci si chiede quale sia il valore di una contabilità dei costi che polarizza la propria attenzione sui costi variabili e alloca la maggior parte di quelli indiretti secondo basi convenzionali che presumono una correlazione tra la parte variabile del costo e la componente fissa. Emerge, dunque, la necessità di dare contenuto a una visione dell'organizzazione che rifletta i processi di gestione del paziente secondo il modello più generale di gestione per processo.

Ciò ha portato alcune aziende sanitarie a sperimentare, accanto ad un si-

stema di controllo di gestione tradizionale articolato per centri di costo, modelli di rilevazione dei costi secondo le logiche dell'*activity based costing* (2). Analizzare il processo sanitario nell'ottica della «catena del valore» può consentire, infatti, di individuare opportuni spazi di miglioramento e di coordinamento tra le diverse attività e di razionalizzarne il contributo all'ottenimento del servizio finale.

4. L'analisi empirica: il campione

Nel corso della ricerca sono stati studiati 4 casi aziendali. Le aziende sanitarie coinvolte nel progetto sono riportate in tabella 1. L'obiettivo dell'analisi dei casi, come accennato nel paragrafo 1, è duplice: da un lato si vuole studiare la «storia» dell'introduzione dei sistemi di controllo di gestione nelle aziende ospedaliere attraverso l'analisi della posizione organizzativa occupata dall'unità operativa che si occupa del controllo di gestione e del suo grado di autonomia decisionale nonché dei modelli concettuali applicati; dall'altro si vuole comprendere, attraverso le interviste agli utilizzatori del controllo di gestione, le reali esigenze informative.

Il paragrafo 5 sarà quindi dedicato alla descrizione della posizione organizzativa del CoGes e dei sistemi di controllo di gestione implementati nelle quattro aziende ospedaliere, il paragrafo 6 sarà invece dedicato all'analisi delle esigenze informative.

5. I sistemi di controllo di gestione utilizzati

La tabella 2 riporta le principali caratteristiche organizzative. In particolare si nota come il controllo di gestione sia in generale un organo in *staff* alla direzione generale. In uno dei casi studiati il controllo di gestione vede

Tabella 1 - Le aziende sanitarie studiate

	Proprietà	Articolazione
Azienda ospedaliera S. Anna di Como	Pubblico	L'azienda ospedaliera è composta da tre presidi ospedalieri (Como, Cantù/Mariano, Menaggio), un Dipartimento di salute mentale e la rete di ambulatori sul territorio. L'attività è organizzata in 10 Dipartimenti trasversali alle strutture (medicina interna, diagnostica per immagini, medicina di laboratorio, chirurgia specialistica, urgenza ed emergenza, chirurgia generale, materno infantile, medicina specialistica, oncologia, salute mentale)
IRCCS Istituto nazionale dei tumori	Pubblico	L'istituto è specializzato nella cura dei tumori. L'attività è organizzata in 8 Dipartimenti (chirurgia 1, chirurgia 2, medicina oncologica, patologia, radioterapia, diagnostica e terapia per immagini, oncologia sperimentale, paziente critico)
Istituto Clinico Humanitas	Privato	L'ospedale ospita numerose specialità. L'attività è organizzata in 22 unità operative di degenza ordinaria, 2 unità operative di cure intensive, 2 unità operative di <i>day hospital</i> e 7 unità operative di diagnosi e cura
Cliniche Gavazzeni	Privato	L'ospedale è organizzato in tre dipartimenti (cardiovascolare, chirurgico, medico) (1)

(1) Nel luglio 1999 le Cliniche Gavazzeni sono state assorbite dalla proprietà dell'Istituto Clinico Humanitas. In questo lavoro le due strutture vengono descritte come entità autonome, poiché il processo di integrazione è attualmente in corso.

un forte apporto dal mondo della consulenza.

Al di là delle differenze di natura terminologica tutte le aziende del campione hanno adottato uno schema di centri di costo analogo (tabella 3). Si differenziano, però, in relazione alle logiche di ripartizione dei costi comuni. Mentre tre aziende hanno introdotto sistemi più o meno complessi per ripartire a consuntivo il costo delle attività di supporto, siano esse sanitarie o non, una delle quattro aziende ha introdotto un sistema di prezzi di trasferimento basati su costi *standard*.

Vi è uniformità anche negli schemi di conto economico che vengono predisposti dal controllo di gestione: partendo dai ricavi che è possibile attribuire alla singola unità operativa, si individuano una serie di margini intermedi sottraendo dapprima i costi diretti, poi i costi dei servizi sanitari e non sanitari, infine la quota di costi generali o di struttura.

Più interessante appare lo studio dei processi di *budgeting*. Infatti analiz-

zando la tabella 4 è possibile dedurre due tipi di processo.

Il *budget* come strumento di pianificazione economica: l'unità di controllo di gestione predispone un conto economico previsionale, partendo dai volumi di attività dell'anno precedente ed introducendo obiettivi di incremento di attività e/o riduzione della degenza e/o riduzione dei costi diretti (casi A, C). Il caso dell'ospedale D rientra in questa categoria, ma la maggior attenzione dedicata agli indicatori di natura non finanziaria (giorni medi di pre-ricovero, efficienza delle sale operatorie ecc.) po-

ne in luce un orientamento all'efficienza.

Il *budget* come strumento di diffusione *top-down* degli obiettivi: l'unità controllo di gestione predispone, insieme ai responsabili di dipartimento e/o di unità operativa, gli obiettivi da raggiungere nell'anno, coerentemente con gli obiettivi stabiliti dal piano strategico aziendale. Ma, attenzione, tali obiettivi non sono espressi in termini di ricavi e costi attesi. Nell'azienda B, ad esempio, le schede di *budget* evidenziano accanto ai tradizionali obiettivi di produzione, obiettivi sul miglioramento del flusso informativo e

Tabella 2 - L'unità operativa controllo di gestione nelle aziende studiate

	Formalizzazione del CoGes	Posizione del CoGes nell'organigramma	Attori coinvolti nell'attività di controllo
A	No	Direzione amministrativa	Direttore amministrativo + supporto di un tecnico del CED
B	Sì	Staff al Direttore generale	Responsabile controllo di gestione + responsabile sistemi informativi + collaboratore
C	Sì	Staff al Direttore generale	Responsabile controllo di gestione + consulenti esterni
D	Sì	Staff al Direttore generale	Responsabile controllo di gestione + collaboratore

Tabella 3 - I sistemi di contabilità analitica

	Classificazione dei centri di costo	Logica di ribaltamento	Schema di conto economico
A	Sanitari finali Sanitari ausiliari Struttura	Basi multiple a consuntivo	Conto economico scalare a costo pieno
B	Produzione finale Servizi intermedi sanitari Servizi intermedi non sanitari Comuni a diverso livello	Metodo reciproco a basi multiple a consuntivo	Conto economico scalare a costo pieno
C	Finali Servizi diagnostici Servizi di supporto sanitario Servizi alberghieri Servizi generali	Basi multiple a consuntivo	Conto economico scalare a costo pieno
D	Finali Ausiliari sanitari Ausiliari non sanitari Struttura	Prezzi di trasferimento basati su costi <i>standard</i>	Conto economico scalare a costo pieno

sul raggiungimento di risultati specifici nell'ambito di progetti aziendali e dipartimentali. Nel caso analizzato troviamo, ad esempio, gli *standard* da raggiungere relativi ai tempi (max 7 giorni) e alla qualità (max 0,5% di errori) di una attività cruciale per le aziende ospedaliere, quale la compilazione delle schede di dimissione. Ancora, troviamo l'impegno da parte del responsabile di definire i protocolli operativi relativi a gestione farmaci, gestione liste di attesa, gestione rifiuti

ecc. iniziativa che si inserisce nel più ampio progetto aziendale di accreditamento.

La diffusione di *report* aziendali completi, contenenti dati economici e dati di produzione, è limitata in tutte le aziende studiate, fatta eccezione per l'azienda D.

Due sono, a nostro avviso, le spiegazioni. Innanzitutto, la coesistenza nelle aziende sanitarie di due sistemi informativi separati, che spesso non sono integrati, né integrabili e cioè il

sistema «amministrativo» e il sistema «sanitario». Sul primo transitano tutte le informazioni di natura amministrativa che consentono la gestione della contabilità generale e analitica. Il secondo contiene, invece, tutte le informazioni relative al paziente (ricovero, transazioni, dimissione). Ciò rende più difficile alle unità di controllo di gestione, che hanno accesso diretto al solo sistema amministrativo, la predisposizione di *report* aziendali completi.

In secondo luogo il controllo di gestione ha cominciato solo di recente a coinvolgere i dirigenti medici, con l'introduzione di sistemi di *budget*. Nel passato infatti i conti economici di unità operativa e l'entità dei costi delle singole unità operative erano tradizionalmente informazioni riservate alla direzione generale e amministrativa che riceveva dalla direzione sanitaria le informazioni relative alla produzione.

Solo con la configurazione attuale, il controllo di gestione che serve i dirigenti medici, nasce quindi l'esigenza di integrare in un unico *report* i dati di natura economica e quelli legati alla produzione. Questo tema verrà ripreso

Tabella 4 - Il budget

	Il contenuto del documento	L'interlocutore privilegiato	Il coinvolgimento richiesto	Collegamento incentivi
A	Volumi di attività e degenza media Ricavi, costi e margini attesi Analisi di <i>break even</i>	Responsabili di dipartimento e/o di unità operativa	Processo <i>top-down</i> con contrattazione	Si
B	Volumi di attività, degenza media, utilizzo dei posti letto Obiettivi di gestione del sistema informativo (tempi e qualità di compilazione delle SDO) Obiettivi specifici su progetti aziendali e dipartimentali	Responsabili di dipartimento	<i>Top down e bottom up</i> con contrattazione	No
C	Volumi di attività, peso medio e valore dei DRG Costi, ricavi e margini attesi	Responsabili di dipartimento/unità operativa	Processo <i>top-down</i> in fase di avvio	ND
D	Volumi di attività, degenza media, efficienza di utilizzo delle sale operatorie, numero sedute di sala operatoria, utilizzo dei posti letto, numero medio di giorni di prericovero Ricavi, costi e margini attesi	Responsabili di dipartimento/unità operativa	Processo <i>top-down</i> con contrattazione	Si

nel paragrafo 6 dedicato alle esigenze informative.

6. L'analisi delle esigenze informative

Al fine di comprendere quale ruolo abbia attualmente e quale potrebbe avere nel futuro l'unità di controllo di gestione nei processi di governo delle strutture ospedaliere, sono state effettuate alcune interviste agli utenti del controllo di gestione. In particolare sono stati intervistati medici responsabili di unità operativa, direttori sanitari, responsabili dei servizi infermieristici, personale amministrativo. Nella tabella 5 sono riepilogate le interviste effettuate, mentre nella tabella 6 sono riportati i codici identificativi degli intervistati identificati per ruolo e per struttura di appartenenza. Come emerge da una prima lettura, da parte di una delle quattro strutture non vi è stata in questa fase della ricerca piena collaborazione. Ciò in parte può essere spiegato dalla fase ancora embrionale del controllo di gestione in tale realtà.

Nel corso delle interviste si è cercato:

- di ricostruire con l'interlocutore i processi di governo in cui è coinvolto, distinguendo tra momenti decisionali relativi a innovazioni organizzative/gestionali e attività di programmazione e controllo dell'attività corrente;
- di evidenziare le fonti informative utilizzate, distinguendo tra il sistema informativo «amministrativo» (che governa le transazioni economiche), il sistema informativo «sanitario» (che governa le informazioni relative al percorso del paziente nell'ospedale) e i sistemi locali (tipicamente *database* contenenti informazioni specifiche dell'unità operativa);

— di comprendere l'utilizzo e il grado di comprensione dei *report* attualmente preparati dal controllo di gestione.

Ciò ha consentito di mettere in luce le aree di potenziale intervento dell'unità di controllo di gestione e di sviluppare una «mappa» delle aspettative dei decisori nei confronti dell'unità di controllo di gestione.

Nel seguito si cercherà di sintetizzare il risultato di tali interviste, considerando separatamente:

- l'attività decisionale relativa ad innovazioni organizzative e/o gestionali;
- gli strumenti di monitoraggio dell'attività utilizzati da ciascuna unità operativa;
- le considerazioni degli utenti sul controllo di gestione.

6.1. I processi decisionali relativi a innovazioni organizzative e/o gestionali

Dalle interviste effettuate sono emerse alcune decisioni tipiche che coinvolgono gli utenti selezionati: apertura e dimensionamento di nuove unità operative, valutazione di investimenti in tecnologia, valutazione comparata di materiali di consumo, riorganizzazione dei processi di gestione del paziente.

I processi decisionali sono stati analizzati utilizzando le seguenti chiavi di lettura:

- natura del processo decisionale, distinguendo tra processi decisionali strutturati e non strutturati. Tale distin-

zione è emersa dalla ricostruzione, fatta dai singoli intervistati, dei processi decisionali vissuti nel passato. È emerso chiaramente come in alcuni casi fosse possibile riconoscere nella descrizione verbale le fasi tipiche dei processi decisionali, mentre in altri casi si è giunti all'azione in assenza di un processo di analisi articolato, sulla base di un'indicazione da parte del superiore gerarchico e/o di sensazioni soggettive;

— livello di coinvolgimento; nel caso di processi decisionali strutturati si è cercato di «misurare» il coinvolgimento del decisore, utilizzando come *proxy* la sua partecipazione alle diverse fasi del processo decisionale. Dalle interviste è stato possibile individuare comportamenti comuni a più attori. La tabella 7 riporta la classificazione adottata;

— fonti informative; nel caso di processi decisionali strutturati si è cercato di comprendere quali fonti informative vengano più frequentemente utilizzate distinguendo tra *database* personali e sistemi informativi aziendali;

— attori coinvolti; nel caso di processi decisionali strutturati, si è cercato di ricostruire il gruppo di progetto che ha condotto l'analisi e individuato la soluzione.

La tesi che si voleva verificare era la seguente: gli operatori delle aziende sanitarie, ed in particolare i medici,

Tabella 5 - Le interviste

Dirigenti medici di secondo livello	Direttori sanitari	Personale amministrativo	Responsabile servizi infermieristici
13	2	3	3

Tabella 6 - I codici identificativi degli intervistati

	S. Anna Como	Istituto tumori	Humanitas	Gavazzeni
Dirigenti medici di II livello	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	13	8, 9, 10	16, 18, 21
Direttori sanitari				19
Personale amministrativo			12	14, 15
Responsabile servizi infermieristici			11	17, 20

Tabella 7 - Gli stereotipi

Livello di coinvolgimento	Comportamenti tipici
Elevato	Percepisce l'esistenza di un problema, imposta il modello (obiettivi, vincoli, relazioni tendenziali), individua le alternative, cerca le informazioni necessarie, valuta gli effetti e seleziona l'alternativa
Medio	Percepisce l'esistenza di un problema, imposta il modello (obiettivi, vincoli, relazioni tendenziali), individua le alternative, rimanda ad altre unità organizzative
Basso	Percepisce l'esistenza di un problema, rimanda ad altre unità organizzative

hanno una naturale predisposizione, dovuta agli studi effettuati e alla natura della pratica clinica, ad organizzare i processi decisionali, a cercare gli elementi utili per la scelta e a soppesare costi-benefici delle alternative. Questa tesi sembra essere in aperto contrasto con la visione più tradizionale di un rapporto conflittuale tra clinici e amministrativi nelle aziende sanitarie.

I risultati più interessanti delle interviste sono riportati nella tabella 8.

Pur riconoscendo l'esiguità del campione studiato, la nostra analisi conferma la tesi proposta. Emerge, infatti, una elevata propensione del personale sanitario a strutturare i processi decisionali, ma una sostanziale autonomia nel gestirli. Questo anche in presenza di decisioni che impattano in modo rilevante sull'organizzazione nel suo complesso. Alcuni intervistati si sono lamentati di «essere stati lasciati soli» o di «non aver avuto risposta» agli stimoli di innovazione lanciati all'organizzazione. Ciò potenzialmente configura un nuovo ruolo per l'unità di controllo di gestione: l'unità organizzativa che all'interno delle aziende sanitarie fa propri gli spunti di innovazione, supporta il processo decisionale e facilita il cambiamento.

6.2. Gli strumenti di monitoraggio delle attività

La seconda area di indagine è relativa alla individuazione degli strumenti

di monitoraggio delle attività normalmente in uso presso le diverse unità operative sanitarie. La tesi che si è voluto verificare attraverso le interviste è la seguente: a livello di singola unità operativa sono spesso presenti *database* che contengono informazioni utilissime per valutare la gestione e l'andamento delle attività. I sistemi di controllo di gestione dovrebbero attingere da tali fonti, in modo tale da essere più vicini alla realtà che cercano di controllare.

La tabella 9 riporta, per ogni singola unità operativa analizzata, le informazioni raccolte dai relativi *database*.

Emerge chiaramente, e senza distinzioni tra aziende pubbliche e private, come accanto a informazioni di natura clinica, necessarie per il naturale svolgimento dell'attività, vengano spesso registrate informazioni che hanno anche una valenza gestionale (le richieste per accertamenti diagnostici, il consumo di farmaci, i tempi).

Si pensi ad esempio alle richieste per accertamenti diagnostici. All'interno di molte aziende ospedaliere non esistono procedure formalizzate per registrare la provenienze di tali richieste, di conseguenza il controllo di gestione è spesso obbligato a onerose procedure extra contabili per ripartire il costo dei servizi diagnostici tra i reparti. Ma vi è di più: tali richieste, in particolare nei reparti di medicina interna, sono il reale *driver* di costo. Il poter associare il numero e la tipologia delle richieste alla patologia e al medi-

co curante consentirebbe analisi gestionalmente rilevanti. Non a caso uno dei responsabili di dipartimento intervistati afferma di effettuare di tanto in tanto una analisi volta a comprendere il comportamento dei propri medici. È infatti compito del responsabile di unità operativa evitare sia comportamenti eccessivamente cautelativi (troppi accertamenti in relazione alla patologia), sia comportamenti troppo mirati al perseguimento dell'equilibrio economico.

In questo senso un sistema di controllo di gestione in grado di gestire anche questa tipologia di dati potrebbe essere un fondamentale strumento per la diffusione e il monitoraggio dei protocolli di cura che oggi le aziende sanitarie stanno elaborando.

6.3. Le considerazioni degli utenti sul controllo di gestione

Nelle tabelle seguenti sono riportate, in sintesi, alcune delle più significative considerazioni espresse dagli operatori nei confronti dei sistemi di controllo di gestione. Come è possibile rilevare gli utenti lamentano una bassa chiarezza dei dati contabili, la mancanza di informazioni più analitiche (le segnalazioni sui consumi ad esempio) e un processo di definizione degli obiettivi di *budget* sostanzialmente imposto dall'alto.

Non mancano però gli apprezzamenti per il lavoro svolto, in particolare nei casi in cui il controllo di gestione ha sviluppato, in collaborazione con gli utenti, strumenti di indagine specifici (tabella 12).

Analizzando i commenti sulla base del ruolo in azienda degli intervistati e dell'appartenenza alle diverse strutture emergono due considerazioni:

— tutti e tre i responsabili dei servizi infermieristici intervistati (11, 17, 20) affermano di non essere «considerati» dal controllo di gestione, ma solo

Tabella 8 - I processi decisionali

Dec.	Tipologia di decisione	Caratteristiche del processo decisionale	Esito
1	Valutazione comparata di materiali di consumo	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: elevato Fonti: <i>database</i> personali Attori: unità proponente	Selezione effettuata
2	Introduzione collegamento digitale tra radiologia e pronto soccorso	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: basso	Arenato
2	Incremento di organico per un migliore utilizzo delle attrezzature	PD: non strutturato Livello di coinvolgimento: basso	Arenato
5	Riorganizzazione dei processi di erogazione del servizio	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: elevato Fonti: <i>database</i> personale, sistema sanitario Attori: unità proponente, direzione sanitaria	Riorganizzazione operativa
6	Riorganizzazione di unità operativa	Non strutturato Livello di coinvolgimento basso	Arenato
10	Dimensionamento unità operativa	PD: non strutturato	Unità operativa
11	Introduzione di un sistema centralizzato dei trasporti interni	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: elevato Fonti: <i>database</i> personali, sistema sanitario e amministrativo Attori: unità proponente, direzione operativa	Riorganizzazione operativa
16	Riorganizzazione dei processi di erogazione del servizio	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: medio Fonti: <i>database</i> personali, sistema sanitario Attori: unità proponente, direzione operativa	Riorganizzazione in atto
16	Valutazione degli acquisti in tecnologia	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: elevato Fonti: <i>database</i> personali Attori: unità proponente	Acquisti effettuati
18	Introduzione protocolli paziente	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: elevato Fonti: autonome Attori: unità proponente	Protocolli operativi
19	Apertura nuova unità operativa	PD: strutturato Livello di coinvolgimento: elevato Fonti: personali Attori: unità proponente	Unità operativa

uno ne sentirebbe la necessità; questo da un lato conferma l'approccio ancora di vertice del controllo di gestione, ma dall'altro apre a nostro avviso un ampio tema di discussione e ricerca sul ruolo che le «nuove» figure di direzione infermieristica potrebbero avere nella gestione delle aziende sanitarie;

— non appare, almeno da questa nostra prima analisi, una differenza significativa tra i dirigenti medici che

operano in strutture private e quelli che operano in strutture pubbliche in cui esista una unità di controllo di gestione; in entrambi i casi l'atteggiamento critico prevale sugli apprezzamenti espressi.

7. Conclusioni

Dalla ricerca effettuata si traggono i seguenti risultati:

— l'operatore sanitario è spesso «lasciato solo» nella valutazione dei processi di innovazione. A nostro avviso il controllo di gestione dovrebbe offrire risorse, competenze e strumenti per supportare l'analisi decisionale relativa ai processi innovativi in collaborazione con i dirigenti sanitari;

— è usanza diffusa raccogliere a livello di unità operativa una serie di informazioni (relative all'attività cli-

Tabella 9 - I sistemi di monitoraggio delle attività

Dec.	Supporto	Informazioni archiviate	Utilizzo
1	PC	Anagrafica paziente, dati clinici, informazioni sensibili	Sistematico
2	PC	Volumi di attività, tempi di attesa, tempi di refertazione	Sistematico
3	PC	Flussi epidemiologici, anagrafica paziente, volumi attività, % utilizzo strutture, soddisfazione pazienti, valutazione esiti trattamenti, aspetti logistici	Sistematico
5	PC	Anagrafica paziente, diagnosi, interventi, tempi di sala operatoria, consumi	Saltuario
6	PC + cartaceo	Anagrafica pazienti, volumi attività, produzione scientifica, inventario attrezzature	Saltuario
7	Cartaceo	Volumi di attività	Sistematico
8	Report aziendale	Volumi attività, rispetto tempi di refertazione	Sistematico
	Cartaceo	Misure di qualità del servizio	Saltuario
9	Report aziendale	Volumi di attività, <i>case mix</i> , analisi soddisfazione del paziente, efficienza di sala operatoria	Saltuario
10	Report aziendale	Volumi di attività, <i>case mix</i> , analisi soddisfazione del paziente, efficienza di sala operatoria	Sistematico
11	Sist. inf. sanit.	Occupazione posti letto, presenze, ricoveri, dimissioni	Saltuario
17	Cartaceo	Anagrafica pazienti, bisogni assistenziali, prestazioni effettuate, terapia	Sistematico
18	PC	Anagrafica pazienti, dati clinici, tempi di recupero	Sistematico
20	Cartaceo	Anagrafica pazienti, tempi di sala operatoria	Non utilizzo
21	PC	Anagrafica pazienti, dati clinici, procedure effettuate	Sistematico

nica) che potenzialmente potrebbero essere un utilissimo strumento per le analisi del controllo di gestione;

— l'operatore sanitario è spesso critico nei confronti dei *report* forniti dal controllo di gestione. Ne lamenta la bassa tempestività e la non chiarezza del dato e, soprattutto, la mancanza di indicatori di *outcome*.

Tali risultati ci portano ad affermare che si prospetta per il controllo di gestione un nuovo ruolo nelle aziende sanitarie, un ruolo di supporto e promozione dei processi di innovazione organizzativa e gestionale. Perché ciò avvenga, però, si rende necessaria una maggiore integrazione tra la funzione controllo di gestione e le diverse unità

operative che con essa devono collaborare. Solo in questo modo sarà possibile risolvere il conflitto organizzativo tuttora esistente e facilitare il processo di raccolta e utilizzo delle informazioni provenienti dalla base dell'organizzazione.

Un operatore del settore afferma che «il *controller* deve uscire dal suo ufficio e quando si reca in casa d'altri deve rendersi conto di quali sono gli interessi di questi altri e contribuire alla costruzione di un sistema informativo ritenuto utile da tutti i ruoli di responsabilità» (Parma, 1998).

Sulla base degli studi da noi condotti riteniamo di poter condividere tale impostazione. Se vediamo il controllo

di gestione come unità che tratta informazioni, allora il valore che crea si misura in base al valore delle informazioni che fornisce. È necessario quindi garantire:

— la tempestività delle informazioni,

— la possibilità di effettuare *benchmarking*, della stessa unità nel tempo e di unità analoghe;

— la capacità di evidenziare problemi di gestione.

Alcune riflessioni emergono inoltre dall'analisi dei sistemi di controllo di gestione studiati:

1) alla contabilità analitica viene assegnata una valenza forse troppo elevata rispetto al valore informativo che crea; non è così chiara, infatti, quale possa essere l'utilità di determinare, attraverso un complesso e dispendioso processo di allocazione, il costo pieno di una unità operativa oppure quale significato gestionale attribuire al margine calcolato come differenza tra il valore dei DRG prodotti e il costo pieno di unità operativa;

2) i modelli di *budget* introdotti sono diversi. Siamo ancora in piena fase di sperimentazione: quale modello si affermerà? Il *budget* inteso come strumento di programmazione e controllo, che definisce obiettivi sanitari di attività, volto a promuovere azioni e comportamenti sanitari più efficaci, oppure il *budget* inteso come tetto di spesa orientato verso obiettivi finanziari?

Non è obiettivo di questo lavoro approfondire tali aspetti, tuttavia riteniamo che sia necessario segnalare queste problematiche come temi di ulteriore ricerca.

(1) Tali studi testimoniano però una distribuzione non omogenea sul territorio nazionale. In particolare i dati raccolti dalla Vagnoni relativamente alla diffusione della contabilità analitica mostrano che, nel 1996, il 65% delle aziende sanitarie del centro sud non aveva an-

cora attuato un sistema di contabilità dei costi, mentre al nord era presente nell'87% dei casi. Analogamente la ricerca condotta da Casati mostra come solo 67 (pari al 21,5%) delle aziende sanitarie italiane avesse implementato il *budget* nel 1997, e di queste solo 26 appartenessero al centro sud.

(2) Si vedano gli esempi dell'azienda ospedaliera Giovanni Bosco di Torino e dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (Vagnoni, 1998); dell'azienda ospedaliera Le Molinette di Torino (Alaria, Antognozzi, Rosina, 1995), della USSL 32 di Garbagnate e dell'azienda ospedaliera di Parma (Casati, 1999).

BIBLIOGRAFIA

- ALARIA P., ANTOGNOZZI A., ROSINA F. (1995), «Il controllo della gestione e la determinazione del costo per profilo di cura: il caso del dipartimento di gastroenterologia dell'ospedale "Le Molinette" di Torino», *Mecosan*, 15, pp. 45-57.
- AMIGONI F. (1979), *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, Milano.
- ANSELMI L. (1996), «I presupposti aziendali per la gestione programmata e il controllo economico nella sanità», in: Anselmi L. (a cura di), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- ANTHONY R.N. (1990), *Il controllo manageriale*, F. Angeli, Milano.
- AZZONE G. (1994), *Innovare il sistema di controllo di gestione*, EtasLibri, Milano.
- BRUSA L. (1990), *L'amministrazione e il controllo*, Etas Libri, Milano.
- CASATI G., MASTROBUONO I., SCOMPARIN L., GUZZANTI E. (1998), «Valutazione sullo stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane», *Mecosan*, 7 (26), pp. 71-87.
- CASATI G. (a cura di) (1999), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- FLAMHOLTZ E.G. (1979), «Organizational Control System as a managerial Tool», *California Management Review*, Winter, n. 2.
- PARMA E. (1998), «Un controllo di gestione per la sanità», *Ragiusan*, 164/165, pp. 408-420.
- RUTA C. (1993), *Sanità e management*, Etas Libri, Milano.
- SHANK J.K., ZONI L. (1999), «Lo studio del cost containment nell'ambito sanitario: applicazione della prospettiva dello strategic cost management», in: Bergamin Barbato M. (a cura di), *Il cost management*, Giuffrè Editore, Milano.

Tabella 10 - Le criticità sul controllo delle attività e dei costi sostenuti

Dec.	Commenti
1	Non si può valutare la mia efficienza solo in base al tempo, esistono altri parametri
5	Ogni valutazione di costo deve essere corredata da indicazioni sulla qualità del servizio
7	I dati del controllo di gestione non sono attendibili e sono poco tempestivi
8	Riconosco i miei costi, meno i miei ricavi Telefono ogni tre mesi agli acquisti per conoscere l'andamento dei consumi
10	Non mi riconosco in alcuni costi attribuiti Vorrei che qualcuno mi dicesse il valore dei beni che utilizzo
11	Non mi vengono fornite informazioni dal controllo di gestione, mi servirebbero
16	Non mi sono chiari i metodi di attribuzione di alcune voci di costo Manca una reportistica sull'attività
17	Non ho alcuna informazione dal controllo di gestione
19	Far vedere ai medici i conti economici di unità operativa è pericoloso e fuorviante
20	Non ho alcuna informazione dal controllo di gestione
21	Alcune voci di costo non sono attendibili Manca una segnalazione esplicita sui consumi di materiale costoso

Tabella 11 - Le criticità sul budget

Dec.	Commenti
2	Mancano i dati analitici per discutere la congruità degli obiettivi di <i>budget</i>
4	L'incentivazione presente nel <i>budget</i> è irrisoria
5	I dati di <i>budget</i> non sono realistici perché non agganciati ai consumi
9	Non capisco da dove emergano gli obiettivi di <i>budget</i>
10	Gli obiettivi di <i>budget</i> non possono essere imposti, serve una contrattazione
21	Gli obiettivi di <i>budget</i> sono discutibili

Tabella 12 - Gli apprezzamenti

Dec.	Commenti
5	Buona la procedura voluta dal CG per le richieste di investimenti in tecnologia
6	Interessante e utile lo studio fatto in collaborazione con il CG di analisi del processo di erogazione del servizio
10	Interessante il lavoro fatto con il CG sulla ricostruzione del costo per alcune patologie unendo i dati interni di reparto, quelli del CG e quelli del sistema sanitario

SERRA M. (1998), «Riflessioni sul sistema sanitario pubblico nella regione Emilia-Romagna», *Sanità Pubblica*, anno XVIII, n. 1, pp. 9-26.

VAGNONI E. (1998), *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Pitagora Editrice Bologna, Bologna.

ZANGRANDI A. (1992), *Presentazione all'edi-*

zione italiana, in: Anthony R.N., Young D.W., *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, Milano.

COORDINAMENTO TRA COMUNI, AZIENDE SANITARIE E TRIBUNALE PER I MINORENNI. ANALISI DELLE MODALITÀ DI RELAZIONE

Giuseppe Belbusti

Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Fabriano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Ruolo dei servizi sociali ed integrazione socio-sanitaria - 3. Ricerca sulle «modalità di relazione» tra T.M. e servizi sociali - 4. Opinioni e problemi emersi dall'indagine - 5. Conclusioni.

The present society, characterised by the rapid cultural and social change, imposes on the various subjects engaged into the defence of minors' rights a strong capability to plan and to conduct the preventive interventions and to develop adequate social policies for young people. The great change determined by the reform of 1988 on the juvenile justice's administration needs a strong and constant teamwork between the jurisdictional organs and the local organisations: the agreement with the social services is determining for the minor's future subject of the judicial measure. So it has been handled an analysis about the «relation's modalities» between the Juvenile Court and the Social Services strictly within the civil jurisdiction, in order to urge and integrating process and a greater teamwork among those who get involved to be «relief agents» and «check agents» at the same time. From the research carried out, it has come out the need to get rid off the «hierarchies» among bureaux; to streamline the procedures; to start a services network making a «filter» within the territory, engaging the Honorary Judges; to found a social service directly subordinated to the Court for the course of helping and control's tasks.

1. Introduzione

Effettuare un'analisi dei rapporti tra i soggetti istituzionali preposti alla tutela del minore, presuppone l'individuazione dei bisogni, degli interessi, dei diritti del «soggetto da tutelare» e riflettere sull'efficacia degli interventi messi in atto dai servizi sociali, sul ruolo dei vari attori partecipi nella gestione delle risorse e delle misure di «controllo». Riflettere sulle modalità di coordinamento dei servizi dello Stato e degli Enti locali, significa ricercare soluzioni organizzative tendenti a rimuovere la frammentarietà delle procedure gestionali, reperire nuove risorse, favorire attività di promozione sociale, «comprendere di più la complessità dei problemi e non accettare supinamente o acriticamente la realtà attuale, per il bene del minore da proteggere» (Barbero Avanzini, 1998).

L'attuale società, caratterizzata dalla coesistenza di valori diversi e spesso in opposizione gli uni agli altri, dal rapido mutamento culturale e sociale, da un'eterogenea concezione degli obiettivi da perseguire, da un'infinita possibilità di scelta dei comportamenti e degli atteggiamenti (Neresini e Ranci, 1994; Barbero Avanzini, 1997), impone ai vari soggetti impegnati nella difesa dei diritti dei minori una forte capacità di programmare e gestire gli interventi preventivi e sviluppare adeguate politiche sociali per i giovani (1).

È stata quindi condotta un'analisi delle modalità di relazione fra Tribunale per i minorenni (T.M.) e servizi sociali dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali (Asl) della Regione Marche, nell'ambito specifico della giurisdizione civile, per sollecitare un processo d'integrazione e una maggiore

collaborazione tra coloro che sono chiamati ad essere contemporaneamente agenti assistenziali e agenti di controllo.

Un sentito ringraziamento ai magistrati e agli operatori che hanno collaborato alla ricerca.

2. Ruolo dei servizi sociali ed integrazione socio-sanitaria

Nella società complessa, caratterizzata dalla pluralità di valori d'orientamento, appare ridursi notevolmente la condivisione culturale dei vari gruppi sociali della gerarchia e della importanza dei criteri valoriali che nel passato erano consapevolmente accettati e ordinati. «Sembra, attualmente, che qualsiasi criterio sia utilizzabile per scegliere, dato che gli orientamenti valoriali praticabili superano le possibilità reali e concrete di scelta che cia-

scuno può assumere, senza che ciò comporti necessariamente una valutazione positiva o negativa da parte della maggioranza degli altri membri della società ma solo un'attribuzione di senso» (Luhmann, Habermas, 1973).

Dal punto di vista educativo appare evidente che avere tutte le possibilità di scelta equivalgono a non averne nessuna, equivale cioè a non possedere alcun criterio in base al quale orientare i propri comportamenti. Oggi si parla sempre di più della difficoltà dei giovani di formare una propria identità personale (un'immagine di sé autonoma, coerente ed accettabile) e sociale (la percezione di sé come membro di un gruppo definito in conformità ad elementi comuni) e dell'incapacità delle agenzie di socializzazione di trasmettere valori ed aspettative sociali. D'altro canto, nessuno, tanto meno i giovani che sono nella fase formativa, riesce a tollerare di vivere senza orientamenti guida, senza regole se non quelle personalmente assunte momento per momento, senza condividere e verificare con qualcuno le proprie scelte, senza avere delle priorità, dei significati preferenziali (Barbero Avanzini, 1997)

2.1. *Disagio giovanile e ruolo degli Enti locali*

Il ruolo degli Enti locali è fondamentale per la prevenzione del disagio relazionale e personale dei minori. Farsi carico di prevenire significa partecipare alla formazione dell'identità dei ragazzi, svolgere un ruolo educativo insieme a tutte le diverse agenzie che ne hanno il compito, prima ancora di ridurre il comportamento deviante.

Si usa spesso il termine «disagio» come fattore correlato al comportamento «deviante»: è necessario quindi prevenire o farsi carico del diffuso malessere dei giovani, sviluppando appropriate politiche sociali.

«Nel momento storico della complessità, può sembrare difficile ma appare necessario se si considera che il disagio è il sintomo e la premessa della difficoltà di crescita umana e sociale degli adolescenti e che come tale è uno degli oggetti specifici dell'intervento istituzionale dei Servizi» (Neresini, Ranci, 1992).

Il coordinamento tra Enti locali, Aziende sanitarie e gli organi dell'amministrazione scolastica appare fondamentale per attivare interventi generali, diretti alla globalità degli adolescenti, tesi ad accertare bisogni, ad organizzare risposte informative e formative, a promuovere occasioni di relazione e d'esperienze comuni, ad utilizzare in modo efficiente le risorse disponibili e attivabili in un dato territorio.

2.2. *Ruoli di «tutela» e di «controllo» dei servizi sociali*

Le rapide modifiche culturali e sociali hanno determinato una profonda revisione del modo di concepire l'azione penale del minore «deviante».

L'azione penale svolta nei confronti del minore, fino alla riforma del 1988, era intesa come «strumento di difesa della società nei confronti di chi, violando la legge, ne metteva in discussione l'ordine costituito».

La pena scaturiva da una prognosi di pericolosità, rispetto alla quale erano assunte misure di sicurezza nei confronti del condannato o dell'indiziato.

La consapevolezza delle conseguenze negative della pena carceraria e dell'impotenza dinanzi al fenomeno della devianza giovanile, hanno prodotto una revisione dell'intervento giuridico ed assistenziale per i minori autori di reato.

Il legislatore, con il D.P.R. 448/88, ha inteso rivolgere nel nuovo processo una maggiore attenzione alla persona-

lità del giovane che ha compiuto il reato per «accompagnarlo nella sua crescita umana e sociale»; ha chiamato in causa la famiglia, la scuola, i servizi sociali del Ministero di grazia e giustizia e degli enti territoriali, il privato sociale, per rimuovere le cause del malessere giovanile e del comportamento deviante.

«I servizi sociali sono chiamati ad una responsabilità centrale nell'intervento penale, nel corso di tutto il suo iter. Per il sostegno al minore e alla sua famiglia, per i progetti per la messa alla prova (*probation*) e quando l'iter giudiziario non si conclude con una condanna, sono soprattutto i servizi territoriali ad essere coinvolti in modo specifico; per tutte le misure cautelari (prescrizioni, permanenza in casa, collocamento in comunità, custodia cautelare) e per le misure alternative alla pena detentiva, successive alla condanna, sono invece in primo luogo competenti i servizi del Ministero di grazia e giustizia» (Barbero Avanzini, 1998).

Il profondo cambiamento determinato dal D.P.R. 448/88 (artt. 7-13) ha delineato nuove caratteristiche dei servizi e nuove modalità di svolgere il ruolo di tutela e di controllo, chiamando i «servizi dell'amministrazione della giustizia» e quelli degli «enti territoriali» ad una collaborazione intensa e continua, sebbene con funzioni distinte.

Nell'ambito della competenza civile del T.M., l'azione amministrativa si rende concreta in misure di tipo rieducativo che hanno lo scopo di prevenire la possibilità di comportamenti devianti e di condanne penali. Sono interventi decisi dal T.M. in accordo con progetti di sostegno formulati dai servizi, che possono tradursi o in un affidamento al servizio sociale del Comune o della Asl competente, oppure nel collocamento in strutture residenziali.

Sia nel civile sia nel penale le possibilità di frammentazione degli interventi ed incompiutezza tra i vari soggetti chiamati a collaborare (TM, servizi del ministero e degli enti territoriali, famiglia, minori) sono notevoli. Occorre riflettere sulla funzione dei servizi ministeriali e del loro rapporto con i servizi territoriali e sul duplice ruolo di controllo — centrale e necessitato nella giustizia penale — e di aiuto e sostegno svolto dagli operatori nel lavoro sociale (2).

Molte funzioni attribuite al servizio sociale ministeriale non possono che essere svolte in stretta collaborazione con i servizi dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali, come ad esempio la raccolta delle informazioni, valutazione delle situazioni di vita e delle circostanze in cui è avvenuto il reato, approfondimento delle caratteristiche e dei bisogni del minore, progetto rieducativo, prevenzione di successive recidive (3).

2.3. Il «ruolo promozionale» dell'assistente sociale

L'intervento riabilitativo, dettato dal DPR 448/88, richiede l'apporto di diverse professioni e di differenti attori che partecipano al piano di recupero.

All'interno dell'amministrazione penitenziaria il ruolo dell'assistente sociale assume una duplice funzione di «rieducazione e promozione», da inserire nella strategia più complessiva di «prevenzione e lotta all'emarginazione sul territorio». L'assistente sociale deve in pratica concorrere a realizzare «circuiti di comunicazione tra i diversi attori territoriali», che possono agire per costruire reali prospettive di reinserimento e di cambiamento. Il problema della devianza è strettamente collegato alla marginalità e al disadattamento: il lavoro sociale di territorio non sarà caratterizzato dal

solo controllo, bensì da interventi di recupero e prevenzione. «Il ruolo del servizio sociale può diventare in questa prospettiva quello di promuovere il superamento delle situazioni di separazione tra gli attori istituzionali e rielaborare significati culturali circa i temi sociali del trattamento della devianza e dell'individuazione della devianza» (Barbero Avanzini, 1997) (4).

2.4. Il ruolo delle Aziende sanitarie locali e l'integrazione socio-sanitaria

È noto agli operatori sociali che a seguito della riforma del 1978 (legge 833) e del riordino del servizio sanitario nazionale (D.L.vo 502/92, D.L.vo 517/93, D.L.vo 229 del 1999) le attività consultoriali sono svolte dalle aziende sanitarie locali: gli obiettivi indicati dalle leggi n. 405/75 e n. 194/78 sono perseguiti con le professionalità pertinenti al distretto sanitario di base e con limitate «risorse aggiuntive» (inerenti al «sociale») che integrano le rimesse in conto F.S.R.

Le attività consultoriali, infatti, attingono alla tutela della salute (femminile, dell'infanzia, dell'età evolutiva), alla tutela della procreazione, alla sessualità, ma anche «alle relazioni di coppia e di famiglia, alla cura e all'educazione delle nuove generazioni» (5).

Sono problematiche che richiedono una forte integrazione delle iniziative, degli interventi, delle prestazioni professionali consultoriali con quelle socio-assistenziali dei Comuni (6).

Il recente D.L.vo 229/99 elenca le prestazioni socio-sanitarie (materno-infantile, anziani, *handicap*, ecc.) per le quali sancisce il principio della «integrazione» e stabilisce che «su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale verrà adottato un atto di indirizzo e coordinamento per l'individuazione

delle prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sociale e a rilevanza sanitaria e i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle Usl e ai Comuni» (7).

Rilevante, inoltre, appare la disposizione di «disciplinare criteri (con atto regionale) mediante i quali Comuni ed Aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari».

L'obiettivo strategico della gestione integrata, attraverso gli strumenti normativi vigenti (delega, accordi di programma, convenzioni, attivazione di Consorzi per la gestione dei servizi, ecc.), va perseguito con la formulazione di specifici: «piani di area» (nei quali si definiscono gli interventi da realizzare, le modalità organizzative, i costi, la quota di partecipazione da parte degli utenti) e l'adozione di «piani di zona» (nei quali si definiscono i bisogni e vengono individuate le risorse).

Entrambi i piani dei servizi socio-sanitari faranno parte quindi del documento di pianificazione aziendale, indicato dal citato D.L.vo 229/99: «piano attuativo locale».

Nell'area materno-infantile e consultoriale andrebbe attivato prioritariamente, anche in base alle indicazioni emerse dalla rilevazione effettuata, un primo concreto atto non eccessivamente gravoso rappresentato dalla gestione integrata dei servizi previsti dall'art. 4, lettere d) e i) della L. 285/97: integrazione dei servizi di «mediazione familiare» ed «affido familiare» con l'obiettivo di costituire a livello territoriale delle attuali Asl una *équipe* centrale di riferimento per tutti gli operatori del settore (della USL, dei Comuni, del privato sociale) per la gestione a livello territoriale delle

«difficoltà relazionali all'interno delle famiglie» e delle «situazioni di affido», avvalendosi per il reperimento delle famiglie e l'abbinamento con i minori di una «banca dati centralizzata e collegata con le banche dati delle altre Asl» (8).

3. Ricerca sulle «modalità di relazione» tra T. M. e servizi sociali

3.1. Il «legame di collaborazione» tra i soggetti istituzionali

Dalle tematiche sinteticamente indicate, si è sviluppata una ricerca sulle modalità di relazione tra T.M. e servizi sociali dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali, sia per verificare lo stato d'attuazione del «legame di collaborazione» previsto dalle leggi nazionali (dall'emanazione del D.P.R. 616/77, alla legge 184 del 1983, al D.P.R. 448 del 1988, alle leggi n. 285 e n. 451 del 1997) e dalle leggi della Regione Marche n. 43 del 1988 e n. 26 del 1996 e sia per riflettere sul «modo di collaborare» e sulle sue «conseguenze operative». Nel rapporto tra i due soggetti istituzionali, i ruoli di «controllo» e di «assistenza» s'intrecciano, spesso si sovrappongono e l'attività svolta dal T.M. è influenzata e condizionata dal rapporto con la funzione assistenziale svolta dagli enti locali. Le due funzioni devono rimanere distinte e non essere riassunte impropriamente dall'organo giurisdizionale: le conseguenze sarebbero negative sia nella definizione dei ruoli e sia a livello delle relazioni con i propri utenti. Il rapporto di contiguità tra T.M. e servizi sociali deve indurre il Tribunale a stabilire «un rapporto paritetico, nelle diverse competenze, per uno scopo comune» ed impegna i servizi a «mantenere un costante collegamento con il T.M. d'informazione, progettazione ed esecuzione operativa» (9).

3.2. Il questionario somministrato a Magistrati ed operatori sociali

La ricerca si è quindi rivolta ai Magistrati, togati ed onorari, del Tribunale per i minorenni, alla Procura dei minori, alla Corte di Appello, ai Comuni con più di 5.000 abitanti (nella consapevolezza che sotto una certa dimensione, raramente, è organizzato e funzionante il «servizio sociale», con la presenza di un assistente sociale o di altro operatore sociale) alle Aziende sanitarie locali (nelle quali le «attività consultoriali» sono svolte da operatori afferenti al distretto sanitario).

Metodologicamente, è stato costruito un questionario così articolato:

— rapporti esistenti tra T.M.; Procura minori e servizi sociali (Comuni e Asl) per rilevare sinteticamente il «tipo» di relazione esistente, scegliendo fra quattro alternative;

— individuazione delle conseguenze sull'*iter* procedurale, qualora non sussista un buon rapporto tra Tribunale e servizi, e indicazione se siano le «persone» o la «organizzazione» responsabili della carente collaborazione (domande chiuse, formulate sulla base delle più rilevanti problematiche indicate dagli studi in materia);

— percezione sul «cambiamento nel rapporto rispetto al passato» e indicazione «a chi attribuire» il cambiamento (con la richiesta di indicare se si ritiene «peggiorato» o «migliorato» il rapporto);

— individuazione delle «difficoltà organizzative» ed elencazione delle «cause dei problemi» (con possibilità di elencarne più di quattro);

— indicazione dei «rischi evidenziati o paventati» (con opinioni su quattro aspetti essenziali nel rapporto e del ruolo dei vari soggetti istituzionali);

— formulazione di proposte «risolutive dei problemi evidenziati» (esprimendo almeno cinque «priorità»

su dieci indicate ed altre, eventualmente, aggiunte dall'interpellato);

— opinione sulle «relazioni con le famiglie» e indicazione «da chi dipendono» le «difficoltà relazionali riscontrate» (con ampia possibilità di elencazione);

— riflessioni «ex post» sulle decisioni prese per evidenziare se «il risultato» del lavoro svolto è oggetto di valutazione e in caso affermativo se la valutazione è fondata sulla «percezione dell'operatore» o su «riscontri oggettivi»;

— riflessioni sulle «decisioni adottate» (se condizionate da modelli stereotipati, ideologici o da valutazioni emotive) e indicazione del soggetto istituzionale sul quale intervenire per «migliorare gli effetti» delle valutazioni effettuate.

Sono stati avvicinati:

— n. 16 operatori di giustizia: della Procura dei minori, del Tribunale dei minorenni (Magistrati togati ed onorari) e della Corte di appello;

— n. 63 servizi sociali dei Comuni (con popolazione superiore a 5.000 abitanti);

— n. 13 Aziende sanitarie locali della Regione Marche.

I Magistrati, togati e onorari, hanno collaborato con l'invio di n. 10 questionari.

I Comuni interpellati (con popolazione superiore a 5.000 abitanti):

— n. 33 hanno aderito alla ricerca (il 52% degli interpellati);

— n. 12 hanno dichiarato di «non poter collaborare perché il riferimento è l'assistente sociale dell'azienda sanitaria locale»;

— n. 18 non hanno risposto.

Interpellati i Comuni sul «tipo di relazione esistente con l'Asl, ritenuta competente in materia di minori», hanno dichiarato:

— n. 3 di aver adottato, a suo tempo, con l'USL di riferimento, la delega di funzioni;

— n. 6 di aver deliberato l'accordo di programma con l'Asl per l'attività di consultorio;

— n. 2 di aver sottoscritto una convenzione con l'Asl;

— n. 32 di non aver sottoscritto alcun atto in materia di «tutela dei minori» con l'Asl;

— n. 20 non hanno fornito informazioni.

L'eccessiva frammentazione del territorio marchigiano (246 Comuni, di cui 185 sotto i 5.000 abitanti e solo 4 tra 50 e 100.000 abitanti, per una popolazione di poco superiore a 1.400.000 residenti) e i forti squilibri nell'offerta di servizi sociali tra le quattro province e tra le aree collinari-montane rispetto alla fascia costiera, hanno indotto a raffrontare le opinioni e i problemi espressi dagli operatori in base alla differente diffusione territoriale dei servizi sociali (anziani, infanzia ed età evolutiva, dipendenza, devianza, emarginati, *handicap*, salute mentale, altri), così come ha evidenziato il Piano socio assistenziale delle Marche — anno 1999 — (livelli di presenza dei servizi sociali):

— Nord: Asl 1 Pesaro: valori medi elevati; Asl 2 Urbino (area montana): mediamente meno coperti; Asl 3 Fano: grado di diffusione elevato;

— Centro: Asl 4 Senigallia: valori medi tra i più elevati; Asl 5 Jesi: livelli presenza buoni; Asl 6 Fabriano (area montana): livelli positivi; Asl 7 Ancona: livelli positivi;

— Centro/Centro Sud: Asl 8 Civitanova Marche: buona situazione media; Asl 9 Macerata: livello medio-basso; Asl 10 Camerino (area montana) i più bassi; il meno fornito;

— Sud: Asl 11 Fermo: inferiore rispetto al livello medio; Asl 12 S. Benedetto del Tronto: buon livello; sui livelli medi regionali; Asl 13 Ascoli Piceno (area montana): si colloca tra i livelli più bassi.

Le 13 Aziende sanitarie locali hanno aderito alla ricerca, con la compilazione dei questionari da parte di assistenti sociali e di psicologi (oltre che da un neuropsichiatra) dei «servizi consultoriali».

4. Opinioni e problemi emersi dall'indagine

4.1. Rapporti esistenti tra T.M., Procura minori, servizi sociali (Comuni e Asl)

Il primo quesito rileva la percezione sul tipo di relazione esistente, con la graduazione delle risposte tra ottimale e negativo.

Sono state raccolte 72 opinioni, che variano considerevolmente tra le affermazioni dei magistrati e degli operatori sociali.

Sul totale delle affermazioni, il 71% reputa poco positivo il rapporto: «Collaborazione saltuaria, talvolta conflittuale» e «rapporti non buoni» (tabella 1).

Gli assistenti sociali sono i più critici e coloro che rilevano «maggiore conflittualità nei rapporti», e «rapporti non buoni» (gli operatori del consultorio distrettuale sanitario) (tabella 2) (10).

L'analisi su base provinciale pone in rilievo una distinzione tra le opinioni espresse dagli operatori:

— maggiori critiche provengono da assistenti sociali e psicologi delle province di Pesaro-Urbino (PS), Ancona (AN) e Macerata (MC);

— dichiarazioni positive, per il 35%, sono espresse dagli operatori della provincia di Ascoli Piceno (AP); sebbene il 65 % sia pur sempre critico ritenendo che i rapporti risultano essere «saltuari o talvolta conflittuali» (tabella 3).

4.2. Conseguenze dei rapporti «negativi» tra T.M. e servizi sociali

I rapporti non positivi o pessimi tra i due soggetti istituzionali possono, secondo gli intervistati, pregiudicare la soluzione di un caso su 4. Dall'indagine si rileva pur tuttavia una netta distinzione fra l'opinione espressa dai Magistrati onorari (decisamente orientati al maggior rischio derivante dalla mancata collaborazione) e gli operatori sociali più propensi a ritenere che i difficili rapporti rallentano la soluzione dei casi (tabella 4). In totale sono state raccolte 46 affermazioni.

Tabella 1 - Totale delle affermazioni sui rapporti esistenti (%)

Rapporti	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti sociali	Psicologi (e neurop.)	Totale
Sempre collaborazione.....	44,44	100	22,23	35,29	29,17
Collaborazione saltuaria.....	22,22	—	37,55	23,53	31,95
«Talvolta conflittuali».....	33,34	—	37,94	35,29	36,11
«Non buoni».....	—	—	2,28	5,89	2,77

Tabella 2 - Opinioni espresse dagli assistenti sociali delle Asl e dei Comuni (%)

Rapporti	Assistenti sociali delle Aziende sanitarie locali	Assistenti sociali dei comuni
Sempre collaborazione.....	22,73	21,74
Collaborazione saltuaria.....	27,27	47,83
«Talvolta conflittuali».....	45,45	30,43
«Non buoni».....	4,55	—

Nelle quattro province si evidenziano leggere differenze fra le opinioni espresse dagli operatori (tabella 5).

La responsabilità è attribuita complessivamente alle persone e all'organizzazione. Gli operatori delle Asl ritengono maggiormente responsabili le persone (ruolo, stile operativo, punti di vista); gli operatori dei Comuni indicano l'organizzazione (tabella 6).

Le cause limitative del buon rapporto tra le persone coinvolte nella soluzione dei casi, sono indicate nel seguente ordine decrescente (su 98 affermazioni):

— per lo «stile operativo» del T.M. 20,41%;

— per il conflitto di «ruolo» dell'assistente sociale 19,39%;

— «carente strutturazione delle competenze» 14,28%;

— «carenza di complementarietà e coordinamento» 14,28%;

— predomina l'atteggiamento «legalistico» del T.M. 14,28%;

— «contraddittorietà dei punti di vista» 10,21%.

1) I Magistrati onorari indicano tra le quattro cause dominanti: «Lo stile operativo del T.M.», «il conflitto di ruolo dell'assistente sociale», «l'atteggiamento legalistico del T.M.» e «la contraddittorietà dei punti di vista» (tabella 7).

2) Gli psicologi pongono l'accento, tra l'altro, sullo «stile operativo dei magistrati».

3) Gli assistenti sociali, oltre al proprio difficile ruolo, indicano nello stile operativo dei magistrati, nell'atteggiamento legalistico del T.M. e nella carente strutturazione delle competenze a livello istituzionale le principali cause del contrasto tra le persone.

A livello provinciale, le cause principali evidenziate dagli operatori sociali sono:

— carente strutturazione delle competenze (PS 20%; MC 29%; AP 15%);

— conflitto di ruolo dell'assistente sociale (PS 2%; AN 22%; AP 14%);

— stile operativo del Tribunale minori (PS 16%; AN 25%; MC 22%; AP 14%);

— atteggiamento legalistico del T.M. (AN 25%; MC 23%).

Coloro che hanno indicato, invece, nell'organizzazione le cause limitanti la buona soluzione dei casi trattati dai due soggetti istituzionali predominano «l'organico inadeguato» e «il disinteresse del Comune e/o della Asl per i problemi minorili». Non appaiono rilevanti le difficoltà economiche che spesso sono sollevate dagli Enti

locali come ostative di una valida programmazione e gestione delle politiche giovanili (11).

La graduazione delle 53 affermazioni è la seguente (tabella 8).

Sia la «rigidità burocratica» (14% sul totale) che le «difficoltà economiche» (12% sul totale) sono indicate ma non percepite come le maggiori cause da rimuovere.

Su base provinciale si riscontrano coincidenze con i tre problemi evidenziati PS e AN indicano al primo posto l'incomprensione reciproca tra T.M. e servizi sociali; MC e AP indicano invece l'organico inadeguato.

Tabella 3 - Suddivisione per «provincia» delle opinioni espresse dagli operatori sociali

Rapporti	Assistenti sociali, psicologi (e neuropsichiatri) dei Comuni e delle Asl			
	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno
Di sempre collaborazione.....	25,53	22,22	20	35,30
Di collaborazione saltuaria.....	41,18	33,33	30	29,40
«Talvolta conflittuale».....	25,53	44,45	50	35,30
«Non buoni».....	11,76	—	—	—

Tabella 4 - Conseguenze dei rapporti conflittuali (%)

	Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Pregiudicano la soluzione del caso...	57,15	14	25	33	28,26
Rallentano la soluzione del caso.....	42,85	86	75	67	71,74

I Magistrati togati non hanno risposto.

Tabella 5 - Opinioni sulle conseguenze nelle quattro province (%)

	Assistenti sociali, psicologi (e neuropsichiatri) dei Comuni e delle Asl			
	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno
Pregiudicano la soluzione del caso	23,08	23,08	16,67	28,58
Rallentano la soluzione del caso .	76,92	76,92	83,33	71,42

Tabella 6 - Responsabilità delle conseguenze negative (%)

	Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Attribuite alle persone coinvolte nell'iter procedurale.....	50	67	44	55	54,17
Attribuite all'organizzazione del lavoro		50	33	56	45

4.3. Cambiamenti nel rapporto tra T.M. e servizi sociali (rispetto al recente passato)

È stato chiesto ai Magistrati e agli operatori di riferire se il rapporto tra T.M. e servizi sociali è migliorato o peggiorato. Su 55 affermazioni, n. 2 Magistrati onorari non si esprimono, n. 9 operatori non riconoscono che sia avvenuto alcun cambiamento (l'affermazione preponderante è «stazionario») (tabella 9).

Differenti valutazioni sono effettuate dai Magistrati rispetto agli operatori:

— se i magistrati ritengono sia avvenuto un cambiamento positivo dei rapporti (77%);

— gli operatori avvertono un peggioramento (65 % dei casi).

Tra gli operatori si avverte una differente valutazione:

— gli assistenti sociali delle aziende sanitarie sono i più critici, dichiarando circa 8 su 10 il peggioramento dei rapporti; mentre 5 su 10 degli assistenti sociali dei Comuni si attestano sul peggioramento e 3 su 10 non percepiscono alcun cambiamento;

— gli psicologi sono più affini, nel giudizio, ai loro colleghi della Usl: circa 7 su 10 percepiscono un cambiamento «negativo» dei rapporti.

Su base provinciale si rilevano, tra gli operatori, non coincidenti affermazioni: il peggioramento è percepito in modo contenuto nella provincia di Ascoli Piceno, con il 43% delle dichiarazioni, e in modo esclusivo nella provincia di Macerata, con il 100% delle affermazioni (tabella 10).

Coloro che percepiscono un miglioramento dei rapporti attribuiscono i meriti all'organizzazione del T.M. e ai rapporti tra T.M. e servizi sociali (tabella 11).

Sono affermazioni sicuramente contrapposte a quelle formulate da

chi percepisce un peggioramento dei rapporti, imputando all'organizzazione del T.M. e ai rapporti tra T.M.-servizi sociali la responsabilità delle difficoltà nella soluzione dei problemi, nel 74% delle affermazioni.

Tra coloro che indicano un peggioramento dei rapporti (tabella 12), i più critici sono gli assistenti sociali sul tema dei rapporti tra T.M. e servizi sociali; mentre gli psicologi ritengono sia preminente l'aspetto organizzativo del T.M. (12).

Tabella 7 - Responsabilità della mancata buona collaborazione da attribuire alle persone (%)

	Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Per il conflitto di «ruolo» dell'assistente sociale	17,16	21,05	19,23	12,51	19,39
Per lo «stile operativo» del T.M.	23,53	23,68	15,38	18,75	20,41
«Carente strutturazione delle competenze»	—	13,16	23,08	18,75	14,28
«Carenza complementarità e coordinamento»	11,76	7,89	23,08	18,75	14,28
Predomina atteggiamento «legalistico» del T.M.	17,65	21,05	11,54	—	14,28
«Contraddittorietà dei punti di vista» ..	17,65	10,52	—	18,75	10,21
... (altre non significative) ...					

I Magistrati togati non hanno risposto.

Tabella 8 - Responsabilità della mancata buona collaborazione da attribuire all'organizzazione (%)

«Disinteresse» del Comune e/o della Asl:	Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Per i problemi minorili	23	22	22	34	26
Per organico inadeguato	31	28	22	22	28
Per incomprensione reciproca tra T.M. e Comune/Asl	23	22	33	23	26

Tabella 9 - Cambiamenti nel rapporto (%)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Miglioramento	77,77	100	5,55	23,53	20	27,27
Peggioramento			77,78	47,05	70	52,53
Rapporto stazionario			16,67	29,42	10	16,36

Il 3,84% degli interpellati non formula commenti.

Tabella 10 - Opinioni sul cambiamento nelle quattro province (% su 45 affermazioni)

	Assistenti sociali delle Asl e dei Comuni e psicologi				Totale
	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno	
Miglioramento	23	9	—	22	16
Peggioramento	62	72	100	43	65
Rapporto stazionario ...	15	19	—	35	19

4.4. Difficoltà organizzative interne al T.M. e ai servizi sociali

I Magistrati onorari attribuiscono al T.M. e alle Aziende sanitarie locali le difficoltà organizzative che ostacolano la soluzione dei problemi; i togati ai Comuni e alle Asl (tabella 13).

Gli operatori sociali attribuiscono ai propri Enti di appartenenza le cause delle difficoltà dei rapporti con il T.M. (tabella 13):

— gli assistenti sociali delle Asl, per il 63% all'organizzazione delle proprie aziende;

— i colleghi comunali, per il 60% all'organizzazione dell'Ente territoriale.

Gli psicologi, ugualmente critici con le proprie aziende sanitarie (50%), rivolgono la critica anche ai Comuni (20%) e al T.M. (30%) (tabella 13).

Nell'analisi dei dati per territorio provinciale si evidenziano differenti valutazioni, rispetto alla media generale (tabella 14):

— i servizi sociali della provincia di Ancona attribuiscono pari difficoltà all'organizzazione del T.M. (50%) e all'organizzazione di Asl e Comuni (50%);

— mentre Ascoli Piceno ritiene, per il 92%, che la causa dei problemi siano le organizzazioni degli Enti territoriali e delle Aziende sanitarie;

— appaiono più articolati i giudizi dei servizi delle due province di Pesaro-Urbino e Macerata, che attribuiscono rispettivamente il 75% e il 67% delle difficoltà alle organizzazioni dei Comuni e delle Asl.

Le cause dei problemi, strettamente connesse alle situazioni interne dei Comuni e delle aziende sanitarie, sono rilevate dagli operatori indicando al primo posto la mancata collaborazione tra Enti. Emerge anche la difficoltà dei rapporti tra persone di diversa formazione professionale e un «pericolo» espresso da chi dichiara «una cau-

sa può essere la mancata richiesta d'approfondimento clinico psichiatrico, così che l'assistente sociale e lo psicologo rischiano di fare proprie anche competenze medico-specialistiche».

Una delle cause ricorrenti nelle indagini fin qui condotte in Italia è l'eccessiva rotazione degli operatori. Fra le 62 opinioni espresse, nessun assistente sociale e nessuno psicologo delle Aziende sanitarie indica in tale causa l'aspetto organizzativo da risolvere,

mentre per gli operatori dei Comuni è la seconda causa in ordine d'importanza (tabella 15).

Differenti valutazioni emergono su base provinciale (tabella 16): gli operatori della provincia di Macerata attribuiscono l'unica causa alla mancata collaborazione tra Enti; nelle altre tre province coincidono le due cause principali.

Gli operatori indicano altre cause, ed emerge un disagio nei rapporti che dovrebbe essere colto dai Magistrati e

Tabella 11 - A chi è attribuibile «il miglioramento» dei rapporti (% su 25 affermazioni)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Al T.M. (organizzativo)	30	—	100	14	—	24
Ai servizi sociali (organizzativo)	10	100	—	28	—	16
Maggiore consapevolezza della società	—	—	—	43	67	20
Ai rapporti T.M.-servizi sociali	60	—	—	15	33	40

Tabella 12 - A chi è attribuibile «il peggioramento» dei rapporti (% su 49 affermazioni)

	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno
Al T.M. (organizzativo)	38	13	40	31
Ai servizi sociali (organizzativo)	8	20	—	12
Alla legislazione vigente	—	7	10	2
Alla società (minore consapevolezza)	4	—	20	12
Ai rapporti T.M.-servizi sociali	50	40	30	43

Tabella 13 - Difficoltà organizzative interne dei tre soggetti istituzionali (% su 48 pareri)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Difficoltà del Comune	24	50	—	60	20	31,25
Difficoltà del T.M.	38	—	37	13	30	27,08
Difficoltà delle Asl	38	50	63	27	50	41,67

Tabella 14 - Suddivisione per «provincia» delle opinioni espresse dagli operatori (%)

	Assistenti sociali delle Asl e dei Comuni e psicologi			
	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno
Difficoltà del Comune	25	25	33,33	42
Difficoltà del T.M.	25	50	33,33	8
Difficoltà delle Asl	50	25	33,33	50

dagli altri soggetti istituzionali per ridare fiducia, creare occasioni di collaborazione vera ed evitare conflitti di ruolo tra servizi sociali e T.M.

A) Altre cause espresse liberamente dagli operatori:

— dei servizi delle aziende sanitarie locali:

«arroganza e atteggiamento minaccioso da parte del T.M.»;

«atteggiamento evasivo del T.M. nei confronti degli operatori»;

«assoluta mancanza di collaborazione con la Corte di Appello»;

«non sempre il T.M. sembra aver fiducia negli operatori»;

«mancanza di protocolli operativi/linee guida comuni a tutto il territorio regionale»;

«i tecnici non sono coinvolti nelle scelte strategiche»;

«abolita la linea diretta tra Presidente del T.M. e utenti, attivata prima»;

«è sempre una lotta ottenere dai Comuni prestazioni economiche» (es. contributi per le famiglie affidatarie; pagamento rette comunità/casa famiglia);

— dei servizi sociali dei Comuni:

«nei piccoli Comuni sono numerose le competenze svolte dagli operatori sociali che esulano dal servizio sociale»;

«gli operatori Asl intervengono senza consultare l'ufficio comunale»;

«troppe incombenze, nei piccoli Comuni, che ostacolano i rapporti di collaborazione»;

«gli operatori Asl si sentono superiori e noi dobbiamo sottostare alle decisioni prese e pagare a piè di lista»;

— e dai Magistrati onorari:

«non c'è lavoro di *équipe* e perdura la scarsità di personale»;

«diversa formazione professionale» (13).

4.5. Rischi evidenziati o paventati

Si sono presentati agli intervistati quattro rischi ricorrenti nei rapporti tra T.M. e servizi sociali e si è data la possibilità di indicarne altri.

Su 131 opinioni si sono colte alcune differenti valutazioni (tabella 17):

— gli assistenti sociali, delle Asl (64%) e dei Comuni (87%) rispetto ai magistrati onorari e agli psicologi sot-

tolineano il rischio nei rapporti troppo formali che impediscono la continuità dei rapporti stessi;

— gli psicologi (42%) ritengono sia rischioso che gli assistenti sociali vengano percepiti dall'utente come il poliziotto della magistratura, rispetto ai magistrati onorari (100%) e gli assistenti sociali (delle Asl per l'85% e dei Comuni al 100%).

Tabella 15 - Cause dei problemi (%)

	Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Mancata collaborazione tra enti	15	69	60	43	50
Rapporto tra persone di diversa formazione professionale	15	25	5	35	19,35
Carenza professionale degli operatori	15	6	15	14	12,90
Eccessiva rotazione degli operatori . .	55	20	20	8	17,75

I Magistrati togati non hanno risposto.

Tabella 16 - Opinioni espresse dagli operatori distinte per territorio «provinciale» (%)

	Assistenti sociali delle Asl e dei Comuni e psicologi			
	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno
Mancata collaborazione tra Enti .	50	50	100	50
Rapporto tra persone di diversa formazione professionale	25	25	—	22
Carenza professionale degli operatori	25	10	—	14
Eccessiva rotazione degli operatori	—	15	—	14

Tabella 17 - Rischi evidenziati o paventati (%)

		Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
L'assistente sociale si appoggia eccessivamente al giudice?	Si		9	33	14	15
	No	100	21	67	86	85
I rapporti sono troppo formali?	Si	50	64	87	42	62
	No	50	36	13	58	38
I Magistrati perdono il ruolo di <i>super partes</i> e svolgono funzioni assistenziali?	Si	17	33	20	17	24
	No	83	67	80	83	76
L'assistente sociale è vista dall'utente come il poliziotto della magistratura?	Si	100	85	100	42	82
	No		15			58

I Magistrati togati non hanno risposto.

Di particolare interesse, rispetto ad altre indagini, è la concordanza tra magistrati ed operatori sulla mancata invadenza del T.M. nella funzione assistenziale (tabella 17).

Alcuni operatori indicano altri rischi, tutti orientati a definire meglio competenze e ruoli dei vari soggetti che interagiscono nell'iter procedurale.

B) Altri «rischi» liberamente indicati dagli operatori:

— dei servizi delle aziende sanitarie locali:

«ogni operatore assume ruoli impropri e competenze professionali che superano la propria preparazione» (rischio dell'onnipotenza dell'assistente sociale);

«necessità di chiarire il ruolo dei «membri privati» presso il T.M. rispetto agli operatori del territorio»;

«difficoltà di portare avanti gli interventi decisi dal T.M. e non condizi dagli operatori»;

«l'operatore è solo con la situazione da gestire e non c'è connessione tra Asl e operatore T.M.»;

«a volte mancano momenti d'integrazione tra i due interventi» (S.s. e T.M.);

— dei servizi sociali dei Comuni:

«(magistrati e assistenti sociali Asl) intervengono spesso solo a complicare la situazione familiare già precaria (perché agiscono autonomamente ignorando le strutture comunali)»;

«perdita di *status* dell'assistente sociale e conseguente incapacità di gestire i progetti con gli utenti» (14).

4.6. Soluzione dei problemi

È stato chiesto di indicare cinque proposte prioritarie per la soluzione dei problemi.

Magistrati onorari e psicologi concordano su quattro proposte, in ordine decrescente (tabella 18):

— intensificazione dei momenti relazionali tra operatori e giudici;

— migliorare i rapporti creando un «filtro» territoriale con i giudici onorari;

— formazione permanente degli assistenti sociali;

— migliorare le strutture organizzative dei Comuni, delle Asl e del T.M.

Gli assistenti sociali (tabella 18) concordano sull'intensificazione delle relazioni ma ritengono altrettanto prioritari: la formazione permanente degli assistenti sociali e il miglioramento dei rapporti, creando un filtro territoriale utilizzando i giudici onorari.

Sono state formulate altre proposte dagli intervistati:

— «formazione permanente dei giudici onorari (per migliore comprensione dei problemi)»;

— «diffusione dati annuali da parte del T.M./Asl/Comuni»;

— «distinguere competenze (mediche, psicologiche, sociali) per un adeguato lavoro d'*équipe*»;

— «elasticità nell'invio delle relazioni»;

— «snellire le procedure per evitare il prolungarsi di situazioni a rischio».

4.7. Difficoltà relazionali tra servizi sociali, T.M. e famiglie

Sia il T.M. sia i servizi sociali hanno relazioni con le famiglie ma con finalità e caratteristiche diverse: il primo svolge un ruolo di controllo, i servizi quello di assistenza.

Dalle valutazioni effettuate dagli intervistati emerge preponderante l'esistenza di problemi causati dalle «caratteristiche delle famiglie», sebbene gli assistenti sociali ritengano sia anche il «modo di giudicare» del Tribu-

Tabella 18 - Soluzione dei problemi: proposte ritenute «prioritarie» (percentuale su 237 affermazioni)

1° intensificazione dei momenti relazionali tra operatori e giudici	19% (magistrati onorari; assistenti sociali; psicologi = al 1° posto)
2° migliorare i rapporti tra T.M. e territorio creando un «filtro», con i giudici onorari per favorire conoscenza, confronto, comprensione	16% (magistrati onorari; psicologi = 2° posto) (assistenti sociali = 3° posto)
3° formazione permanente degli assistenti sociali	15% (assistenti sociali = 2° posto) (magistrati onorari e psicologi = 3° posto)
4° migliorare la struttura organizzativa del T.M., dei Comuni, delle Aziende sanitarie	14% (magistrati togati = 1° posto) (Comuni e Asl, magistrati onorari, assistenti sociali, psicologi = 4° posto)
5° evitare i conflitti di ruolo degli assistenti sociali	12% (assistenti sociali = 5° posto) (magistrati onorari = 7° posto) (psicologi = 5° posto)
6° formazione permanente dello psicologo	8% (magistrati onorari = 6° posto) (psicologi = 7° posto) (assistenti sociali = 6° posto)
7° attivare unico servizio sociali dei Comuni e Asl, a livello di Usl	7% (magistrati onorari = 5° posto) (psicologi = 6° posto) (assistenti sociali = 7° posto)

nale responsabile del conflitto tra servizi e famiglie (tabella 19).

Su base provinciale, risultano maggiori i problemi nella provincia di Ancona (88%), minori nelle due province di Pesaro-Urbino (67%) ed Ascoli Piceno (66%).

Di particolare interesse è l'attribuzione delle difficoltà relazionali (tabella 20).

Tutti gli intervistati concordano che le «caratteristiche» della famiglia è il primo problema: «quanto più numerosi ed attivi sono gli agenti che operano una valutazione del comportamento sottoposto a controllo, tanto più la famiglia subirà un controllo pervasivo e significativo; ciò non è senza conseguenze per chi è sottoposto ad esso — minore e adulto — tanto che ciò determina la possibilità e la capacità di aderire alle norme, il livello di adattamento o di ostilità sociale, la disponibilità al recupero o il radicamento nel comportamento deviante» (Barbero Avanzini, 1998).

4.8. Riflessioni ex post sulle decisioni adottate

Il rapporto di collaborazione è attivo e fruttuoso se, com'è stato già espresso, si sviluppa tra T.M. e servizi sociali l'abitudine alla comunicazione e agli incontri e la comunione condivisa degli utenti e delle azioni concrete. Tutto ciò presuppone una costante verifica dei risultati dell'attività svolta e la capacità di confrontarsi criticamente per una crescita «che non metta in discussione i ruoli ma le modalità per migliorarne lo svolgimento».

La domanda rivolta agli intervistati non aveva un fine provocatorio, bensì di indurre gli operatori a riflettere in quale misura sono effettuate le verifiche sui risultati e se si adottano «indicatori» efficaci (compreso quello semplicistico e proposto strumental-

mente sulla «percentuale» degli affidi riusciti).

Emblematiche appaiono quindi le affermazioni di coloro che a fronte di «riscontri ex post fondati sulla percezione» indicano valori percentuali di conseguimento esatto dei risultati; così come appare alta la percentuale (42%) di coloro (operatori comunali) che effettuano solo saltuariamente le valutazioni (tabella 21). Valutazioni, inoltre, fondate sulla percezione nel 44% delle risposte fornite (tabella 22).

Un riscontro d'ordine «percentuale» sull'efficacia dell'azione intrapre-

sa indica: «risultati positivi» nell'80% dei Magistrati onorari; nel 90% tra i Magistrati togati e nell'80% (con alcuni casi nel 100%) tra gli operatori sociali e gli psicologi.

4.9. Riflessioni sulle decisioni adottate a tutela del minore

Un ulteriore stimolo alla riflessione è stato fornito dalle considerazioni fatte dalla professoressa Bianca Barbero Avanzini (15):

— sulla «carente valutazione delle responsabilità assunte con le decisioni

Tabella 19 - Difficoltà relazionali con le famiglie (% su 61 affermazioni)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Non ci sono	23	—	24	25	29	25
Ci sono	77	100	76	75	71	75

Tabella 20 - Attribuzione delle difficoltà relazionali (% su 89 affermazioni)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Dalla famiglia	38	100	41	41	48	40
Dal «modo di giudicare» del T.M.	12	—	33	18	22	28
Da «carenti interventi» degli Enti locali.	31	—	15	23	26	22
Altre minori	—	—	—	—	—	10

Tabella 21 - Riflessioni ex post sulle decisioni prese (% su 60 affermazioni)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Vengono effettuate sempre. . .	33	100	91	58	79	75
Effettuate saltuariamente. . .	67	—	9	42	21	25
Non vengono mai effettuate. . .	—	—	—	—	—	—

Tabella 22 - Riflessione ex post sul risultato degli affidi seguiti (% su 36 affermazioni)

	Magistrati onorari	Magistrati togati	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Fondata sulla «percezione» . .	—	—	6	44	22	15
Fondata su «riscontri oggettivi»	100	100	94	56	78	85

(Tutti gli intervistati hanno dichiarato l'affido «utile al bambino»).

adottate e dell'efficacia della tutela esercitata»;

— sul «diverso ruolo assunto dai Magistrati e dagli operatori in relazione all'appartenenza ad una delle due sottoculture familiari dominanti: quella del primato della famiglia d'origine e quella del primato della famiglia relazionale».

Il dubbio espresso da Bianca Barbero Avanzini (1997) di una certa eterogeneità di concezioni familiari presente sia tra i magistrati che tra gli operatori è confermata dall'indagine (tabella 23): 7 operatori su 10 dichiarano che le loro decisioni sono filtrate da una delle due «sottoculture familiari» (primato della famiglia d'origine o primato della famiglia relazionale). Una minore accentuazione è rilevabile tra i Magistrati, che privilegiano interventi adeguati alle esigenze del minore, caso per caso, sulla base delle oggettive risorse familiari e sociali evidenziate nelle indagini dagli operatori sociali

I «No» espressi dai Magistrati onorari e da circa il 30% degli operatori (tabella 23) esprimono le seguenti modalità:

— identificazione dell'obiettivo da raggiungere (quali mezzi, strumenti, risorse);

— interesse esclusivo del minore (caso per caso);

— offerta di tutti i servizi disponibili a sostegno della famiglia d'origine e solo in caso di gravi situazione si perviene all'affido piuttosto che all'inserimento in istituto;

— interventi in base alla realtà oggettiva del bambino e alle risorse del suo ambiente familiare e sociale;

— promozione di un adeguato sviluppo psico-fisico del minore;

— modello ispirato alla psicoanalisi (modello sistemico-relazionale);

— in base ai fatti oggettivi e alla competenza professionale.

Per «migliorare gli effetti delle valutazioni», effettuate dai vari operatori, la maggiore richiesta è rivolta dagli intervistati ai servizi sociali dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali (75%), ma oltre il 70% ritiene che l'azione più valida è quella rivolta alle famiglie d'origine. I Magistrati onorari ritengono importante l'intervento sui servizi sociali dei Comuni (40%) e sulle famiglie (di «origine» ed «affidatarie»).

Alla richiesta di «come» il soggetto istituzionale dovrebbe intervenire, gli operatori concordano nel:

— lavorare sulla famiglia d'origine e su quella affidataria;

— sostenere le famiglie e operare sulle loro potenzialità (attivando interventi; verificando impegni e motivazioni);

— rispettare le singole professionalità e modificando il modo di lavorare del T.M.;

— dare maggiore fiducia agli operatori;

— promuovere una nuova legislazione che valorizzi il legame relazionale piuttosto che quello parentale di sangue;

— evitare il duplice ruolo delle assistenti sociali e distribuire compiti e responsabilità;

— eliminare la gerarchia tra Enti;

— collaborare per tutelare la famiglia di origine e sostenere anche il ruolo della famiglia affidataria;

— qualificare maggiormente il personale che si occupa di affido e adozione;

— attivare gruppo di lavoro inter-istituzionale;

— effettuare verifiche e conferenze annuali;

— incrementare gli organici;

— favorire maggiore collaborazione tra T.M. e servizi sociali (16).

5. Conclusioni

Dalla ricerca effettuata emergono difficoltà e suggerimenti, così riassumibili:

1) è fortemente richiesto un migliore coordinamento tra i vari soggetti istituzionali preposti alla tutela del minore:

— sia creando un «filtro» a livello territoriale con i giudici onorari (più vicini ai problemi assistenziali);

— sia organizzando regolari e frequenti contatti del T.M. con gli Enti e gli operatori (riunioni; discussioni; riflessioni sulle azioni intraprese).

Il limite è certamente rappresentato dalle carenze d'organico e dalla pluralità di competenze assegnate, in particolare, agli operatori comunali;

2) è rilevata dagli operatori l'esigenza di migliorare la struttura organizzativa del T.M. e dei servizi sociali, con particolare riferimento ai Comuni meno dotati di professionisti del sociale e carenti di mezzi finanziari.

L'adozione, da parte del Consiglio regionale, del Piano socio-assistenziale può essere l'occasione per un funzionale riordino dei servizi ed in particolare per l'avvio delle procedure

Tabella 23 - Decisioni «filtrate» da uno dei due modelli familiari (% su 53 affermazioni):
a) tradizionale/naturale/adultocentrico
b) innovativo/relazionale/puerocentrico

	Magistrati onorari	Assistenti soc. Asl	Assistenti soc. Comuni	Psicologi (e neurop.)	Totale
Si.....	50	72	72	70	68
No.....	50	28	28	30	32

I Magistrati togati non hanno risposto.

d'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali.

Il miglioramento della struttura organizzativa non è inteso dagli stessi Operatori come mero incremento delle dotazioni organiche, ma soprattutto:

- a) snellimento delle procedure;
- b) eliminazione delle «gerarchie» tra Enti;
- c) attivazione di una «rete dei servizi»;

3) la presenza nelle Marche di una miriade di piccoli Comuni, difficilmente aggregabili e indisponibili ad accettare innovazioni organizzative (ristrutturazioni, riduzioni, accorpamenti dei servizi, economie di scala, pianificazione delle prestazioni) ostacola la realizzazione — su base distrettuale — della gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari. Gli stessi accordi di programma, le convenzioni e gli altri atti di collaborazione, che scaturiscono da oggettive necessità di coordinamento degli interventi, sono inficiati da recondite volontà — ora di uno, ora dell'altro Ente o Istituzione — di sottrarsi alle competenze previste dalla normativa vigente e di ridurre le spese attribuendo ad altri l'onere degli interventi e la responsabilità delle mancate od insufficienti risposte ai bisogni delle popolazioni.

Dall'indagine emerge il maggior disagio nelle relazioni tra Enti nelle due aree meno dotate di servizi sociali (il Centro-Sud e il Sud delle Marche).

Gli operatori dei servizi sociali ubicati al Centro-sud (provincia di Macerata) lamentano il maggior disagio nelle relazioni con il T.M. (tabelle 3 e 10) ed attribuiscono alla carente strutturazione delle competenze la causa principale della mancata buona collaborazione con gli organi giurisdizionali (tabelle 7 e 10). Gli operatori del Sud delle Marche (provincia di Ascoli Piceno) attribuiscono la causa principale dei problemi irrisolti all'i-

nefficiente organizzazione dei Comuni e delle Asl (tabella 14);

4) un altro aspetto, sottolineato da tutti gli intervistati è la necessità di investire nella:

— formazione permanente degli operatori e degli stessi giudici, da organizzare in modo sistemico «non più separatamente, ma in modo unitario e positivo per un effettivo coordinamento e lavoro d'*équipe*»;

5) una ipotesi suggerita da molti operatori, identica a quella emersa nella ricerca di Milano, è rappresentata dalla «istituzione di un servizio sociale direttamente ed unicamente dipendente dal tribunale, estendendo compiti e funzioni dell'attuale branca del servizio sociale dipendente dal Ministero di grazia e giustizia e in attività nelle carceri».

In attesa che possa essere ampliata la competenza del servizio sociale ministeriale (USSM), potrebbe essere attivato su base territoriale (di Asl o di Provincia):

— un unico servizio degli assistenti sociali (provenienti sia dai Comuni che dalle Aziende sanitarie) con il fine di affrontare le problematiche minorili.

Potrebbe essere previsto un apposito servizio affidi, così come una differente attribuzione dei ruoli a due distinte *équipe* di operatori;

6) deve essere attivata una banca dati e anagrafe delle famiglie fruibile a livello aziendale e coordinata a livello regionale.

L'istituzione di detta Banca è funzionale alla necessità di valutare e rielaborare l'attività svolta nella tutela dei minori e nello specifico settore dell'affido familiare;

7) annualmente, i vari servizi dovrebbero predisporre il resoconto statistico-valutativo del lavoro svolto e anche il programma degli interventi per l'anno successivo da presentare a livello distrettuale e alle commissioni

permanenti delle associazioni e gruppi operanti sull'affido.

(1) «La società attuale accentua l'importanza simbolica delle relazioni interpersonali. Sia a livello teorico (Bovone, Rovati, 1988) che a livello di esperienza ci si rende conto che la società stessa è un insieme di regole comunicative e che sono queste a permettere la convivenza e lo sviluppo dell'identità di ciascuno. L'esperienza dei magistrati minorili e dei servizi sociali si rivolge però a famiglie con relazioni povere, spesso patologiche, talvolta del tutto assenti sia tra i membri del nucleo, sia con l'esterno ad esso: tutto ciò accentua gli aspetti disgreganti e disfunzionali della famiglia e costituisce un elemento estremamente negativo per la crescita dei bambini. In questo quadro sarebbe indispensabile che tutti gli organi a cui è demandata la tutela dei minori comunicino fra loro ed utilizzino un linguaggio i cui concetti e significati siano condivisi consapevolmente» (Barbero Avanzini, 1997).

(2) «Per il continuo sovrapporsi dei ruoli tesi alla promozione ed al sostegno del minore e dei compiti di controllo, la funzione degli operatori dell'Ufficio di servizio sociale ministeriale (USSM) appare particolarmente difficile: credo che molti operatori possano concordare con Moro (Moro, 1996) quando egli rileva che per svolgere le pesanti funzioni di controllo e di trattamento dei minori soggetti ad interventi penali sarebbe stato opportuno prevedere, a fianco dell'ufficio di servizio sociale, anche un ufficio di *Probation* con una sua autonomia, collegato con l'ufficio di servizio sociale. Ciò per distinguere in maniera netta quella figura professionale che indaga sulla personalità e sulle situazioni ambientali e che assiste il minore durante lo svolgimento dell'intera procedura, da quella figura professionale che deve incarnare anche nei confronti del ragazzo il principio di autorità e la funzione di controllo, pur con finalità educative» (Barbero Avanzini, 1998).

(3) «I rischi in cui i vari servizi possono incorrere sono molti e diversi: da un lato la tendenza alla burocratizzazione può far perdere di vista la soggettiva e personale esigenza del singolo minore; dall'altro lato la collaborazione tra i servizi tende a nascere in conseguenza dei rapporti personali esistenti tra i singoli operatori più che sulla base di una organica ed efficace collaborazione istituzionale; può emergere la difficoltà di realizzare una vera sinergia, nel caso che «i servizi si comportino come fornitori di risorse territoriali e in posizione di subordine ai servizi ministeriali» e vengano chia-

mati a “collaborare discrezionalmente e senza nessuna concessione a quelle funzioni di programmazione o di progettazione proprie dei compiti e ruoli degli Enti locali”. La difficoltà è gestire contemporaneamente il ruolo di aiuto e il ruolo di controllo. C'è chi auspica il superamento della contraddittorietà dei due ruoli attraverso l'assunzione di essi da parte di differenti operatori (Moro); c'è chi inserisce entrambe le funzioni nel ruolo innovato dell'operatore sociale “elemento dinamico e responsabile nell'interazione tra le istituzioni, i servizi territoriali e la capacità del soggetto di utilizzare le risorse presenti” (Stafani, Piromalli); c'è chi vede il superamento del problema nella necessità della collaborazione tra magistratura e servizi (l'una bisognosa di comprendere la situazione soggettiva del minore e di conoscere i progetti di reinserimento sociale per poter decidere; gli altri consapevoli della necessità di regole chiare e di un quadro di riferimento stabile a cui riportare il proprio assistito)» (Barbero Avanzini, 1998).

(4) «L'assistente sociale all'interno di un orizzonte di questo tipo può esprimere un ruolo promozionale se, anziché giocare sulla relazione individuale con il minore, relazione sperimentata nel quotidiano all'interno della comunità con gli educatori, privilegia un intervento di coordinamento delle risorse, di promozione di dialogo tra gli attori, di traduzione delle specificità istituzionali dei singoli contesti nei confronti di un progetto di riarticolazione e di diversa declinazione delle risposte.

Ciò richiede la necessità per l'assistente sociale di sentirsi appartenere ad una sistema complesso di cui il territorio, il T.M., la comunità, gli attori familiari del minore e il minore stesso giocano un processo interattivo articolato e complesso. Al suo interno l'assistente sociale svolge un'azione di sviluppo attraverso un continuo esercizio della capacità di leggere, promuovere, coordinare, verificare e valutare (queste sono le azioni concrete dell'agire) la funzione di autorità.

In questa ottica, il rapporto istituzione-territorio-utente-assistente sociale diventa un circuito continuo ricco di interazioni; ogni intervento non si esaurisce nella relazione operatore-utente, ma innesca potenziali processi di mutamento che coinvolgono il territorio al fine di una gestione più partecipata delle risorse e dei servizi presenti, per la crescita di coscienza e di sensibilità che costituiscono i presupposti di ogni intervento educativo» (Barbero Avanzini, 1997).

(5) Tra le attività consultoriali a «gestione integrata» (atto di C. R. Marche n. 202/98):

— rilevazione del disagio psico-sociale (dell'infanzia e dell'adolescenza),

— abusi e violenze intra ed extrafamiliari,
— educazione alle relazioni di coppia e di famiglia,

— problematiche intraconiugali e intrafamiliari,

— abusi, maltrattamenti e violenze intraconiugali e intrafamiliari,

— conflittualità intraconiugale e intrafamiliare anche in regime di separazione e divorzio; mediazione familiare,

— educazione all'assolvimento delle competenze educative dei genitori,

— aiuto, sostegno, consulenza, intervento psicologico (anche ad indirizzo terapeutico), intervento pedagogico dei genitori,

— aiuto, sostegno, consulenza, intervento professionale di servizio sociale anche per l'integrazione e la sostituzione del nucleo familiare,

— affido etero-familiare (organizzazione),

— adozione anche internazionale,

— attività, spazi, interventi specifici anche informativi e formativi nei confronti delle giovani coppie e degli immigrati.

(6) Le attività consultoriali sono state considerate, nella prima attuazione della legge 405/75: «risposte a bisogni primari di consistenza quantitativa significativa per la quali non sono necessarie particolari specializzazioni». Negli anni successivi sono emerse tematiche, problematiche e patologie nuove e sempre più gravi che richiedono iniziative, interventi, prestazioni professionali anche di prevenzione, di particolare specializzazione. Gli operatori non possono essere in grado di dare risposte significative a problematiche e patologie così diverse ciascuna delle quali richiede in genere un'alta specializzazione (devianze sessuali; abusi e violenze di cui i minori sono vittime e a volte protagonisti; difficoltà dei genitori nella cura ed educazione dei figli; conflittualità intraconiugali ed intrafamiliari; disagio preadolescenziale, adolescenziale e giovanile, ecc.).

(7) «Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni socio-sanitarie comprendono: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite; prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale di supporto alla persona in stato di bisogno, con

problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute».

(8) Nelle Marche, tra le azioni progettate e finanziate nell'ambito della L. 285/97, si rileva una differente «sensibilità» degli enti territoriali aggregati in 24 comprensori sulle due problematiche accennate:

— per la mediazione familiare, si riscontra la progettazione della «gestione integrata di uno specifico servizio» nel Comune di Ancona e un «servizio itinerante di consulenza» nella Comunità montana del Metauro - Fossombrone;

— per l'affidamento familiare, la progettazione della «gestione integrata» è prevista solo dal Comune di Ancona mentre interventi di formazione degli operatori, sensibilizzazione, promozione, formazione delle famiglie affidatarie, sono riscontrabili su 10 ambiti territoriali (rispetto ai 24 presi in esame dalla Regione: n. 6 nella provincia di Pesaro-Urbino; n. 2 nella provincia di Ancona; n. 2 nella provincia di Ascoli Piceno). (Regione Marche, Servizio servizi sociali, Centro regionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza: «Legge 285/97, un passo avanti nella promozione di politiche sociali intelligenti ed efficaci», ottobre 1999).

(9) «L'esperienza, ormai più che decennale, come giudice-esperto presso il T.M. di Milano ha portato ad ipotizzare che la relazione collaborativa non sempre si realizzi pienamente, sia per motivi legati al T.M. (sotto dimensionato rispetto alle esigenze; “turn over” dei giudici togati e onorari, con conseguente ansia di portare avanti un lavoro ingente che lascia poco spazio a relazioni interpersonali e ad attività di riflessione critica comune) e sia per cause riferibili ai servizi sociali (settorialità, mancanza di collegamento costante tra operatori, “turn over” degli operatori e carenze di organico, mutamenti a livello direzionale dei servizi con conseguenti difficoltà decisionali, organizzative ed esigenze relazionali da ricostituire). Un rapporto di collaborazione ha bisogno per nascere e mantenersi attivo e fruttuoso:

— di una conoscenza e comprensione reciproca e di una profonda stima per il ruolo che svolge ciascuno dei protagonisti del rapporto;

— di una abitudine costante di comunicazione e di incontri, così da stabilire e mantenere viva la percezione della «comunione condivisa» degli utenti e delle azioni concrete;

— di una capacità di discussione e di verifica reciproca, e quindi di una volontà di confrontarsi criticamente per una crescita che non metta in discussione i ruoli ma le modalità per migliorarne lo svolgimento» (Bianca Barbero Avanzini, 1997).

(10) Un'indagine dal titolo «Controllo sociale e *welfare state*» fu condotta a Milano dall'Università Cattolica, dalla Statale di Milano e dalle Università di Bologna e di Messina. Ho ritenuto significativo raffrontare, limitatamente ad analoghi temi sviluppati dall'indagine effettuata a Milano, le «osservazioni» e le «proposte» espresse dai Magistrati e dagli operatori delle Marche.

Raffronto con la ricerca di Milano: «Il 63,7% testimonia collaborazione ed il 36,3% rileva rapporti tesi se non conflittuali. Entrambe le opinioni sono espresse soprattutto dai magistrati, in particolare togati».

(11) Raffronto con la ricerca di Milano: «I giudizi degli intervistati danno una valutazione negativa delle tensioni talora esistenti: così i magistrati manifestano dispiacere perché un rapporto non buono può pregiudicare le possibilità di risolvere i casi attribuendo la responsabilità agli operatori; mentre gli operatori sociali riferiscono la causa dei conflitti all'organizzazione del lavoro esistente, oppure ai metodi o al carattere dell'uno o dell'altro giudice».

«I magistrati denunciano l'inadeguatezza dei Servizi; mentre gli operatori rilevano l'insufficiente organizzazione del tribunale, le difficoltà di rapporto e i conflitti di ruolo tra T.M. e servizi».

(12) Raffronto con la ricerca di Milano: «Gli intervistati sono ottimisti sui miglioramenti in corso (visto che solo 3 magistrati su 57 e 10 operatori dei servizi su 55 sono pessimisti). I Magistrati riferiscono il cambiamento dei rapporti al miglioramento dei servizi (55%) e delle modalità di relazione (27,7%); mentre gli operatori sociali lo attribuiscono al miglioramento organizzativo (31,1%) e dei rapporti col T.M. (40%), con un riconoscimento positivo reciproco».

(13) Raffronto con la ricerca di Milano: «Le cause dei problemi sono molteplici e sono rilevate dagli operatori sociale che vivono «sulla loro pelle» le difficoltà create dalle situazioni interne dei Comuni e delle Ussl (66%), dalla necessità di collaborazione tra Enti diversi o tra persone con diversa formazione e professionalità. Emerge tra l'altro che la carenza (81%) o l'eccessiva rotazione degli operatori e la loro inesperienza incidono pesantemente sia sulla qualità delle relazioni con i giudici sia sui tempi necessari per trovare una soluzione ai problemi».

(14) Raffronto con la ricerca di Milano: «Gli assistenti sociali sono i primi a riconoscere che l'intervento del T.M. è necessario in molti casi e deve essere sollecitato in tutte le situazioni di rischio o di pregiudizio per il minore, anche se dal modo di giudicare del Tribuna-

le dipendono spesso difficoltà di rapporto tra famiglia e servizi.

Il doppio ruolo di aiuto e controllo, che gli operatori sociali sono chiamati a svolgere, è l'elemento centrale del cambiamento: è necessaria una maggiore chiarezza nelle relazioni con il T.M. che aiuti a definire sempre meglio i confini delle responsabilità e delle funzioni».

(15) Agli intervistati è stata fornita la seguente sintesi delle «impressioni» espresse dalla professoressa Bianca Barbero Avanzini: «Mi sembra che sia diffusi, ancor oggi, i dubbi se per il bambino sia meglio restare nella sua famiglia naturale, anche se in essa esistono elementi di patologia o di grave rischio, quasi che il legame di sangue garantisca un minimo vitale di affettività sufficiente per la sua crescita, oppure se per lui sia meglio essere allontanato da essa, per essere inserito in ambienti relazionali meno patologici, possibilmente in famiglie alternative in cui le interazioni siano significativamente promuoventi. Ho l'impressione che le risposte a questo quesito siano prese, ancora oggi, a livello degli operatori sociali delegati a decidere azioni a tutela dei minori, in base a valutazioni fatte non sempre in modo consapevole e razionale ma spesso in modo emotivo se non stereotipato o ideologico. Soprattutto, ho l'impressione di una eterogeneità di soluzioni, assunte talora senza precedente consapevolezza e sempre senza successiva verifica dei risultati dell'intervento: anche a livello della magistratura minorile mancano quasi completamente riflessioni «ex post» sulle decisioni prese, con evidente limite alla consapevole assunzione delle responsabilità decisionali e della efficacia della tutela esercitata. È bene comprendere che in relazione ai due modelli familiari culturalmente presenti anche il ruolo dei magistrati si modifica. Il modello familiare tradizionale/naturale/adultocentrico comporta un ruolo di controllo sui genitori da parte del giudice, fino all'intervento sostitutivo del genitore, in caso di inadempienza della famiglia, che resta comunque centrale (primato della famiglia di origine). A questo corrisponde un ruolo di sostegno continuo alla famiglia da parte dei servizi. Il modello innovativo/relazionale/puerocentrico comporta invece per il giudice un ruolo di assistenza al minore, di promozione delle relazioni all'interno della famiglia e tra essa e il bambino. A questo corrisponde un controllo dei servizi sulla famiglia di origine e la possibilità di individuare soluzioni alternative. È in questa dimensione e con questi limiti che si attua anche il controllo sociale: in caso di riconosciuta insufficienza familiare ed in nome della tutela del bambino, riemerge il ruolo di controllo tradizionale, nella manifestazioni di un potere decisionale sopra le parti. Si potreb-

be rilevare che è il fallimento della funzione assistenziale ed educativa dei servizi, svolta in favore della famiglia al fine di realizzare il bene del bambino, che fa scattare il ruolo vero e proprio di controllo sociale (primato della famiglia relazionale). Da un punto di vista operativo/decisionale è molto diverso se il collegio giudicante condivide il concetto di famiglia come primato naturale o quello di famiglia come primato relazionale. Il ricorso alla istituzionalizzazione è più facile se si è ancorati all'idea del primato della famiglia naturale, mentre l'affido eterofamiliare o l'adozione sono più probabili avendo come punto di riferimento l'idea della famiglia relazionale. Sia i giudici, sia gli operatori sociali, sia i genitori stessi possono infatti appartenere all'una o all'altra sottocultura familiare e questo non è senza peso al momento di agire o di decidere per il «bene» del bambino» (Barbero Avanzini, 1997).

(16) Raffronto con la ricerca di Milano: «Problematico non è tanto il rapporto del giudice con i singoli operatori, ma piuttosto quello del T.M. con gli Enti o le Istituzioni da cui gli operatori stessi dipendono, con un contrasto più istituzionale che personale. L'Ente territoriale ha spesso le sue ragioni per assumere atteggiamenti diffidenti od ostacolanti l'intervento assistenziale prescritto dal T.M.: problemi finanziari; le scelte politico-economiche globali sono spesso dei capestri di cui tenere conto al di là della sensibilità assistenziale (non sempre presente negli Enti in quantità sufficiente). Ecco allora: lo scarso appoggio dato dagli Enti ai suoi operatori; la difficoltà di coordinamento; la burocratizzazione che caratterizza spesso il rapporto tra assistente sociale e i vertici amministrativi».

«Un altro elemento emerso è quello della complementarietà e del coordinamento tra operatori diversi: il rischio della dispersione nella conduzione del caso, della possibile pluralità e contraddittorietà dei punti di vista, della sovrapposizione degli interventi possono essere ridotti attraverso gli incontri di *équipe*. Oltre al coordinamento la necessità di una migliore strutturazione delle competenze, finora lasciata ad iniziative personale (talvolta promosse dal giudice) ma che dovrebbe essere invece organizzata a livello istituzionale».

BIBLIOGRAFIA

- BARBERO AVANZINI B. (1997), *Giustizia minore e servizi sociali*, Franco Angeli, Milano.
BARBERO AVANZINI B. (1998), *Minori, giustizia penale e intervento dei servizi*, Franco Angeli, Milano.

- BREX G., FIORENTINO BUSNELLI E. (cur.) (1994), *Adolescenti a rischio tra prevenzione e recupero: un impegno per tutti*, Franco Angeli, Milano.
- C.A.M. (a cura del) (1998), *L'affido familiare: un modello di intervento. Manuale per gli operatori dei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- CELATA C., CIRRI M., ZANON L. (cur.), (1997), *Il mondo dell'adolescenza: pensieri, enigmi, provocazioni*, Franco Angeli, Milano.
- CONSIGLIO NAZIONALE DEI MINORI (1988), *I minori in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- COSPES (1986), *L'età negata. Indagine sui preadolescenti in Italia*, Elle Di Ci, Torino.
- COSTI, LUCIARDI, RAFFELINI, TRAVENO (a cura di) (1997), *Un bambino per mano*, Franco Angeli, Milano.
- LUTTE G. (1996), *Psicologia degli adolescenti e dei giovani*, Il Mulino, Bologna.
- MAZZUCHELLI F. (cur.) (1993), *Percorsi assistenziali e affido familiare*, Franco Angeli, Milano.
- NERESINI F., RANCI C. (1994), *Disagio giovanile e politiche sociali*, N.I.S., Roma.
- PALMONARI A. (cur.) (1997), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- SBATELLA FABIO (cur.) (1999), *Una ricerca sull'abbinamento nell'affido familiare*, Franco Angeli, Milano.

PROBLEMI DI FINANZIAMENTO DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI: UN'ANALISI DEL CASO DELLA SALUTE MENTALE

M. Coi¹, G. Napolitano², F. Spandonaro¹

¹ Laboratorio di Economia e Management Sanitario C.E.I.S. - Università di Tor Vergata - Roma

² Istituto Italiano di Medicina Sociale - Roma

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria pubblica - 3. Il finanziamento delle strutture sanitarie e processo negoziale - 4. Le fonti di finanziamento della salute mentale: il quadro nazionale di riferimento - 5. Organizzazione ed attività di un DSM: il caso della ASL Rm C - 6. La valorizzazione dell'attività del DSM - 7. Conclusioni.

The study faces the financing issue for mental health organization and regional level, after a short examination of the modalities currently in being for the public health service. In particular the study analyse all aspects related to the integration between health service and social service and the difficulties that new disposition, contained the decree n. 229/99, are facing for the areas of territorial services. Moreover, the study offer a deep evidence of the current model problems through the first results a search completed for a department of mental health of Rome (AUSL Rm C), which represent an example of the inadequacy of the current financing model.

1. Introduzione

Lo studio si concentra sul finanziamento delle aree assistenziali «non tariffate» del Servizio sanitario nazionale: utilizzando la terminologia del D.L.vo 229/99, si tratta del finanziamento in base a «un ammontare globale predefinito ...» delle funzioni assistenziali ove il decreto conferma, invece, il finanziamento in base a tariffe predeterminate per le cosiddette attività.

In pratica oggetto di riflessione è quasi tutta l'area dell'assistenza sanitaria con esclusione di quella ospedaliera.

Alle osservazioni di metodo si affiancano alcune note che esprimono perplessità relativamente all'interpretazione della norma ed alla sua applicazione: problematica quest'ultima fortemente condizionata dalle peculiari caratteristiche cliniche e gestionali delle singole funzioni assistenziali.

Su questo ultimo tema si presentano alcune riflessioni derivanti da una sperimentazione in corso presso la ASL Roma C.

2. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria pubblica

Nell'ambito del SSN il finanziamento dei livelli assistenziali è notoriamente regolato da una quota capitaria, che sino ad ora (1) è stata fissata centralmente dal PSN e attribuita in modo da garantire la compatibilità macroeconomica degli oneri derivanti dall'allocazione di risorse nel SSN.

Allo stato attuale tale quota capitaria è articolata in tre macro livelli assistenziali: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera.

Tale articolazione non è deputata quindi ad individuare la quota di finanziamento destinata alle singole strutture né tanto meno ai loro centri di

responsabilità o costo, fornendo piuttosto una indicazione riferita ad ampi e compositi livelli assistenziali.

Si astrae da questa impostazione la scelta operata per il finanziamento dell'assistenza ospedaliera per la quale — come è noto — vige un sistema tariffario fondato sulle prestazioni rese.

La concreta coerenza del sistema tariffario con la quota capitaria non è

La sperimentazione è stata attivata nell'ambito di una ricerca promossa dalla AUSL Roma C, dall'Istituto italiano di medicina sociale e dal Laboratorio di ricerca in economia e gestione sanitaria della Facoltà di economia dell'Università di Roma di Tor Vergata con obiettivo l'analisi dei sistemi di finanziamento della salute mentale.

Gli Autori intendono ringraziare per la collaborazione alla ricerca e sperimentazione presso la AUSL Roma C dr. Luigi Attenasio, dr. Massimo Cozza, il dr. Sergio Nascimbeni, i medici, gli infermieri e il personale della AUSL che hanno collaborato al buon esito della ricerca.

quindi garantita a priori dall'impianto normativo, rimanendo implicitamente affidata ad una corretta fissazione tanto della quota capitaria, quanto delle singole tariffe.

Ove la fissazione delle tariffe e/o della quota capitaria non fosse del tutto corretta si genererebbe una allocazione distorta delle risorse, presumibilmente in favore della risposta assistenziale alle acuzie ed a scapito del «territorio»: infatti le risorse per quest'ultima area assistenziale risulterebbero come residuo, dopo il pagamento a tariffa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali effettuate nelle aziende ospedaliere.

Il D.L.vo 229/99 affronta il problema e implicitamente tenta di risolverlo introducendo i cosiddetti «accordi contrattuali». In pratica si delinea un finanziamento dei singoli erogatori accreditati sulla base di *budget* prospettici contrattati a priori.

Si noti che non appare chiaro chi siano gli attori del negoziato: da un lato sicuramente troviamo i soggetti erogatori privati (e pubblici?) accreditati (quali ospedali, case di cura, laboratori, ecc.) dall'altro il decreto fa in modo generico riferimento a Regioni e Aziende, rimandando ad atto successivo in tema di reciproche competenze. Per quanto concerne i centri di responsabilità interni delle ASL (ad esempio il dipartimento di prevenzione, il dipartimento di salute mentale ecc.), non è chiaro se anch'essi saranno parte del processo negoziale in questione.

Il finanziamento previsto negli accordi contrattuali dovrà fondarsi sull'ammontare di attività e funzioni assistenziali erogabili dalle singole strutture in coerenza con la programmazione regionale, ove le prime sono remunerate in base a tariffe predeterminate e le seconde in base al costo standard di produzione del programma di assistenza.

In considerazione del fatto che anche le tariffe per DGR/ROD dovrebbero remunerare il costo pieno di produzione della prestazione resa, e che questa si configura nei fatti come un servizio complesso, si potrebbe di principio obiettare che si poteva ovviare in modo alternativo al problema, estendendo al «territorio» — con opportune modifiche — un sistema tariffario sulla falsa riga di quello adottato per gli ospedali. Presumibilmente, la formulazione di una ipotesi di finanziamento prospettico basato su «*standard* organizzativi e costi unitari predefiniti dei fattori produttivi» è da attribuirsi alla constatazione delle profonde difficoltà che si incontrano nel tentativo di estendere all'area non ospedaliera il sistema delle tariffe per prestazioni omogenee.

Questa ultima osservazione introduce il problema dei meccanismi attuativi della norma. Il primo aspetto critico riguarda la nozione stessa di funzione assistenziale. Non sembra infatti che il decreto preveda una univoca indicazione in merito, prevedendo una sorta di definizione per passaggi successivi.

In primo luogo a livello nazionale vengono indicati i criteri generali per la definizione e la remunerazione massima delle funzioni assistenziali: è poi alle Regioni che compete definire concretamente le funzioni assistenziali nell'ambito di una serie di caratteristiche indicate nel decreto delegato.

Il decreto prevede inoltre che i criteri generali, per la definizione e remunerazione massima delle funzioni assistenziali (a livello nazionale), siano indicati «sulla base di *standard* organizzativi e di costi unitari dei fattori produttivi». Non si comprende però come essi possano essere noti a priori essendo competenza delle Regioni l'individuazione effettiva delle funzioni.

A livello regionale è invece introdotto un meccanismo negoziale, uguale e parallelo al sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera, da fondarsi su una conoscenza approfondita dei livelli organizzativi e degli *standard* di erogazione delle funzioni assistenziali.

Prescindendo dall'ipotizzare che il processo negoziale preveda due fasi (una prima ripartizione regionale dei fondi e quindi l'attribuzione da parte delle ASL alle strutture e/o centri di responsabilità) o una sola (diretta attribuzione in funzione dell'attività delle singole strutture e centri di responsabilità), un fattore fondamentale è la traduzione della attività svolta dai singoli centri e strutture in un ammontare predefinito di risorse.

Possiamo in primo luogo ipotizzare che le strutture e i singoli centri di responsabilità interni alle aziende sanitarie (ad esempio i dipartimenti) siano in generale erogatori al contempo di attività e funzioni assistenziali. In secondo luogo che per le prime esista una classificazione nazionale con relative tariffe massime basate sul costo medio della singola prestazione, mentre per le seconde siano stabiliti a livello centrale costi *standard* massimi dei fattori produttivi per tipologia di funzione. Infine che a livello regionale o aziendale si proceda ad individuare la remunerazione delle singole attività e funzioni in base a livelli organizzativi delle singole realtà locali.

Il processo appare complesso e non scevro da problematiche. Allo scopo di valutarne l'applicabilità, si è utilizzata una esperienza in corso presso il Dipartimento di salute mentale della ASL Rm C per verificare le reali difficoltà che presumibilmente si incontreranno nel percorso precedentemente richiamato nelle sue linee essenziali.

Si noti che nel settore della salute mentale, utilizzato per la sperimentazione, i problemi appaiono, se possibi-

le, amplificati; sono infatti assenti metodologie generalmente condivise per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza, nonché strumenti per la valutazione dei servizi e dei risultati conseguiti.

Nella valutazione del processo che conduce alla definizione di un *budget* prospettico, il dipartimento di salute mentale (DSM) appare quindi un caso applicativo paradigmatico, sia per il basso livello di standardizzazione (o forse standardizzabilità) dei servizi erogati, sia per la contiguità con l'area ospedaliera: infatti i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) pur essendo ubicati logisticamente in presidi ospedalieri e dimettendo pazienti ai quali è assegnato uno specifico DRG (*Diagnosis Related Group*), dipendono dal DSM che si «convenziona» con l'ospedale.

3. Il finanziamento delle strutture sanitarie e processo negoziale

La logica che muove il meccanismo introdotto dal D.L.vo 229/99 per il finanziamento delle «funzioni assistenziali» sembra voler essere quella di introdurre dei meccanismi di controllo della spesa (*budget* prospettici) promuovendo al contempo l'efficacia e l'efficienza (riferimento agli *standard*).

Nella simulazione dei problemi di finanziamento, in particolare nello studio della possibilità di giungere alla definizione di un *budget* di dipartimento, si sono assunti quindi alcuni vincoli che riteniamo coerenti con le scelte adottate dal legislatore. In tale ottica si è cercata una modalità operativa capace di:

- incentivare l'efficienza;
- stimolare l'efficacia ed in particolare la corretta risposta ai bisogni;
- collegare il livello quali-quantitativo del servizio reso con parametri

di risultato (soddisfazione del bisogno, ecc.);

— adottare un sistema di negoziazione budgetaria delle risorse assegnate.

Evidentemente il primo e il secondo criterio sono rispettivamente conseguenze del vincolo economico e del vincolo clinico.

In merito alla risposta assistenziale al bisogno è necessario sottolineare che sono ampiamente documentati nella letteratura sia i rischi di induzione della domanda, con conseguente scorretto (anche eticamente) razionamento delle risorse, sia quelli al contrario di non emersione della domanda per carenza di offerta e di informazione.

Il secondo rischio in campi come la salute mentale (ma anche in altri: prevenzione ecc.) diviene invece rilevante e potenzialmente foriero di esternalità negative (2).

Questa capacità di dilatare e contrarre con un certo grado di arbitrio la domanda espressa e quindi l'erogazione di servizi è un fattore critico nella negoziazione del *budget* e se ne dovrà tenere conto nelle proposte di politica sanitaria.

Per questo motivo riteniamo fondamentale operare collegando il livello quali-quantitativo del servizio reso, con precise ipotesi di soddisfacimento del bisogno in termini di salute realizzata (o percepita), negoziate *ex ante*.

Infine si vuole sottolineare come l'adozione di un sistema budgetario offra l'unica opzione coerente sia con la richiesta di una certezza di spesa, sia con la complessità e mutabilità del comparto sanitario.

Un rigido sistema tariffario (o «quasi-tariffario»), con tetti di spesa e/o attività, a nostro parere non è coerente con il principio di una effettiva incentivazione dell'efficacia e dell'efficienza; appare preferibile che si configuri un sistema di costi di riferimen-

to sulla base dei quali procedere ad una negoziazione basata su elementi di flessibilità.

Di fatto una gestione flessibile del processo negoziale si va già configurando spontaneamente nell'ambito della politica sanitaria regionale.

Ad esempio la regione Lazio (come altre), ove opera il DSM oggetto della sperimentazione, per l'anno 1999 a fronte di una ipotesi di finanziamento delle aziende ospedaliere secondo tariffe prefissate, con tetti di attività anch'essi prefissati, si è prevista anche una opzione alternativa di finanziamento cosiddetta «scalare», introducendo un ulteriore elemento di flessibilità alla negoziazione all'interno del sistema.

Il processo di negoziazione deputato a definire un *budget* dipartimentale richiede in primo luogo il supporto di un valido sistema informativo, capace di fornire e gestire le seguenti informazioni:

- 1) caratteristiche socio sanitarie del bacino di utenza;
- 2) un nomenclatore di servizi che superi la parcellizzazione dell'attuale sistema di tariffazione delle singole prestazioni ambulatoriali;
- 3) un sistema di contabilità analitica capace di valorizzare le singole attività descritte nel nomenclatore;
- 4) un sistema di «generatori» capace di tradurre le caratteristiche socio-sanitarie della popolazione in ammontare quali-quantitativo di servizi da erogare.

La negoziazione verterebbe in particolare sui costi unitari delle attività, onde tenere conto di residue inefficienze logistiche e/o funzionali, come anche di specifiche ambientali locali, sia sulla quantità e qualità di servizi erogabili in rapporto ai bisogni della popolazione.

A consuntivo in caso di erogazione insufficiente di servizi il dipartimento sarebbe proporzionalmente penalizza-

to, mentre nel caso di sfondamento il *budget* sarebbe aumentato solo per le prestazioni rese a cittadini residenti in altre ASL con un meccanismo di compensazione della mobilità.

In questo modo il centro di responsabilità sarebbe:

— incentivato a perseguire una efficienza complessiva, senza privilegiare apparenti efficienze operative opportunisticamente ottenute scoraggiando la domanda o selezionandola;

— incentivato ad ottimizzare la propria organizzazione non potendo contare su ampliamenti di *budget* ottenibili con artificiali induzioni di domanda per singole tipologie di prestazioni.

La negoziazione permetterebbe infine di rendere trasparente i percorsi terapeutici e diagnostici adottati e le ipotesi dei clinici sulle possibilità di ottenere miglioramenti alla salute dei pazienti.

In altri termini diverrebbe necessario definire quale intensità e durata dell'assistenza sia ragionevolmente capace di «aggiungere» salute al paziente, abbandonando la tendenza all'accanimento terapeutico al ricorso a terapie di non comprovata efficacia.

Le difficoltà di implementazione del sistema sono svariate, ma superabili.

In primo luogo, i bisogni terapeutici della popolazione sono in larga misura sconosciuti e/o opinabili.

Ove la carenza conoscitiva non fosse colmabile, l'esperienza storica sull'attività prestata, eventualmente confrontata con quella di altri dipartimenti omologhi, nonché con le evidenze scientifiche, può rappresentare una valida base di partenza.

Per quanto concerne i costi unitari delle prestazioni, lo sviluppo dei sistemi di contabilità analitica potrà colmare le carenze conoscitive.

Piuttosto, è necessario uno sforzo da parte degli operatori e delle loro associazioni scientifiche per descrivere:

— le tipologie di servizi erogabili e i loro contenuti quali-quantitativi in termini di risorse e modalità organizzative;

— i criteri di appropriatezza che definiscono i generatori di attività (ovvero l'erogazione dei servizi).

Nel seguito si descriverà, in questa ottica, la realtà del dipartimento di salute mentale della ASL Rm C, al fine di verificare il livello di implementabilità di un processo negoziale per l'attribuzione di risorse. Un cenno è preventivamente dato sulle attuali fonti di finanziamento della salute mentale, utile a valutare le risorse a vario titolo disponibili per il settore, nonché sulla organizzazione dei DSM a livello nazionale per capire quale sia l'impatto dell'organizzazione adottata sui nuovi processi negoziali.

Segue una analisi delle informazioni reperibili nel DSM della ASL Rm C utili al processo negoziale in oggetto.

4. Le fonti di finanziamento della salute mentale: il quadro nazionale di riferimento

Un'indagine nazionale, condotta a livello regionale dall'Istituto italiano di medicina sociale (3), ha evidenziato che la principale fonte di finanziamento per il settore della salute mentale è attualmente rappresentata dal riparto delle quote capitarie; per semplicità espositiva, anche se in modo improprio, tale voce sarà definita Fondo sanitario nazionale (FSN).

Accanto al finanziamento di provenienza nazionale, oltre la metà delle Regioni (4), ricorre a finanziamenti aggiuntivi tramite risorse proprie, non derivanti quindi dalla quota capitaria, e a questo tipo di finanziamento, in nove Regioni si aggiunge a vario titolo la partecipazione degli Enti locali (5).

Tuttavia il quadro interpretativo dei finanziamenti della salute mentale non si esaurisce nella ripartizione tra i soggetti sopra menzionati (Stato, Regioni, Enti locali); ad esempio in molte Regioni esiste un vincolo di destinazione delle risorse per l'area salute mentale e, all'interno dell'area stessa, talvolta si suddivide ulteriormente il finanziamento per specifiche finalità, quali ad esempio la chiusura degli ospedali psichiatrici.

Nella fase di attribuzione delle risorse alle varie aree assistenziali, quattordici Regioni (6) hanno previsto forme di finanziamento vincolato per la salute mentale, ma con diversa destinazione e fonte.

In particolare nove Regioni vincolano alla salute mentale quota parte del Fondo sanitario regionale di derivazione nazionale (7), mentre sette Regioni vincolano, in modo specifico al finanziamento della salute mentale risorse proprie (8). In particolare due Regioni, Piemonte e Calabria, vincolano alla salute mentale tanto risorse del FSN che risorse proprie.

Va tuttavia precisato che non esiste identità tra vincolo di destinazione e messa a disposizione di risorse regionali per la salute mentale. Infatti non tutte le Regioni che destinano al finanziamento della salute mentale risorse proprie, le vincolano anche ad un settore o attività specifica, configurando, quindi un finanziamento generico a tutta l'area salute mentale. Il vincolo di destinazione a specifiche aree o attività della salute mentale può pertanto sussistere sia con riferimento a risorse di provenienza nazionale, sia di risorse regionali.

In considerazione della varietà di soluzioni adottate dalle Regioni, nel corso dell'indagine si è cercato di classificare le risorse vincolate sulla base della loro destinazione, avendo come riferimento anche la suddivisione tra le prestazioni configurate nel

DPCM dell'8 agosto 1988. Si sono quindi distinte le risorse che sono destinate a prestazioni sanitarie da quelle destinate a prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario pertinenti la salute mentale: in pratica si distinguono le prestazioni strettamente sanitarie da quelle, individuate dal DPCM dell'8 agosto 1988, che sono a cavallo tra sanitario e sociale, pur essendo finanziate con risorse della sanità. Sono infatti queste ultime che hanno generato, maggiori confusioni nel settore e che sono attualmente oggetto di riforma da parte del decreto *ter* e dei successivi decreti attuativi emanandi (tabella 1).

L'analisi ha evidenziato come queste prestazioni trovino, a seconda delle Regioni, fonti diverse di finanziamento, che possono essere alternativamente rappresentate da risorse provenienti integralmente dal FSN o da risorse regionali.

In particolare, sono 4 le regioni (Piemonte, Lombardia, Toscana, Calabria) che esplicitamente vincolano una quota del FSR al finanziamento di tutta l'attività sanitaria e socio-assistenziale di rilievo sanitario pertinente la salute mentale. Nel dettaglio:

— la Toscana vincola alla salute mentale una quota parte del FSR pari al 1,15% (pari al 3,50 % del finanziamento destinato al livello di assistenza territoriale, che assorbe il 45% del FSR);

— la Lombardia vincola alla salute mentale almeno il 5% del FSR;

— il Piemonte vincola alla salute mentale il 2% del FSR e ulteriori risorse regionali sulla base dell'attività svolta;

— la Calabria vincola alla salute mentale parte del FSR per un importo che oscilla tra il 2% e il 5% delle risorse disponibili.

Le regioni Emilia-Romagna, Marche e Molise, coprono invece con finanziamento vincolato del FSR solo una parte dell'attività sanitaria e socio-assistenziale di rilievo sanitario pertinente la salute mentale:

— in Molise il finanziamento vincolato è destinato alle attività di recupero psichiatrico;

— in Emilia-Romagna il finanziamento vincolato è destinato al finanziamento di attività di accoglienza e residenzialità di pazienti dimessi da ex ospedali psichiatrici. L'importo della quota è calcolato sulla base della spesa storica sostenuta dalle ASL per ogni

paziente dimesso dagli OP a partire dal 1978 ed accolto in strutture alternative;

— nelle Marche il finanziamento vincolato è destinato al finanziamento di attività di accoglienza e residenzialità di pazienti dimessi da ex ospedali psichiatrici. L'importo della quota è calcolato sulla base dell'attività svolta; per il superamento degli ospedali psichiatrici e l'avvio di nuove strutture territoriali.

Alcune regioni vincolano parte delle risorse regionali per aspetti specifici legati alla salute mentale; in particolare:

— il Lazio copre con finanziamento vincolato solo una parte dell'attività socio-assistenziale pertinente la salute mentale;

— Friuli, Campania, Sardegna coprono con finanziamento vincolato una parte dell'attività sanitaria e socio-assistenziale di rilievo sanitario;

— l'Abruzzo finanzia con quota vincolata del FSR una parte dell'attività socio-assistenziale pertinente la salute mentale.

Va rilevato che undici Regioni (9) hanno previsto per il 1997 finanziamenti *ad hoc* per il superamento degli ex OP.

Tabella 1 - Riepilogo dei finanziamenti vincolati

	Attività sanitaria e socio-assistenziale di rilievo sanitario	Solo parte della attività sanitaria e socio-assistenziale	Parte della attività socio-assistenziale	Superamento OP
Fondo sanitario regionale	Piemonte Lombardia Toscana Calabria	Marche Molise Emilia-Romagna	Abruzzo	Piemonte Emilia-Romagna Toscana Marche Puglia Calabria
Finanziamento con risorse regionali	Piemonte Calabria	Friuli-Venezia Giulia Campania Sardegna	Lazio Abruzzo	Piemonte Calabria Sardegna Abruzzo Campania

Fonte: Indagine nazionale IIMS su finanziamenti salute mentale 1998.

Le fonti di finanziamento risultano essere:

— il FSN per Emilia-Romagna, Marche, Toscana, Umbria e Puglia;

— il FSN e risorse regionali per Piemonte e Calabria;

— anche risorse comunali per Marche e Calabria;

— solo risorse regionali per Lombardia, Abruzzo, Campania e Sardegna.

Si noti che la questione relativa all'integrazione tra attività sanitarie e sociali è attualmente oggetto di nuova disciplina nel decreto n. 229/99 (art. 3-septies), ove «si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

La necessità di integrazione degli interventi nel settore era già richiamata dai progetti obiettivo salute mentale (attuale ed emanando) che tuttavia lasciano le indicazioni relative alle modalità con cui l'integrazione dovrebbe realizzarsi.

Unico riferimento operativo appare ancora essere il DPCM 8 agosto 1988, ove viene fatta una distinzione tra attività socio-assistenziali di rilievo sanitario a carico degli enti destinati al servizio sanitario e attività socio-assistenziali a carico degli enti locali. Tuttavia queste disposizioni non risultano esaustive per la disciplina della materia, al punto di essere attualmente oggetto di revisione.

La salute mentale rappresenta sicuramente un'area dove la problematica della integrazione è tra le più sentite e dove peraltro, a livello regionale, non esiste unitarietà di soluzioni adottate (10).

La questione appare di una certa rilevanza, anche in considerazione del fatto che il Piano sanitario nazionale non prevede finanziamenti aggiuntivi per i progetti obiettivo, ma che le attività ivi previste, vengano finanziate nell'ambito della «quota parte delle ordinarie risorse del FSN».

Il decreto *ter* tuttavia riaffronta la questione, ma non sembra risolverla, e, se possibile contribuisce a fornire ulteriori elementi di confusione; infatti nel tentativo di organizzare un preliminare riordino della materia introduce una distinzione tra:

— «prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

— prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute».

A questa apparente chiara bipartizione, il decreto sembrerebbe aggiungere un terzo gruppo di prestazioni che denomina «prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria» da individuarsi con successivo decreto, tra le quali vengono con certezza fatte rientrare anche le patologie psichiatriche (11).

Tralasciando, in questa sede, di esaminare in modo analitico, le problematiche che il decreto *ter* lascia irrisolte, limitandosi a rinviare a successivo atto, vanno invece evidenziati gli elementi che contribuiscono a fare chiarezza su alcuni aspetti relativi ai finanziamenti.

Il decreto prevede infatti che:

— le «prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono assicurate dalle AUSL e comprese nei livelli essen-

ziali di assistenza sanitaria» pertanto finanziate tramite risorse destinate alla sanità, anche se non è chiaro se di provenienza nazionale o regionale;

— «prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalle leggi regionali...».

Il decreto *ter* delega infine alle Regioni il compito di definire «i criteri e le modalità mediante i quali i Comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali».

Il decreto n. 229/99 ha attribuito ai Comuni competenza riguardo alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, senza tuttavia precisare con esattezza di quali prestazioni si tratti, e ha rimandato alle Regioni il compito di definire i criteri e le modalità con cui devono integrarsi tra loro. Questa assenza di chiarezza, non tanto nel rinvio alle modalità attuative, che rientra nella sfera di competenza ed autonomia spettante alle Regioni e agli Enti locali, quanto sulla tipologia di prestazioni, certamente non contribuisce a fare chiarezza nel settore che già soffre di congenita confusione.

Allo stato attuale (12) l'indagine condotta dall'IIMS a livello nazionale su tutte le Regioni, ha evidenziato per l'area della salute mentale una forte disomogeneità tra le soluzioni adottate in materia di integrazione tra prestazioni socio-sanitarie nell'area della salute mentale, con particolare riferimento alla partecipazione dei Comuni.

L'altro elemento di rilievo che è emerso nel corso dell'indagine, appare essere la difficoltà incontrata nel condurre la rilevazione, a causa della netta separazione che frequentemente

sussiste tra uffici del settore sanitario e del settore assistenziale presso le Regioni.

Ulteriore elemento di complessità nel settore è sicuramente rappresentato dai processi di chiusura degli ospedali psichiatrici, avvenuti tra il 1998 ed il 1999 (conclusi o che sono in corso di conclusione) la cui popolazione era per più del 50% costituita da soggetti geriatrici il cui costo di assistenza dovrebbe transitare dal settore sanitario a quello socio assistenziale.

Con i limiti descritti, dai dati raccolti si evidenzia che, in nove regioni (13) è prevista una partecipazione, a vario titolo, dei Comuni al finanziamento delle attività pertinenti tale funzione.

Questa partecipazione si sostanzia prevalentemente nella messa disposizione di alloggi, al pagamento di rette per soggetti con basso reddito o nel versamento di assegni economici per soggetti psichiatrici. In particolare:

— le Marche e la Campania prevedono finanziamenti gestiti totalmente dai Comuni che li attribuiscono ai servizi per la gestione di tutte le attività: dalla costituzione di strutture residenziali, alle utenze, agli assegni ecc.;

— l'Umbria prevede una partecipazione dei Comuni limitata alla attribuzione dei fondi per gli assegni economici assegnati alle ASL;

— il Lazio prevede una partecipazione dei Comuni per la costituzione di strutture per attività rieducativa e/o di riabilitazione, attraverso l'attribuzione di fondi direttamente dal Comune alle ASL, e di assegni economici attraverso fondi della Regione attribuiti ai Comuni e da questi ai servizi delle ASL;

— la Lombardia prevede una partecipazione dei Comuni per i soggiorni estivi e contributi economici assegnati mediante trasferimenti da parte della Regione di risorse ai Comuni e da que-

sti ai servizi ASL, oppure direttamente ai servizi del Comune;

— la provincia di Bolzano ha disciplinato in modo analitico le modalità di finanziamento prevedendo la partecipazione dei Comuni con varie modalità: dalla gestione e costituzione integrale di strutture o attività, alla partecipazione in forma integrata con la ASL;

— il Molise prevede una partecipazione dei Comuni per la copertura dei canoni di locazione di strutture residenziali e delle strutture per attività riabilitativa o di rieducazione (attraverso risorse proprie dei Comuni ai suoi servizi), nonché per la costituzione di strutture residenziali e per attività rieducativa (tramite una assegnazione da parte della Regione di risorse ai Comuni e da questi ai servizi ASL);

— la Toscana e l'Emilia-Romagna non prevedono un finanziamento, ma la messa a disposizione di immobili per creare strutture residenziali da parte dei Comuni.

L'indagine condotta ha poi permesso di valutare le modalità di attribuzione delle risorse ai vari centri di responsabilità. Il quadro che ne è emerso risulta notevolmente variegato. In particolare:

— quattro regioni (Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo, Puglia) prevedono l'attribuzione di un *budget*

al DSM, tuttavia il *budget* è costruito con modalità differenti:

in Piemonte è previsto che sia pari al 3% delle risorse attribuite alla ASL, ma in realtà la spesa per la psichiatria supera poi il 4%;

in Friuli-Venezia Giulia esso è calcolato sulla base della spesa storica e della quota capitaria;

in Puglia la previsione normativa non precisa come debba essere calcolato;

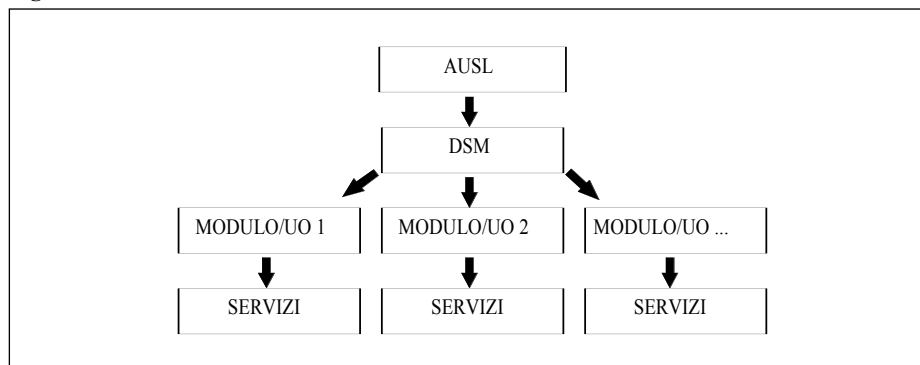
in Abruzzo è calcolato sulla base della popolazione afferente.

Sono invece dieci le regioni (Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Umbria, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna) che prevedono esplicitamente che le risorse debbano essere attribuite al DSM e da questo allocate ai servizi. Anche in questo caso esistono alcune diversità locali:

— il Piemonte e la Toscana non prevedono una attribuzione diretta ai servizi ma una attribuzione dal DSM al modulo e da questo ai servizi territoriali (figura 1);

— la Sardegna prevede una gestione di risorse da parte del DSM solo nel caso di risorse vincolate, mentre negli altri casi le risorse non transitano per il DSM ma vanno direttamente dalla ASL al distretto e da questo ai singoli servizi;

Figura 1 - Modello Piemonte e Toscana



Fonte: Indagine nazionale IIMS su finanziamenti salute mentale 1998.

— l'Emilia-Romagna prevede una attribuzione dalla ASL ai suoi distretti e da questi al DSM (unico per tutta la ASL), il quale provvede alla ripartizione del finanziamento in favore dei servizi (figura 2).

Si deve inoltre rilevare che sette regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Umbria, Campania e Sardegna), pur non avendo previsto un *budget* del DSM, prevedano comunque che questo debba essere l'organismo in cui affluiscono le risorse per la salute mentale della ASL e che esso cura l'assegnazione delle stesse ai servizi sul territorio.

Sono nove le regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Trento, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria) che prevedono una attribuzione diretta delle risorse dalla ASL ai servizi senza passare dal DSM. Queste regioni, non prevedono l'attribuzione di alcun *budget* al DSM.

La Sicilia adotta una configurazione particolare, prevedendo una assegnazione delle risorse al settore salute mentale e tossicodipendenze e da questo al DSM.

Il Lazio è infine l'unica regione che non prevede una modalità specifica di attribuzione di risorse dalla ASL ai servizi: è lasciata alla discrezionalità delle singole aziende la definizione delle modalità con cui effettuare i trasferimenti.

5. Organizzazione ed attività di un DSM: il caso della ASL Rm C

L'analisi svolta ha messo in evidenza la varietà delle soluzioni adottate a livello regionale, tuttavia potrebbe risultare parzialmente insufficiente a valutare le reali problematiche che sottostanno ai processi finanziamento e di spesa dei servizi di salute mentale muovendosi su un piano ancora teorico. Al fine di dare concretezza, agli aspetti trattati, si è ritenuto

opportuno focalizzare l'indagine su un singolo Dipartimento. Lo studio, pur con tutti i limiti dovuti alla assenza di un campionamento, contribuisce tuttavia in modo significativo ad evidenziare le problematiche comuni alla maggior parte dei servizi sul territorio, che denunciano talvolta una assenza di politica budgettaria, talvolta l'assenza di avviati sistemi di contabilità analitica o di sistemi efficienti di registrazione di casi o infine una reale conoscenza epidemiologia del bacino di utenza servito. L'importanza dello studio presentato risiede nella correlazione tra i dati presentati con le modalità di finanziamento attualmente previste e con le problematiche che si aprono nella attuazione del decreto n. 229/99.

La struttura organizzativa del DSM oggetto di sperimentazione presenta una struttura molto articolata a sviluppo piramidale; dalla direzione del Dipartimento dipendono quattro moduli dipartimentali-distrettuali. Ciascun modulo distrettuale si snoda ulteriormente in una struttura ambulatoriale, il Centro di salute mentale (CSM), e in due moduli distrettuali è presente anche un centro diurno (figura 3).

Negli stessi moduli rientrano organizzativamente le due unità per il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), ubicate in aziende ospedaliere autonome.

Di norma, ogni modulo dispone di strutture intermedie per l'alloggio protetto dei propri pazienti, come le cd. case famiglia, ovvero provvede all'inserimento dei pazienti in strutture intermedie private, residenziali e/o semi-residenziali.

Nella realtà della Rm C un solo modulo non dispone direttamente di case famiglia nella sua zona territoriale di competenza (tabella 2).

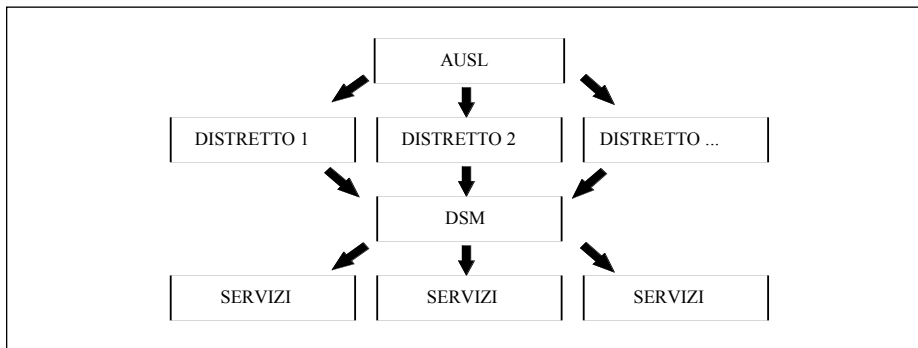
Il Dipartimento di salute mentale ha un bacino di utenza stimato in 484.933 abitanti; nel 1997 erano in carico (la sola area territoriale compresi i Centri diurni) 3.075 pazienti a fronte di un personale di 218 unità suddivise per qualifica come rappresentato in tabella.

Il centro di salute mentale svolge in primo luogo attività di accoglienza dei pazienti e provvede poi alle terapie del caso; sono di competenza del CSM anche le visite di medicina legale ed il servizio d'emergenza psichiatrica.

L'attività svolta può essere in questo senso così riassunta per macro aree:

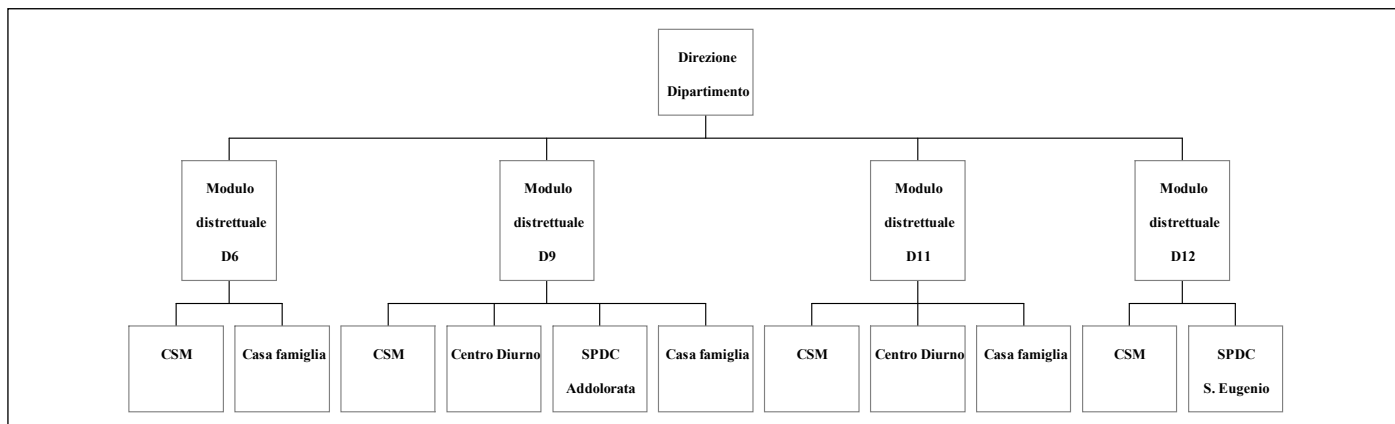
— accoglienza: indica la fase di prima valutazione dell'utente che si rivolge al servizio per la prima volta o che ritorna dopo aver concluso un precedente trattamento; ha come obiettivo l'analisi della domanda espressa, la definizione di eventuali problemi psicologici o psichiatrici, la formulazio-

Figura 2 - Modello Emilia-Romagna



Fonte: Indagine nazionale IIMS su finanziamenti salute mentale 1998.

Figura 3 - Grafico dei centri di responsabilità



Fonte: Indagine sperimentazione IIMS-DSM AUSL Roma C.

Tabella 2 - Personale, e costi del personale del DSM-AUSL Roma C

Qualifica	Unità	Costo	Costo medio per figura professionale	Figura professionale relazione al bacino di utenza *
Medici	46	4.581.934.790	99.607.278	0,09
Psicologi	29	2.237.750.702	77.163.817	0,06
Infermieri	89	3.746.678.972	42.097.517	0,18
Assistenti sociali	18	706.613.075	39.256.282	0,04
Ausiliari	7	290.713.529	41.530.504	0,01
Sociologi	2	146.276.044	73.138.022	0,04
Sumai	18	1.103.771.918	61.320.662	0,04
Amministrativi	5	190.320.607	38.064.121	0,01
Altro personale	4	617.057.310	154.264.328	0,01
Totale	218	13.621.116.946	62.482.188	0,45

* Dato per 1.000 abitanti.

Fonte: Indagine sperimentazione IIMS-DSM AUSL Roma C.

ne di un'ipotesi diagnostica (di competenza di un medico e/o uno psicologo) e di un'ipotesi di progetto terapeutico, la discussione del caso in *équipe* e quindi alternativamente l'assegnazione del caso all'operatore incaricato oppure la registrazione sulla lista d'attesa;

— cura e riabilitazione extra ospedaliera: indica la fase del trattamento vero e proprio e comprende tutte le attività cliniche e di supporto che vengono effettuate fino alla conclusione della cura;

— ricovero ospedaliero: è la proposta di ricovero formulata in fase di accoglienza o di trattamento;

— attività di supporto direttamente ascrivibile al singolo paziente: indica tutte le attività non cliniche di supporto al trattamento individuale (familiare, di coppia, di gruppo), come per esempio la programmazione del progetto terapeutico;

— attività di supporto non direttamente ascrivibile al singolo paziente: comprende tutte le attività svolte dal

servizio quali organizzazione, formazione, aggiornamento.

Per quanto concerne le attività del centro diurno, sia nella fase di accoglienza che del trattamento clinico, esse si concretizzano in una serie di attività risocializzanti nelle quali i pazienti sono impegnati per l'intero arco della giornata.

Per queste attività il centro usufruisce di un finanziamento comunale.

Per quanto riguarda l'attività connessa ai pazienti inseriti nelle varie strutture intermedie, il personale del

Dipartimento si limita alle visite presso le case famiglia e le case alloggio.

Il calcolo del volume delle prestazioni ha generato un primo problema metodologico, che è sostanzialmente comune a tutti i servizi, ed è rappresentato dall'assenza di una identificazione tra le prestazioni indicate a livello di nomenclatore nazionale (data la non esaustività ormai acclarata di quest'ultimo) e le prestazioni realmente rese dal Dipartimento. Quest'ultimo infatti ha creato un sistema di classificazione originale che tiene conto di tutte le attività e prestazioni effettuate. Tuttavia lo scollamento tra quanto previsto a livello di nomenclatore e la prassi, ha reso necessaria successivamente, un'opera di riorganizzazione dei dati raccolti al fine di renderli comparabili e formulare delle ipotesi sulla congruità di un ipotetico finanziamento erogato sulla base del sistema tariffario o di altri sistemi proposti.

Le prestazioni rese nelle strutture che compongono un DSM sono molteplici: nella tabella 3 si è adottata la classificazione originale utilizzata nel Dipartimento della ASL Rm C.

Notiamo subito come venga considerata un'unica attività tutta la fase di accoglienza, ovvero le procedure legate alla presa in carico del paziente, la prima visita, la diagnosi di ammissione sino alla definizione del progetto terapeutico.

Maggior dettaglio è utilizzato per le visite (psichiatriche e psicologiche), la psicoterapia, le consulenze rese, la somministrazione test e farmaci, i colloqui (sociali, infermieristici e di *follow-up*) nonché la medicina legale e la certificazione.

Le proposte di ricovero dei pazienti (in strutture pubbliche, private, e con TSO) (14) vengono considerate tra loro diverse, e come tali distinte in tre voci, così come a parte viene considerata l'attività di controllo dei pazienti nelle strutture esterne.

Gli interventi (di sostegno, sulla crisi, di assistenza economica e di tutela giuridico legale) sono a loro volta considerati come prestazioni differenti le une dalle altre.

Infine sono classificate le varie tipologie di attività svolte dai pazienti ai fini riabilitativi, nonché la promozione, il sostegno e la verifica degli inserimenti dei pazienti stessi nelle strutture intermedie.

6. La valorizzazione dell'attività del DSM

Nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali del Ministero della sanità, sono tariffate alcune prestazioni

relative all'assistenza psichiatrica (v. tabella 4).

Evidentemente solo una piccola parte delle prestazioni svolte dai DSM in generale ed anche dal DSM della AUSL Roma C trova riscontro nel tariffario.

Cercando ora di tenere conto delle nuove disposizioni introdotte dal decreto n. 229/99 si potrebbero considerare questo gruppo di prestazioni come quelle identificabili in attività e pertanto, suscettibili di finanziamento secondo un regime tariffario.

Il decreto fa quindi rientrare, in un certo qual modo in via residuale, tutte le altre prestazioni fra quelle non tariffate che potrebbero pertanto costituire

Tabella 3 - Prestazioni 1997 del DSM Rm C

Tipo di prestazione	Numero
Accoglienza	2.787
Visita psichiatrica	18.546
Visita psicologica	1.683
Psicoterapia	17.277
Intervento di sostegno	6.780
Intervento sulla crisi	330
Consulenza	441
Proposta di ricovero volontario in struttura pubblica	143
Proposta di ricovero volontario in struttura privata	174
Proposta di ricovero con TSO	106
Somministrazione test	360
Certificazione	464
Medicina legale	421
Appuntamento mancato	3.596
Controllo in clinica e str. intermedia	284
Somministrazione farmaci	7.513
Attività ludico ricreative	2.049
Attività ginnico sportive	687
Attività espressive	2.566
Attività di laboratorio	10.092
Attività per abilità sociali	3.392
Promozione, sostegno e verifica inserimento in strutture sanitarie esterne	474
Promozione, sostegno e verifica inserimento sociale	917
Promozione, sostegno e verifica gruppo familiare	787
Intervento assistenza economica	389
Intervento tutela giuridico legale	235
Colloquio sociale	2.100
Colloquio infermieristico	1.163
Colloquio di <i>follow-up</i>	239
Totale	85.995

Fonte: Direzione del Dipartimento di salute mentale ASL Rm C.

Tabella 4 - Nomenclatore nazionale delle prestazioni relative alla psiche

Nomenclatore nazionale delle prestazioni relative alla psiche	Tariffe
Somministrazione di <i>test</i> di intelligenza	8.800
Somministrazione di <i>test</i> di deterioramento o sviluppo intellettuale	30.000
Somministrazione di <i>test</i> della memoria	11.300
<i>Test</i> della scala di memoria di Wechsler	11.300
Somministrazione di <i>test</i> delle funzioni esecutive	11.300
Somministrazione di <i>test</i> delle abilità visuo-spaziali	11.300
Somministrazione di <i>test</i> proiettivi della personalità	15.000
Esame della afasia	52.500
<i>Test</i> di valutazione della disabilità sociale	11.300
<i>Test</i> di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping	11.300
Colloquio psicologico clinico	37.500
Colloquio psichiatrico	37.500
Visita psichiatrica di controllo	25.000
Psicoterapia individuale	37.500
Psicoterapia familiare	45.000
Psicoterapia di gruppo (per seduta e per partecipante)	18.800

Fonte: Nomenclatore nazionale delle prestazioni ambulatoriali

funzioni assistenziali. Va tuttavia ricordato come anche con riguardo a queste prestazioni attualmente non tariffate siano stati svolti studi che hanno tentato di fissare per esse tariffe specifiche, in questo modo pertanto potrebbero anch'esse rientrare nuovamente all'interno dell'area dell'attività tariffate ampliando quella attualmente prevista.

Le proposte in tal senso avanzate trovano un punto di partenza comune nell'idea di valutare le singole prestazioni utilizzando il tempo medio dedicato ad esse da parte degli operatori, assumendo così che la principale risorsa assorbita sia quella riferita al personale.

Tuttavia questi sistemi presentano un significativo problema di fondo difficilmente sormontabile, e che forse ha costituito il motivo per cui il legislatore nazionale non ha ancora proceduto ad un ampliamento del nomenclatore nazionale: ci si riferisce alla difforme valutazione dei tempi medi di esecuzione delle prestazioni. Questo aspetto rende estremamente difficile, quale che sia la proposta tariffaria adottata, un eventuale finanziamento basato su di esse in quanto rischier-

be di risultare non congruo al reale fabbisogno.

Tuttavia nonostante le difficoltà sopra descritte si è cercato di fare uno sforzo teso a valutare una eventuale proposta di finanziamento, pressoché integrale del DSM, tramite regime tariffario. A questo fine è stata realizzata una simulazione sulla base delle proposte tariffarie rispettivamente della ASL Roma E (15) e della Società italiana di psichiatria (SIP) (16). Lo studio ha evidenziato una copertura dei costi compresa fra il 38% (Roma E) e il 31% (SIP), per l'area territoriale, ed una copertura dei costi compresa rispettivamente fra il 127% (Roma E) e il 46% (SIP), per i Centri diurni.

Emerge quindi un'estrema difficoltà nel percorrere la strada del finanziamento dei servizi psichiatrici tramite tariffazione e la necessità di approfondire l'analisi dei cosiddetti costi *standard* delle prestazioni. In primo luogo ridefinendo il «nomenclatore» delle prestazioni, individuando le funzioni assistenziali ai sensi del D.L.vo n. 229/99 (ovvero servizi non standardizzabili per intensità assistenziale o durata, o ad elevata integrazione), e il loro contenuto medio in termi-

ni di attività svolte e/o di fattori produttivi assorbiti.

Tale operazione è attualmente in corso presso il DSM della ASL Rm, e sarà oggetto di un futuro lavoro.

Si possono intanto anticipare alcune scelte metodologiche. In primo luogo per procedere alla individuazione di costi *standard* per le singole attività nonché per i fattori produttivi si è tentato di ricostruire in primo luogo il bilancio del DSM.

Si è potuto apprezzare, come previsto, la predominanza del costo del personale, che è pari al 54% del costo del DSM.

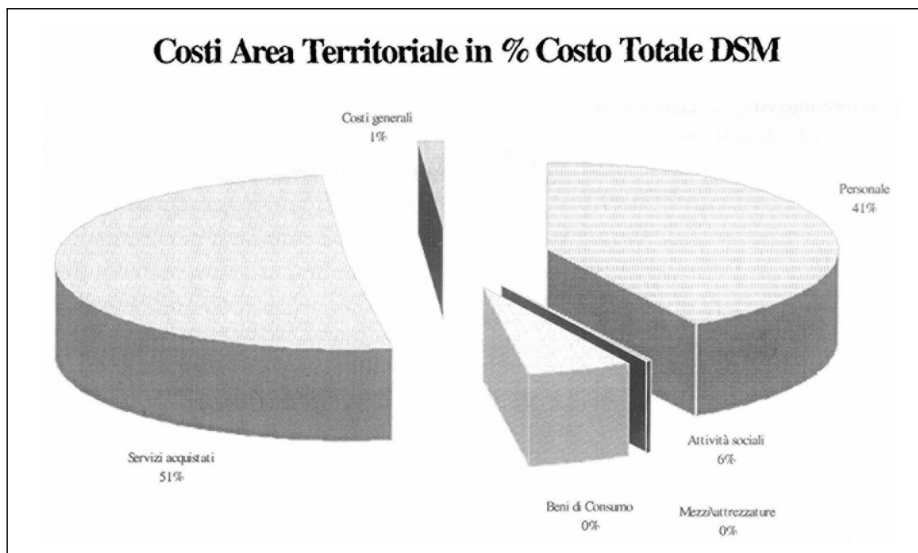
Problematica di non facile soluzione è quella legata all'acquisto di servizi da strutture private accreditate, che da sole rappresentano il 38% degli esborsi del DSM. Per tali servizi, non essendo possibile ricostruire il costo efficiente per prestazione, la strada più semplicemente praticabile appare essere quella del *benchmarking* con i prezzi/rette applicati in altre realtà locali (figura 4).

Per quanto concerne la determinazione del costo *standard* per le funzioni assistenziali appare elemento indispensabile la definizione di protocolli diagnostico terapeutici.

Lo stesso Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 si muove in tale direzione ove prevede, a livello nazionale, l'adozione di linee di indirizzo sulla metodologia e i criteri fondamentali la stesura ... delle linee guida e procedure di consenso professionale per una buona pratica clinica. A livello di singolo DSM il disposto è ancor più stringente ove prevede che entro 24 mesi dall'entrata in vigore del progetto obiettivo i DSM debbano adottare linee guida e processi di consenso professionali per una buona pratica clinica su almeno un certo numero di temi.

Per quanto riguarda il DSM oggetto di indagine, in carenza di protocolli

Figura 4



Fonte: Ricerca IIMS Indagine sulla qualità in psichiatria 1998.

diagnostici unanimemente condivisi, si sta procedendo in tal senso, sulla base della esperienza storica e di processi di consenso tra specialisti.

È infatti importante che si raggiunga, se non una perfetta unanimità di consensi per ciò che concerne lo stretto intervento terapeutico e clinico almeno un accordo su protocolli o linee guida che, pur lasciando margine di discrezionalità, garantiscano almeno, per situazioni patologiche ed ambientali simili, un pari assorbimento di risorse, tale da consentire di definire costi *standard* per funzioni assistenziali su cui costruire e contrattare *budget* dipartimentali.

Ulteriore problema è rappresentato in fase negoziale dal collegamento tra funzioni assistenziali e bacino di utenza.

In relazione a tale aspetto, mediante l'elaborazione dei dati clinici e terapeutici rilevati (patologia, le caratteristiche anagrafiche, le condizioni socio-familiari, terapie in atto ecc.), nel DSM Roma C, si sta cercando di individuare il principale generatore (o i generatori) di domanda assistenziale vale a dire le variabili che indu-

cono il maggiore assorbimento di risorse.

In definitiva emerge la necessità di far migrare la contabilità analitica da una logica di struttura per centri di costo ad una per processi assistenziali, ovvero per utente del servizio.

Ciò è reso particolarmente difficile dalla non ancora completa implementazione del controllo di gestione nei servizi coinvolti nella sperimentazione.

7. Conclusioni

Le indagini realizzate hanno evidenziato alcune delle problematiche legate all'avvio della nuova disciplina sul finanziamento delle funzioni assistenziali ed in particolare dell'area della salute mentale. Alcuni aspetti sono di ordine interpretativo dello stesso articolato, altre sono relative agli aspetti attuativi.

Lo spirito della riforma *ter* sembra sostanzialmente improntato ad una razionalizzazione dell'offerta dei servizi, e all'introduzione di modalità di indirizzo e controllo della spesa anche in quei settori ove, per caratteristiche le-

gate alla tipologia di prestazioni appare più difficile introdurre meccanismi di programmazione e gestione della spesa. In particolare il settore della salute mentale appare, in modo paradigmatico, uno dei settori dove è più difficile introdurre meccanismi che superino il sistema del finanziamento a piè di lista e questo in considerazione della frequente cronicità delle patologie, l'assenza di protocolli diagnostici unanimemente condivisi, una estrema varietà di modelli organizzativi dei servizi presenti sul territorio, una assenza di «glossario» condiviso nella denominazione dei servizi, una certa ambiguità, che talvolta contraddistingue le prestazioni o i servizi a cavallo tra sociale e sanitario, aspetto quest'ultimo che viene spesso affrontato con soluzioni legate a situazioni contingenti.

Su questo complesso quadro il decreto si muove alla ricerca di una soluzione di compromesso, non sempre felicemente raggiunta, tra tre soggetti: Stato, Regioni e servizi. Da un lato è avvertita la necessità di contenimento della spesa, esigenza avvertita soprattutto a livello centrale; dall'altro la necessità di garantire autonomia alle Regioni, pur evitando che si creino pericolosi «buchi neri» nella gestione della spesa; al contempo è anche indispensabile garantire l'autonomia ai servizi e salvaguardare la professionalità e la capacità di autonoma determinazioni degli operatori.

Solo se si tiene conto di queste tre «forze centrifughe», entro le quali si muove il decreto, è possibile comprendere la logica delle scelte fatte; quali i tetti di spesa fissati forse, più nell'ottica delle risorse disponibili, che in quella della risposta alla domanda di assistenza, la negoziazione riconosciuta alle Regioni e la libertà di programmazione dei servizi, ma in ambiti predefiniti e fortemente delimitati, la programmazione dell'assisten-

za e del *budget* a livello locale nel rispetto della specificità dei singoli operatori.

Le indagini realizzate hanno evidenziato le difficoltà in cui si muove l'attuazione della soluzione prescelta dal decreto *ter*.

1) Manca spesso un sistema informativo efficiente in grado di fornire dati sui costi e sulla loro articolazione, e anche qualora sia stata implementata una contabilità analitica per centri di costo questa è insufficiente per elaborare costi *standard* per attività e funzioni assistenziali.

2) Esistono sostanzialmente ventuno sistemi diversi di funzionamento dei servizi e di attribuzione delle risorse.

3) In generale l'attività di programmazione che viene svolta a livello regionale è carente di una conoscenza precisa delle risorse disponibili. Ne segue una tendenza a realizzare una politica di programmazione che tiene solo parzialmente conto delle modalità con cui vengono finanziati i servizi esistenti, provocando difficoltà nell'attuare degli interventi di potenziamento o modificazione dei servizi che comportano trasferimento di risorse.

4) Esiste un basso livello di comunicazione tra il settore dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali, aspetto che appare più preoccupante in una politica per la salute mentale di cui dovrebbe costituire uno degli elementi essenziali di sviluppo. Inoltre la situazione è aggravata dal fatto che il 1998 ha rappresentato l'anno di definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici la cui popolazione è per circa il 70% composta da utenti di tipo geriatrico.

5) Le risorse attribuite sono difformi e non c'è chiarezza sull'integrazione con il socio-assistenziale.

6) I processi negoziali probabilmente dovranno adattarsi a strutture organizzative anch'esse difformi e poco strutturate.

7) Sono generalmente adottati nomenclatori di prestazioni non utili in termini di aggregazione per funzioni assistenziali.

8) Manca una evidenza sui generatori di intensità e/o durata del servizio.

9) Sono da costruire ipotesi condive sui bisogni reali del bacino di utenza, e sui protocolli diagnostici e terapeutici da adottare.

In conclusione, l'inaugurazione di un processo negoziale senza un potenziamento del supporto informativo rischia di giungere ad accordi che non premiano l'efficacia e l'efficienza della gestione, o quanto meno rischiano di creare impropri conflitti fra questi due obiettivi, salvaguardando unicamente l'economicità intesa in senso contabile del servizio.

In carenza di uno sforzo culturale per definire con precisione standard di servizio e protocolli diagnostici e terapeutici, la funzione assistenziale rischia di divenire una semplice traduzione dell'attuale struttura organizzativa, pagata per la sua «esistenza» e non per il suo risultato.

Il processo negoziale molto probabilmente assumerà infatti connotati diversi nelle varie realtà locali: in carenza di standard di riferimento condivisi è facile immaginare che il modello prevalente sarà quello della negoziazione pura, che definirà un *budget* prospettico onnicomprensivo.

Se questa scelta è certamente coerente con i vincoli di economicità, essa ha il limite di non permettere una analisi incrociata del costo-efficacia delle terapie adottate (o quanto meno riduce la potenzialità dell'approccio relegandolo ad un momento diverso da quello negoziale), in controtendenza con i moderni approcci all'evidence based health care.

In modo pragmatico ci si può augurare che almeno in alcune realtà locali il processo negoziale possa fondarsi sulla definizione di *standard* di servi-

zio per singola tipologia di bisogno, e su questa ipotesi proseguirà la ricerca; tali *standard* certamente rappresenterebbero una utile base di partenza per una discussione interna ai Dipartimenti di salute mentale, che nel futuro potrà portare ad una condivisione di approcci assistenziali ed organizzativi verificati sia per la loro efficacia che per la loro efficienza.

(1) Nelle recenti ipotesi di federalismo fiscale che sono state a vario titolo proposte, i FSR sarebbero alimentati da compartecipazione alle imposte, e dopo tre anni cadrebbe anche il vincolo di destinazione. Su questo quadro andrebbe evidentemente ridefinito il ruolo dei livelli essenziali di assistenza.

(2) A titolo esemplificativo per un approfondimento specifico sui servizi psichiatrici ove si evidenziano correlazioni tra offerta e domanda di servizi vedasi Stefani M. ed altri (1996), «Descrizione dell'assistenza psichiatrica ambulatoriale nel Lazio nel periodo 1989-1992», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5, 1.

(3) L'indagine sulle modalità di finanziamento della salute mentale a livello regionale è stata condotta nel 1998, nell'ambito di un progetto di ricerca dell'Istituto italiano di medicina sociale denominato «Qualità in psichiatria».

(4) Regioni che partecipano al finanziamento della salute mentale con risorse proprie: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Sardegna.

(5) Regioni in cui è prevista la partecipazione degli Enti locali: Piemonte, Lombardia, Provincia di Bolzano, Umbria, Toscana, Marche Lazio, Campania, Calabria.

(6) Regioni che hanno vincolato risorse alla salute mentale: Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sardegna.

(7) Regioni vincolano alla salute mentale quota parte del Fondo sanitario regionale di derivazione nazionale: Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Puglia, Abruzzo, Molise e Calabria.

(8) Regioni che vincolano alla salute mentale risorse proprie: Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Campania, Abruzzo, Calabria e Sardegna.

(9) Regioni che hanno previsto finanziamenti *ad hoc* per il superamento degli ex OP:

Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sardegna.

(10) Per maggiori approfondimenti sulle modalità di integrazione Cozza M., Laurita S., Napolitano G. (1992), «Organizzazione del servizio di salute mentale in Italia: la normativa e la diffusione dei servizi sul territorio», Ed. IIMS, Roma; aggiornamento Cozza M., Napolitano G. (1996), «Organizzazione del servizio di salute mentale in Italia: la normativa e la diffusione dei servizi sul territorio», Ed. IIMS, Roma; Atti Convegno organizzato da Comune di Roma il 10 maggio 1995 «Il Sociale la Psichiatria».

(11) La materia dovrebbe essere disciplinata in modo più analitico tramite l'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 2, c. 1, lett. n) di cui alla legge n. 419/98, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto *ter*, su proposta del Ministero della sanità.

(12) Si veda nota 3.

(13) Lombardia, Provincia di Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Molise e Campania.

(14) Trattamento sanitario obbligatorio.

(15) Piccione R. (1995), «Il processo di valutazione nel Dipartimento di salute mentale Roma E».

(16) Smith Kline, S. Nieddu (1997), «Studio sui costi in salute mentale», Società italiana di psichiatria.

BIBLIOGRAFIA

- CAMAPAN A., CLERICI M., DORELL K., GARGHENTINI G., MARCHESINI A., SCARONE S. (1998), «Valutazione ad un anno dei percorsi terapeutici assistenziali in una UOP milanese. Ottimizzazione della presa in carico e continuità terapeutica», *Rivista di Psichiatria*, 33, 1.
- CARPANI G. (1998), «Le prospettive del Servizio sanitario tra le istanze di un regionalismo "forte" e la necessità di un rinnovato coinvolgimento dei comuni», *Sanità pubblica*, n. 11-12.
- CERGAS UNIVERISTÀ BOCCONI (1999), *I meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie progetto Federfarma*, Relazione presentata alla settimana sulla Pubblica amministrazione.
- CHIAPPELLI M. ed altri (1997), «I pazienti quotidiani: follow up a tre anni di un gruppo di utenti di un centro di salute mentale cittadino», *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 6, 2.
- CINCAGLINI P., FERRANNINI L., PELOSO P.F. (1998), «Appunti su aziendalizzazione e soggettività nei servizi psichiatrici», *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, vol. 16, n. 3, sett.-dic.
- CIVENTI G. ed altri (1996), «I Servizi psichiatrici in Lombardia dal 1983 al 1993: linee di tendenza e interazioni tra indicatori di struttura, personale e attività», *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 5, 3.
- COCCHI A., CIVENTI G., LORA A., BLACO R. (1993), «Durata degli interventi territoriali nei servizi della regione Lombardia», *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 2, 2.
- COCCHI A. (1998), «Economia sanitaria e organizzazione dei servizi di salute mentale», *Rivista sperimentale di freniatria*, n. 4, dic.
- COI M. (1998), *Rapporto di ricerca su DSM Roma C «Indagine sulla qualità in psichiatria e finanziamento dei servizi»*, IIMS non pubblicato.
- CUCURULLO C., LONGO F. (1999), «Modelli di finanziamento regionali in sanità, strategie per il territorio e medicina di base», *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 6.
- DSM BERGAMO (1997), *Confronto dei costi di sei strutture psichiatriche*, lavoro presentato nel 1997 in un convegno a Bergamo.
- FOGLIETTA F. (1997), «Le ragioni dell'integrazione per superare la crisi dei servizi sociali», *Prospettive sociali e sanitarie*.
- LORETI P., COLTELLACCI M. (1996), «Spesa, finanziamento e disavanzi del S.S.N.», *ASI*.
- NAPOLITANO G., LABONIA L. (1998), *Rapporto di ricerca su finanziamento dei servizi di salute mentale «Indagine sulla qualità in psichiatria e finanziamento dei servizi»*, IIMS non pubblicato.
- PERCUDANI M.E., KNAPP M. (1998), «La prospettiva economica nell'assistenza e nel trattamento dei pazienti con diagnosi di schizofrenia», *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 7, 3.
- PIANTINO G. (1998), «Il federalismo fiscale: prospettive di attuazione», *Rivista dottori commercialisti*, n. 1.
- RICCIARELLI G. (1999), «Dalla delega n. 421/92 alla riforma *ter*», *Panorama della sanità*, n. 28, luglio.
- RUGGERI M., DALL'AGNOLA R., BISOFFI G. (1993), «La misurazione delle aspettative e della soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari nei confronti dei servizi psichiatrici territoriali: la validazione della VECS e della VSSS. 2. Sensibilità e validità del contenuto», *Epidemiologia e psichiatria sociale*.
- RUGGERI M., TANSELLA M. (1994), «L'efficacia in psichiatria», *Epidemiologia e prevenzione*.
- SACCANI C.F. (1997), «L'utilizzo dei protocolli nel SSN», *Salute e territorio*, n. 104.
- SANINO M. (1996), «Il Finanziamento del Servizio sanitario nazionale», *Consiglio di Stato*, n. 7-8, pt. 2.
- SARACENO C. (1997), «Spesa pubblica, spesa sociale, spesa per l'assistenza», *Prospettive sociali e sanitarie*.
- SCAPICCHIO P.L. (1998), «I servizi territoriali psichiatrici», *Archivio di psicologia neurologia e psicologia*, n. 1, gen.-feb.
- ZANOLA R. (1999), «Il trasferimento del Fondo sanitario nazionale alle regioni: una analisi critica», *Ragiusan*, n. 176.
- ZANONI M., PADRONE D. (1996), «Finanziamento, tariffe e valutazione dei servizi psichiatrici», *Organizzazione sanitaria*, n. 4-5.

I COSTI DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A IMPIANTO DI PACEMAKER

A. Di Maio¹, V. Mapelli¹, G. Biino¹, M. Paglione², A. Pistorio³, F. Frattini³, G. Marinoni³, A. Marinoni²

¹ Istituto di Economia Sanitaria, Milano

² Dipartimento di Scienze Sanitarie e Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia

³ IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Materiali e metodi - 2.1. Risorse individuali - 2.2. Risorse delle strutture sanitarie - 2.3. Determinazione dei costi - 3. Risultati - 4. Osservazioni conclusive.

The pacemaker implantation is actually considered all over the world as an essential and effective device in many heart diseases. Nevertheless, few economic evaluation has been conducted in terms of costing alternative pacemaker devices and implantation (e.g. single vs. dual chamber pacing), none of which in Italian settings. We present here a cost identification analysis carried out in a large University Hospital in Italy. METHODS: By means of a questionnaire, the study has determined the total treatment costs (full hospital costs), from baseline diagnostic procedures to follow-up, of 203 patients enrolled from 1/1/1996 to 1/4/1997 at the Cardiology Department of S. Matteo Hospital, Pavia. The costs per patient have been differentiated by treatment phase (baseline, implantation, follow-up), type of pacemaker device, hospital care (inpatient vs. day hospital) and Diagnostic Related Group to assess possible cost differences. RESULTS: Average cost per patient resulted 9,230,000 Italian Lire (ItL.) in 1996. The surgical procedure cost was 92% of the total costs, and the pacemaker device alone was 61.8%. The study found a considerable variation of costs per patient associated to the type of pacemaker device and the number of catheters implanted (range: ItL. 8,084,000 for single chamber pacing to ItL. 11,314,000 for dual chamber pacing). A comparative analysis with the Regional and National DRG tariffs showed positive economic results for the hospital studied and the need for more realistic prices.

1. Premessa

Negli ultimi decenni i sistemi sanitari dei paesi industrializzati hanno registrato una crescente diffusione di nuove tecnologie sanitarie. Il progresso tecnico ha conosciuto un elevato tasso di evoluzione per tutte le tecnologie sanitarie, che rientrano nella classica definizione dell'*Office of Technology Assessment* (U.S.A): «l'insieme dei farmaci, delle tecniche, delle procedure mediche e chirurgiche, dei sistemi organizzativi e di supporto impiegati nell'erogazione dell'assistenza» (Drummond, 1987).

Tale processo ha prodotto benefici ed effetti controversi. L'introduzione di una nuova tecnologia sanitaria non sempre contribuisce ad un reale miglioramento dello stato di salute dei pazienti, ma talvolta genera un au-

mento ingiustificato dei costi e una dilatazione dei consumi sanitari. A fronte dei costi addizionali (di investimento, gestione, formazione del personale) non sempre si manifestano miglioramenti quantitativi e qualitativi del «prodotto salute».

Per via di questi effetti, gli studiosi avvertono l'esigenza di affiancare alle tradizionali indagini cliniche (efficacia e sicurezza d'uso) indagini miranti a valutare la convenienza sociale di tali investimenti (confronto costi e risultati). L'analisi economica rappresenta lo strumento per affrontare il problema dell'allocazione ottimale delle risorse scarse, tra cui la tecnologia sanitaria, nelle diverse fasi del suo sviluppo (ricerca, sperimentazione, introduzione nella pratica medica, diffusione geografica, frequenza d'uso, verifica

della convenienza di impiego). Essa, infatti, può aiutare il *decision-maker* a:

- accettare o rifiutare l'introduzione di una nuova tecnologia, quando questa si ponga come alternativa ad una già in uso, ovvero quando la medesima presenti un incerto profilo costi-benefici;

- individuare il più opportuno range di applicazioni prima della sua diffusione su larga scala;

- stabilire i bacini di utenza minimi, la distribuzione geografica più conveniente e la frequenza d'impiego ottimale;

- migliorare l'uso delle risorse allocate nel settore, mediante sostituzioni o disinvestimenti, sottoponendo a verifica o revisione i presupposti di impiego delle tecnologie sanitarie.

L'impianto di *pacemaker* è una procedura da lungo tempo diffusa nella pratica medica corrente, che in seguito al progresso strumentale si avvale di un'ampia gamma di soluzioni sempre meno invasive, più sofisticate e aggiornate, con alti costi d'acquisto dello stimolatore, dei cateteri e delle terapie associate. Il crescente numero di impianti è anche giustificato, com'è ovvio, dall'aumentata incidenza della patologia aritmica, di cui il *pacemaker* costituisce il principale presidio terapeutico (Braunwald, 1988). Tuttavia, nella letteratura specializzata italiana non esistono studi aggiornati sul costo di impianto del *pacemaker*, né sui costi e sui benefici addizionali associati ad un affinamento della sua tecnologia per renderlo più aderente alle esigenze dei pazienti con problemi cardiaci. Oggi, gli stimolatori cardiaci si distinguono in due grandi categorie, monocamerale e bicamerale, impiantati alternativamente secondo la natura dell'aritmia e la probabilità che essa possa persistere o recidivare. L'evoluzione tecnologica degli ultimi anni ha poi prodotto un nuovo dispositivo *pacemaker* «rate-responsive», ovvero a frequenza programmabile e variabile, che dovrebbe ulteriormente migliorare la capacità funzionale dei pazienti aritmici. Senza entrare in dettagli tecnici, si può dire che la funzione «rate-responsive» è disegnata per riproporre in maniera più precisa le caratteristiche del cuore sano (Dodinot, 1990).

Considerata l'attualità dell'argomento, nel 1996 si è deciso di implementare un progetto di ricerca dal titolo «Valutazione dell'efficacia e analisi dei costi dell'impianto di *pacemaker*», finanziato con i fondi della ricerca finalizzata dall'IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia. Tale progetto si proponeva di:

— stimare i costi dei pazienti con patologia aritmica sottoposti a impianto di *pacemaker* o sostituzione

della fonte di alimentazione (pila elettrica) del *pacemaker* (1);

— individuare i fattori clinico-epidemiologici influenti sui costi (età, sesso, stato civile, abitudini di vita, diagnosi, presenza di malattie concomitanti);

— valutare il miglioramento della qualità della vita dei pazienti dopo l'intervento.

In questo articolo vengono presentati i metodi di calcolo e i principali risultati dell'analisi economica relativa ai costi di impianto di *pacemaker* o di sostituzione della fonte di alimentazione sul campione di pazienti studiato e al confronto tra i costi e le tariffe per DRG (*Diagnosis Related Group*) corrisposte per i ricoveri. I risultati sui fattori determinanti dei costi dell'impianto di *pacemaker* sono in corso di pubblicazione altrove (Paglione *et al.*, 2000) mentre sono in fase di elaborazione i dati relativi alla qualità della vita.

2. Materiali e metodi

Per la valutazione dei costi di impianto di *pacemaker* o di sostituzione della fonte di alimentazione si è adottata la prospettiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Sono stati pertanto esclusi i costi sopportati dai pazienti e dalle loro famiglie (ad esempio, correlati al tempo libero sacrificato) ed i costi sociali (connessi con l'eventuale perdita di produttività).

I costi sono distinti secondo le tre fasi in cui si articola l'intervento: (i) la fase basale, che comprende la visita diagnostica pre-impianto, (ii) la fase di impianto, che riguarda l'intervento chirurgico (comprende anche la procedura di sostituzione della fonte di alimentazione) e (iii) la fase di *follow-up* che copre il periodo di degenza successivo all'intervento e la prima visita di controllo (8-10 giorni dopo la dimissione ospedaliera) (2). Il tratta-

mento ospedaliero del paziente comprende tutte le tre fasi.

In mancanza di un sistema di contabilità analitica nell'ospedale di riferimento, si è adottato un metodo di calcolo dei costi di tipo *bottom-up*. Questo metodo ha assunto come punto di avvio la rilevazione dei costi relativi alle procedure diagnostiche, terapeutiche e chirurgiche praticate direttamente ai pazienti. Si è proceduto poi alla stima dei costi indiretti, ovvero quelli delle strutture sanitarie coinvolte nello studio, attraverso un metodo *top-down*.

L'analisi dei costi ha pertanto richiesto di seguire l'impiego delle risorse dalla fase basale a quella di *follow-up* di tutti i pazienti registrati per lo studio nel periodo compreso tra il 1° gennaio 1996 ed il 1° aprile 1997. I valori dei costi sono riferiti al 1996.

Per facilitare la rilevazione dei dati si sono realizzate due schede: la prima, individuale, ha permesso la raccolta dei dati sulle prestazioni sanitarie erogate ad ogni paziente, mentre l'altra, generale, ha rilevato i dati comuni a tutti i pazienti, riguardanti i centri di costo coinvolti. Si tratta del laboratorio di elettrostimolazione, costituito dall'ambulatorio e dalla sala impianto, dove si svolgono rispettivamente le visite basali, di *follow-up* e gli interventi chirurgici, e del reparto di degenza della Unità operativa (U.O.) di cardiologia dell'IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia.

2.1. Risorse individuali

La prima scheda si sviluppa in tre parti. La prima sezione raccoglie le informazioni di carattere generale necessarie ad inquadrare l'episodio di ricovero (data di ingresso e di dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione), i dati relativi alle risorse utilizzate presso l'ambulatorio durante la visita pre-impianto (accertamenti

diagnostici (3), esami di laboratorio (4) (personale) e presso la sala impianto nel corso dell'intervento chirurgico (modello di *pacemaker*, materiale di consumo, farmaci, anestesia, personale). La seconda sezione rileva alcuni dei fattori produttivi impiegati nel corso della degenza (personale, farmaci, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio) e il trattamento farmacologico prescritto per la fase *post*-dimissione. La terza sezione è rivolta alle risorse utilizzate presso l'ambulatorio nel corso del primo controllo programmato (materiale di consumo, accertamenti erogati e prescritti, personale).

2.2. Risorse delle strutture sanitarie

Per raccogliere le altre informazioni necessarie alla stima del costo pieno, è stata predisposta una seconda scheda (diversamente articolata per il laboratorio di elettrostimolazione e per il reparto di degenza), nella quale si sono rilevate le attività svolte, i dati sul personale, le attrezzature in dotazione e i servizi generali (pulizia, riscaldamento, utenze, ecc.).

2.3. Determinazione dei costi

Una volta raccolte le informazioni a quantità, si è proceduto alla loro valorizzazione in termini monetari.

Per valorizzare le terapie farmacologiche e l'anestesia, somministrate durante l'intervento e la degenza ospedaliera e prescritte a domicilio, dopo il ricovero, si è fatto riferimento ai prezzi di acquisto pubblicati nell'Informatore farmaceutico (OEMF, 1995), ridotti del 50% per tenere conto del prezzo praticato agli ospedali (5).

Per gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio (escluse le visite basali e di controllo), si sono utilizzate, in assenza di costi specifici, le

tariffe contenute nel Nomenclatore tariffario nazionale allora in vigore (DM 1991).

Per tutti gli altri dati di costo (personale, apparecchiature, materiale di consumo, modello di *pacemaker*, servizi generali), si è fatto ricorso alle fonti contabili ed extra-contabili disponibili presso l'amministrazione dell'ospedale (Ufficio del personale, economato, ragioneria, farmacia, ecc.) o presso i due centri di costo coinvolti. Nello specifico, il costo del personale per qualifica e per unità di tempo (minuti), relativo all'esecuzione della visita basale, dell'intervento e del controllo *post*-dimissione, è stato calcolato sulla base dei costi medi per qualifica (comprensivo degli oneri a carico dell'IRCCS) e del numero di ore contrattuali annue (6). Il costo che si è ottenuto è stato successivamente associato al tempo registrato, per ogni figura professionale, in ciascuna delle attività suddette (7). Il costo del personale impegnato nell'attività di degenza, pari a 163.000 lire per giornata, si è fondato ancora una volta sul costo *standard* per qualifica e sul tempo di lavoro imputabile all'attività stessa (8).

Il costo delle apparecchiature è stato stimato raccogliendo presso i due centri di costo le informazioni sul numero, il tipo, l'anno, il costo di acquisto ed il tasso di utilizzo delle apparecchiature relativamente ai pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Per la

determinazione della quota di ammortamento (pari al 12,5% del valore), si è dovuto prima attualizzare il costo storico di acquisto al 1996. Una volta ottenuti i costi totali di ammortamento, si sono calcolati i costi per visita ambulatoriale (10.619 lire), per accesso alla sala impianto (75.682 lire) e per giornata di degenza (552 lire).

Il costo del *pacemaker* è un costo medio ponderato per modello (*rate-responsive* RR o non *rate-responsive* NRR) ed è stato calcolato sulla base del numero, dei tipi e dei costi unitari dei dispositivi acquistati. Il valore medio risulta di 5.693.205 lire.

La forte variabilità dei costi è imputabile alla presenza/assenza della modalità *rate-responsive* e al tipo di *pacemaker* (9). I modelli bicamerali *rate-responsive* sono i dispositivi più costosi tra quelli impiegati nello studio e sono indicati nello schema descritto dalla tabella 1.

Per quanto riguarda la stima del costo del materiale consumato per l'intervento (*kit* pronto per l'impianto, *kit* per l'introduzione del catetere ed elettrocatetere) e per la prima visita di controllo (*kit* pronto per la rimozione delle suture), la farmacia ospedaliera ha fornito i costi unitari di acquisto.

In base a questa procedura, si è giunti dapprima a calcolare i costi sanitari diretti di ciascuna fase, ai quali si sono poi aggiunti i costi indiretti (servizi amministrativi e alberghieri) nella misura del 17% per le prestazio-

Tabella 1 - Costo medio ponderato dei dispositivi *pacemaker* distinti per modello. Anno 1996 (valori in lire)

Pacemaker	Modello	Funzione	Costo	Frequenza impianto
VVI.....	monocamerale	NRR	3.722.961	43%
VDD.....	bicamerale	RR/NRR	6.067.776	4%
VVIR.....	monocamerale	RR	6.464.464	18%
DDD.....	bicamerale	NRR	5.923.692	23%
DDDR.....	bicamerale	RR	7.997.691	12%
Non rate-responsive.....		NRR	4.190.631	70%
Rate-responsive.....		RR	7.031.371	30%

ni ambulatoriali e del 20% per quelle di ricovero (10).

3. Risultati

L'approccio metodologico appena descritto consiste in una analisi dei costi, che si limita a quantificare e valorizzare le risorse impiegate, indipendentemente dai risultati ottenuti in termini di miglioramento dello stato di salute o della qualità della vita.

Il campione analizzato risulta di 203 casi (11), di cui 122 uomini (60,1%) e 81 donne, con un'età media di 73,2 anni (deviazione *standard* di 12,4). La maggior parte (69,2%) presenta una diagnosi di blocco atrio-ventricolare e/o di branca. Si tratta esclusivamente di casi programmati per l'impianto di *pacemaker* (59 casi, pari al 29,1%) o di sostituzione della fonte di alimentazione (144). Il 62,2% dei pazienti non si trova in una fase critica dal punto di vista clinico, come si ricava dai risultati della classificazione della *New York Heart Association* (Criteria Committee Of The New York Heart Association, 1994). Nell'insieme, il 63,1% presenta patologie concomitanti, oltre quella indicata per l'intervento.

La grande maggioranza dei pazienti è stata trattata in regime di ricovero ordinario (12): 160 casi, pari al 78,8% del totale. La restante casistica ha subito l'intervento in *day-hospital* (28) o in ambulatorio (15). Il campione ha richiesto in totale 534 giornate ordinarie (degenza media pari a 3,3 giornate) e

43 accessi (28 in *day-hospital* e 15 in ambulatorio).

I DRG 116 (altri interventi *pacemaker* cardiaco o AICD o generatore impulsi) e 118 (sostituzione di *pacemaker* cardiaco) rappresentano i gruppi più frequenti, con 111 e 50 casi rispettivamente (13). Va rilevata la grande efficienza dell'IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia, rispetto agli altri ospedali lombardi, che nel 1996 hanno registrato una degenza media di 9,8 giorni per il DRG 116 e di 6,3 giorni per il DRG 118 (Regione Lombardia 1997). Inoltre, presso l'IRCCS S. Matteo, ben il 21% dei pazienti del campione (ma anche della casistica annuale) è stato trattato in regime di ricovero diurno o ambulatoriale.

Il modello monocamerale senza funzione *rate-responsive* VVI è stato utilizzato nel 43% circa dei casi, seguito dai modelli DDD (23%), VVIR (18%), DDR (12%) e VDD (4%) (vedi tabella 1).

Secondo le stime di questo studio, l'IRCCS di Pavia ha sostenuto un costo, nel periodo di riferimento (1996), di 1.874 milioni di lire per trattare 203 casi, dalla fase basale al primo *follow-up*, pari a 9.230.276 lire per paziente (vedi tabella 2). Il 61,8% dei costi totali è stato assorbito dagli stimolatori cardiaci, che sono costati in media 5,7 milioni di lire. I dispositivi *pacemaker*, congiuntamente ai cateteri e al materiale *standard* consumati durante l'impianto, rappresentano più di tre quarti del valore complessivo del trattamento chirurgico. Il personale incide solo per il 6,3%. I costi di ammortamento e le spese generali incidono per il 14,7%.

I costi correlati alla fase di impianto incidono per il 92% sul costo totale di trattamento, ovvero per 8.466.654 lire (vedi tabella 3). Segue il costo della fase di *follow-up* degenza (698.373 lire), che copre per lo più l'assistenza medica e infermieristica fornita durante la degenza per circa 3 giorni di permanenza in ospedale (14). La fase basale assorbe solo lo 0,7% dei costi totali (65.249 lire), una quota assolutamente bassa, malgrado comprenda i costi di tutti gli accertamenti diagnostici pre-impianto.

Il *pacemaker* impiantato e i cateteri introdotti sono le risorse che indubbiamente gravano maggiormente sul costo medio di intervento (rispettivamente il 62% e il 9%). L'incidenza varia molto in funzione del modello di *pacemaker* impiantato e del numero di cateteri consumati (vedi tabella 3). I pazienti impiantati con *pacemaker* monocamerale (VVI e VVIR) sono costati mediamente 8.084.719 lire. Viceversa quelli impiantati con i *pacemaker* più sofisticati e più costosi, cioè i modelli bicamerale con o senza funzione *rate-responsive* (VDD, DDD e DDDR), hanno richiesto mediamente 11.314.551 lire.

Se si escludono i costi del *pacemaker* e dei cateteri, il costo medio per paziente si riduce a 2.758.707 lire (vedi tabella 4). Si mantiene comunque una differenza di circa un milione di lire fra i pazienti distinti per tipo di *pacemaker*. Questo scostamento è presumibilmente da imputare ad un

Tabella 2 - Costo totale e medio per impianto di *pacemaker* o sostituzione della fonte di alimentazione. Anno 1996 (valori in lire)

	Personale	<i>Pacemaker</i>	Cateteri	Farmaci	Materiale <i>standard</i>	Procedure diagn./strum.	Ammort. e servizi gen.	Totale
Costi totali (000)	118.091	1.158.713	176.783	22.208	92.940	29.302	275.709	1.873.746
Composizione %	6,3	61,8	9,4	1,2	5,0	1,6	14,7	100,0
Costi medi per paziente	581.727	5.707.946	870.855	109.399	457.833	144.346	1.358.170	9.230.276

Tabella 3 - Costo medio per paziente secondo il modello di *pacemaker*. Anno 1996 (valori in lire)

Tipo <i>pacemaker</i>	Fase basale	Fase di impianto	Fase di <i>follow-up</i>	Totale
Monocamerali	56.663	7.379.280	648.776	8.084.719
Bicamerali	80.869	10.445.069	788.613	11.314.551
Totale	65.249	8.466.654	698.373	9.230.276
Composizione %	0,7	91,7	7,6	100,0

Tabella 4 - Costo medio per paziente secondo il modello di *pacemaker* impiantato, escluso i costi del dispositivo e dei cateteri. Anno 1996 (valori in lire)

Tipo <i>pacemaker</i>	Fase basale	Fase di impianto	Fase di <i>follow-up</i>	Totale
Monocamerali	56.663	1.659.025	648.776	2.364.464
Bicamerali	80.869	2.606.527	788.613	3.476.009
Totale	65.249	1.995.085	698.373	2.758.707

maggiore consumo di personale e ad una durata della degenza più estesa per i pazienti impiantati con *pacemaker* bicamerale.

A fronte di questi dati, nel 1996 la Regione Lombardia riconosce alle strutture ospedaliere le remunerazioni riportate nella tabella 5; nella stessa tabella sono riportate le tariffe nazionali.

Sulla base dei rimborsi regionali, stabiliti per le prestazioni ospedaliere, il costo stimato da questo studio per i

ricoveri ordinari del DRG 116 risulta ampiamente coperto (+ 29%), mentre non lo è quello del DRG 118 (- 7%) (15). Entrambi costi sarebbero stati coperti, invece, se si fosse adottato il tariffario nazionale. Rispetto ai ricoveri in *day-hospital*, le tariffe lombarde e nazionali per entrambi i DRG (che escludono i costi del *pacemaker* e delle pile elettriche), risultano decisamente inferiori ai costi. Non bisogna tralasciare inoltre che, per i due DRG, i costi risultanti dalle eventuali com-

plicanze (malfunzionamento del catetere e/o del *pacemaker*, problemi inerenti la tasca) e dai successivi *follow-up* (16), non sono stati compresi in questo studio.

Le successive tariffe lombarde e nazionali hanno corretto la remunerazione dei DRG 116 e 118, come riportato nella tabella 6.

Pur tenendo conto della crescita dei costi, intervenuta tra il 1996 ed il 1998, le nuove tariffe nazionali avrebbero più che remunerato i costi sia dei ricoveri ordinari che in *day-hospital* di entrambi i DRG 116 e 118.

4. Osservazioni conclusive

In questo studio si sono calcolati i costi di impianto di *pacemaker* o di sostituzione della fonte di alimentazione in un campione di pazienti trattati presso l'IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia nel corso del 1996. Il confronto con le tariffe DRG permette di operare una prima riflessione, come utile spunto per ulteriori approfondimenti.

Le tariffe 1997 della Regione Lombardia appaiono molto generose per il DRG 116 (+ 50% e + 35% rispettivamente per i ricoveri ordinari e diurni), ma del tutto insufficienti per il DRG 116 (- 8% e - 30%). Si riscontra un

Tabella 5 - Tariffe nazionali, della Regione Lombardia e costi medi per ricovero DRG specifico. Anno 1996 (valori in migliaia di lire)

DRG descrizione	Tariffe				Costi dello studio (1996)	
	Nazionali DM 14-12-1994		Regione Lombardia DGR VI/62664 del 30-12-1994		ricoveri ord. > 1 giorno	ricoveri DH
	ricoveri ord. > 1 giorno	accesso DH (1)	ricoveri ord. > 1 giorno	ricoveri DH (1)		
116 Altri interventi impianto <i>pacemaker</i> cardiaco o AICD o generatore impulsi	13.441	935	12.620	1.229	9.748	8.128 (2.428) (1)
118 Sostituzione di <i>pacemaker</i> cardiaco	10.705	1.784	8.134	1.229	8.770	8.651 (2.951) (1)

(1) Escluso il costo del *pacemaker*/fonte di alimentazione.

Tabella 6 - Tariffe nazionali e della Regione Lombardia per i DRG 116 e 118. Anno 1998 (valori in migliaia di lire)

DRG descrizione	Tariffe				Costi dello studio (1996)	
	Nazionali DM 30-6-1997		Regione Lombardia DGR VI/25608 del 28-2-1997		ricoveri ord. > 1 giorno	ricoveri DH
	ricoveri ord. > 1 giorno	accesso DH (1)	ricoveri ord. > 1 giorno	ricoveri DH (1)		
116 Altri interventi impianto <i>pacemaker</i> cardiaco o AICD o generatore impulsi	13.441	11.669	14.670	11.003	9.748	8.128
118 Sostituzione di <i>pacemaker</i> cardiaco	12.500	8.824	8.040	6.030	8.770	8.651

(1) Escluso il costo del *pacemaker*/fonte di alimentazione.

differenziale di remunerazione tra i DRG 116 e 118 (6.630.000 lire per i ricoveri ordinari e 4.973.000 lire per quelli diurni), che non appare giustificato alla luce dei dati dello studio (978.000 lire per i ricoveri ordinari e - 523.000 per quelli diurni). La sostituzione di *pacemaker* comporta, infatti, costi analoghi a quelli di un nuovo impianto, salvo i risparmi correlati alla mancata introduzione di nuovi cateteri (870.855 lire per paziente, secondo lo studio).

Malgrado le ridotte dimensioni del campione ed il livello particolarmente elevato di efficienza, riscontrato presso l'IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia, i dati di costo relativi ai due DRG 116 e 118 forniscono utili elementi di valutazione rispetto alle tariffe regionali e nazionali. In particolare, essi mostrano come i costi calcolati attraverso un procedimento *bottom-up* possano differire, anche sensibilmente, rispetto a quelli calcolati mediante un processo *top-down* (costi totali divisi per la somma dei «punti» DRG), impiegato anche dalla Regione Lombardia per la definizione delle tariffe.

Inoltre, i dati di costo per tipo di *pacemaker* agevolano il confronto fra le possibili soluzioni strumentali attualmente disponibili. Questo confronto è sicuramente necessario per favorire le scelte del *decision-maker*

fra alternative con diverso contenuto clinico, tecnologico ed economico, come quella che si pone fra i *pacemaker* monocamerale e bicamerale e fra i *pacemaker* che, a parità di modello, presentano due distinte modalità di funzionamento (*rate-responsive* e non *rate-responsive*). In questo caso, tuttavia, i puri dati di costo devono essere confrontati con quelli di qualità della vita. Una limitazione di questo studio è sicuramente la mancanza dei dati di efficacia e ciò obbliga a rimandare riflessioni definitive quando saranno disponibili anche i dati sulla qualità della vita.

(1) La seconda procedura si differenzia dalla prima in termini di costo dei cateteri, visto che utilizza quelli impiantati la prima volta.

(2) Il *follow-up* completo del paziente ha una durata di un anno. I controlli previsti sono quattro, il primo è programmato a 8-10 giorni dall'intervento, la cadenza degli altri tre è rispettivamente di 1 mese, 6 mesi e 1 anno.

(3) Principalmente elettrocardiogrammi e radiografie al torace.

(4) Tutti quelli inclusi nella batteria *standard* Hitachi.

(5) A prezzo intero per i farmaci assunti al domicilio.

(6) Al netto delle ore imputabili alle ferie, ai giorni di malattia e ai riposi.

(7) Ad esempio, il tempo medio calcolato per l'intervento è ammontato a circa 64 minuti. Ogni intervento ha richiesto, anche se con carichi di lavoro diversi, la presenza di un medico

e di un infermiere della U.O. di cardiologia oltre a quella di un anestesista esterno alla U.O.

(8) Escluso il tempo svolto all'interno della U.O. per attività diverse da quella del reparto di degenza e all'esterno della stessa.

(9) Codifiche tratte dal NASPE/BPEG Generic Code (Braunwald, 1988).

(10) Percentuali stimate sulla base di informazioni desunte da U.O. di cardiologia afferenti altre strutture ospedaliere.

(11) Per le caratteristiche del campione ecc. si rinvia a Paglione *et al.* 2000.

(12) Non vengono trattati casi con una durata di degenza inferiore a 1 giorno.

(13) Esclusi i pazienti ambulatoriali. I casi ordinari monitorati per DRG 166 e 118 rappresentano rispettivamente il 3% circa della popolazione ricoverata con tali diagnosi nelle strutture lombarde nel 1996.

(14) Degenza media dei casi ordinari.

(15) Sono stati considerati solo i DRG 116 e 118 perché rappresentano i gruppi che rispettivamente accolgono i nuovi impianti e gli interventi di sostituzione della fonte alimentare. Si tenga presente che su 203 pazienti, la maggior parte è ricaduta in questi due DRG, mentre gli altri sono stati assegnati ad altri gruppi cardiologici.

(16) A 1 mese, a 6 mesi e a 1 anno.

BIBLIOGRAFIA

BRAUNWALD E. (1988), *Heart Disease*, Piccin Editore, Verona.
 CRITERIA COMMITTEE OF THE YORK HEART ASSOCIATION INC. (1994), *Disease of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis (9TH ed)*. Little brown, Boston.

- DELIBERAZIONE REGIONE LOMBARDIA 30 DICEMBRE 1994, *Determinazione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere*, n. VI/62664.
- DELIBERAZIONE REGIONE LOMBARDIA 28 FEBBRAIO 1997, *Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero*, n. VI/25608.
- DODINOT B. (1990), «Rate responsive cardiac pacing», *Annales Cardiologique Angiologique Paris*, 39: pagg. 597-605.
- DRUMMOND M.F. (1987), *Economic Appraisal and health Technology: Background to the EC Project*, in «Economic Appraisal of Health Technology in the European Community», Oxford University Press.
- OEMF (1995), *L'Informatore Farmaceutico 1996*, Edizione 56ª, OEMF, Milano.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1991), Decreto ministeriale 7 novembre 1991, «Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali», *Gazzetta Ufficiale*, 6 dicembre 1991, n. 286.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1994), Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, 24 dicembre 1994, n. 300.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1997), Decreto ministeriale 30 giugno 1997, «Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994», supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, 8 settembre 1997, n. 209.
- PAGLIONE ET AL., *Determinanti dei costi diretti dell'impianto di pacemaker*, MEDIC (in corso di pubblicazione).
- REGIONE LOMBARDIA, DIREZIONE GENERALE SANITÀ, SERVIZIO OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO (1997), *DRG in Lombardia: analisi di tre anni di ricoveri*, Milano.

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

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

Sommario

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

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

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

I testi

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

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

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

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

Forum
sulle professioni sanitarie

FORUM SULLE PROFESSIONI SANITARIE

Cristina Filannino (a cura di)

Scuola di Direzione Aziendale - Università L. Bocconi - Milano

INTERVENTI DI: Cristina Filannino - Elio Borghonovi - Franco Toniolo - Antonio Aprile - Salvatore Paolo Cantaro - Giovanni Faverin - Roberta Mazzoni - Mauro Lombardi - Stefano Manfredi.

Cristina Filannino

*Scuola di Direzione Aziendale
Università L. Bocconi - Milano*

La legge 251 «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della vigilanza e dell'ispezione nonché della professione ostetrica» (approvata il 19 luglio 2000 dalla Commissione igiene e sanità del Senato in sede deliberante) costituisce uno dei più importanti passi verso l'autonomia e la responsabilità professionale di tali operatori.

Essa rappresenta la fase culminante di un processo evolutivo di quelle tradizionalmente chiamate «professioni sanitarie non mediche», sancito formalmente nel 1991, anno in cui la formazione infermieristica di base viene portata in ambito universitario istituendo i diplomi, e confermato tramite altre fasi importanti quali:

- la ridefinizione dei loro profili professionali (decreto n. 739 del 1994);
- la rettifica dell'ordinamento didattico relativo al diploma universitario per infermiere (1996);
- l'abrogazione del mansionario e la soppressione della denominazione «professione sanitaria ausiliaria» per la professione infermieristica (denominata oggi «professione sanitaria», legge n. 42 del 1999);
- la revisione del codice deontologico;
- il nuovo contratto di lavoro per il personale del comparto (aprile 1999).

Sul piano sostanziale la legge può essere intesa come l'apice del cammino di crescita professionale e manageriale di queste pro-

fessioni, in quanto prevede l'istituzione di un Servizio infermieristico e tecnico autonomo all'interno delle strutture sanitarie, la laurea e la dirigenza, dando seguito a quanto già predisposto nella bozza di riforma ter in merito alla dirigenza infermieristica (punto 17-ter dell'articolo 14 «modificazioni all'articolo 17» del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), successivamente stralciato dalla stesura definitiva del decreto legislativo 229/99.

In tal modo viene sancita la partecipazione attiva delle professioni sanitarie «non mediche» al processo decisionale delle aziende sanitarie ai più alti livelli (quelli propri delle figure di «dirigente») con il recepimento delle esperienze più innovative ed imprenditoriali attuate da alcune strutture di erogazione dei servizi impegnate nella realizzazione del processo di aziendalizzazione avviato con i decreti legislativi 502/92 e 517/93.

La legge si compone di 7 articoli di cui:

- nei primi quattro si identificano le tipologie di professioni sanitarie comprese dal provvedimento e delle quali si riconosce l'autonomia professionale nell'esercizio delle funzioni a loro riconosciute dai relativi profili professionali e dagli specifici codici deontologici;
- il quinto articolo introduce il tema degli ordinamenti didattici finalizzati alla formazione universitaria;

— il sesto articolo prevede l'emanazione degli atti che definiranno la disciplina concorsuale per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario nonché le diverse figure professionali esistenti o da individuare successivamente con riferimento agli articoli 1, 2, 3 e 4;

— l'articolo settimo prevede l'istituzione del Servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica nell'ambito delle aziende sanitarie col fine di migliorare la qualità dell'assistenza, unitamente all'attribuzione dell'incarico triennale di dirigente del servizio medesimo a candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Si riafferma inoltre il ruolo del ministero e delle regioni nell'emanazione delle linee guida in merito alla revisione dell'organizzazione del lavoro a fronte dell'attribuzione, in tutte le aziende sanitarie, della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica-ostetrica e delle connesse funzioni ai relativi professionisti (art. 1, comma 3).

Il tema del Servizio infermieristico viene ribadito con la riforma *ter*, ma il suo presupposto aziendale trova ragion d'essere nel crescente livello di managerialità insito nei processi gestionali delle strutture sanitarie, che devono essere guidati da persone capaci di governare la complessità aziendale grazie a forti competenze organizzative e a una riconosciuta autonomia, intesa come l'ampliamento dei margini di discrezionalità di questi operatori in campo professionale e gestionale. La crescente complessità del bisogno di salute, infatti, richiede oggi che la risposta sanitaria sia garantita da molteplici prestazioni afferenti a diversi campi di conoscenze, competenze e abilità. Tali capacità consentono di identificare nel processo diagnostico assistenziale anche altre professioni, oltre a quella medica, che si caratterizzano per aver autonomia decisionale, quella autonomia cioè che consente di lavorare utilizzando un bagaglio di conoscenze specifiche da applicare con discernimento rispetto al caso trattato e sulla cui base assumersi la responsabilità dei risultati raggiunti.

La crescita professionale delle figure sanitarie «non mediche», riconosciuta in ambito aziendale anche da una attiva partecipazione ai momenti decisionali della vita aziendale stessa, ha evidenziato le organizzazioni sanitarie più innovative e dinamiche, dotate di forte imprenditorialità organizzativa: organizzazioni che si sono contraddistinte per aver fronteggiato il cambiamento di queste professioni, ed il consolidarsi del processo di aziendalizzazione della sanità, anche mettendo mano alla struttura organizzativa.

Si sono così definiti nuovi organi, nuovi ruoli e nuove posizioni di lavoro e, pur nel rispetto del principio dell'unitarietà dell'azienda (in questo caso sanitaria), sono state ridistribuite le responsabilità organizzative rompendo vecchi schemi e superando consolidate logiche di potere in funzione di soluzioni più rispondenti al perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza aziendale, misurate sia dalla qualità dei servizi offerti che dalla soddisfazione degli operatori.

Il nuovo servizio, anche sulla scorta di quanto previsto dalla legge, deve allora essere concepito come uno strumento nelle mani della direzione strategica per garantire continuamente nel tempo un crescente livello di qualità della dimensione assistenziale nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, in conformità alle politiche aziendali.

In quest'ottica scopo ultimo del servizio è monitorare la professionalità dei suoi operatori e creare i presupposti organizzativi affinché sia sempre più facile correlare le *performance* del personale del comparto alle *performance* aziendali mediante regole gestionali da applicare nelle unità operative e nei dipartimenti, stimolando inoltre le figure di direzione intermedia della professione infermieristica, tecnico sanitaria, ostetrica, a garantire l'applicazione dei sistemi operativi in essere nella macro struttura anche nell'organizzazione del lavoro a livello di micro-struttura. Il nuovo contratto del comparto ben si sposa con tale orientamento culturale, in quanto strumento che apre spazi nell'organizzazione per creare, tramite un

proprio regolamento sul tema, meccanismi di gestione aziendale (come, ad esempio, il collegamento tra il sistema di *budget* ed i sistemi incentivanti basati su sistemi di valutazione delle *performance* individuali e di gruppo), stimolando gli operatori a misurare e a rilevare i risultati conseguiti.

In tal senso la presenza del servizio è forse una tra le garanzie che i principi manageriali non siano applicati e finalizzati al solo raggiungimento dell'equilibrio economico, ma siano volti alla definizione di politiche sul personale che evidenzino l'orientamento strategico dell'azienda sul tema e che si declinino poi in un proficuo coinvolgimento di tutti i professionisti del comparto posizionati nei vari livelli dell'organizzazione.

Concretamente ciò significa l'abbandono di politiche di sviluppo del personale improntate alla casualità, in favore di chiare ed armoniche politiche dell'azienda che, anche per voce del servizio, definiscano sentieri di carriera e di sviluppo professionale per questi operatori della salute, intesi come risorsa fondamentale per la qualità degli *output* sanitari e per la maggior economicità dei processi aziendali.

In un contesto come quello odierno, in cui il perseguimento della «mission» aziendale passa tramite il coinvolgimento di tutti i livelli gerarchici di cui è composta l'azienda sanitaria, vi è in essa la necessità di operatori fortemente responsabilizzati rispetto alle finalità istituzionali. In questa logica il servizio, inteso come organo di governo della funzione assistenziale e dei gruppi professionali che la erogano, assume non solo la funzione di monitorare la qualità delle prestazioni di infermieri, tecnici, ostetriche, ma di motivarli ad essere di supporto ai dirigenti di unità operativa a formulare obiettivi gestionali concreti e raggiungibili e, successivamente, a conseguire i risultati pattuiti con la Direzione aziendale.

L'autonomia di queste professioni sanitarie, evidenziata sul fronte professionale dal contenuto scientifico del lavoro e sul fronte organizzativo anche dalla presenza attiva del servizio, induce a riattribuire tra gli organi di direzione dell'azienda (quali, per esem-

pio, il dirigente medico responsabile di presidio o di distretto) il coordinamento di gruppi professionali ed il governo delle loro attività. Il servizio quale organo aziendale, richiede la presenza di una o più figure dirigenziali a cui attribuire la responsabilità di rendere più dinamico e concorrenziale il mercato interno dell'offerta di lavoro, obiettivo che si esplicita mediante una più efficiente e razionale allocazione del personale nei «centri di responsabilità» in cui si articola la struttura organizzativa sulla base delle priorità stabilite dalla Direzione generale.

In considerazione a ciò l'istituzione del servizio e la relativa dirigenza non deve essere intesa come l'esplicitazione di una contrapposizione di queste professioni al ruolo gestionale giocato nel tempo dalla componente medica, e non deve altresì essere considerata l'unica modalità per avere la stessa dignità professionale di altre figure operanti nel sistema sanitario. Deve invece essere percepita come il concreto contributo che queste professioni possono dare alla formulazione delle strategie aziendali per la parte di competenza, in un contesto di alta direzione conscia del fatto che il presidio e l'organizzazione delle risorse e dei processi assistenziali richiedono conoscenze specifiche e sono fondamentali per formulare obiettivi gestionali di breve, medio e lungo periodo realmente fattibili.

Non si tratta di creare un dualismo tra medico ed infermiere, medico e tecnico sanitario in merito al comando o alla esclusività delle risorse, ma di realizzare una reale collaborazione e condivisione di specifiche conoscenze finalizzate ad una maggior efficienza nell'uso delle risorse assistenziali rispetto ai processi di produzione dell'unità organizzativa, del dipartimento o dell'azienda nel suo complesso. Efficienza su cui verrà valutata anche la Direzione strategica, in quanto riflette la coesione delle molteplici componenti professionali, ovviamente presenti negli ospedali o nei distretti, responsabilizzate però sugli obiettivi attribuiti all'azienda da livelli istituzionali superiori.

Il presidio della professione infermieristica, tecnico sanitaria, ostetrica, riabilitativa

da parte di una dirigenza appartenente alle stesse professioni non significa dividere l'*équipe* multiprofessionale quotidianamente impegnata «sul campo» per la soluzione del problema di salute del paziente, e neppure non riconoscere al dirigente di struttura dell'unità operativa una responsabilità complessiva sull'output sanitario della stessa in virtù della quale ogni operatore (sia medico che non) deve rispondere a lui del proprio operato. Significa invece capire quale sia il ruolo di questi professionisti negli obiettivi del dirigente responsabile dell'unità organizzativa, e significa stabilire mediante quali azioni, espressione della loro discrezionalità nell'esercizio della professione, si debba collaborare con il professionista medico al fine di erogare il servizio migliore non solo da un punto di vista tecnico-specialistico, ma anche di risposta ai bisogni di salute della persona globalmente intesa.

L'approvazione della proposta di legge richiama necessariamente il tema delle conoscenze, vale a dire il titolo di studio ma ancora meglio della formazione richiesta a chi intraprende questa carriera fortemente di stampo manageriale.

Sarebbe quindi necessario interrogarsi sul contenuto del lavoro del dirigente nell'ambito del servizio infermieristico al fine di identificare la formazione mirata a coprire tale posizioni organizzativa.

Se la posizione è letta in termini di requisiti richiesti per riuscire a ricoprirla adeguatamente, è possibile distinguere due elementi d'analisi:

— le conoscenze richieste dal ruolo e riscontrabili tramite la verifica delle esperienze dell'operatore;

— i comportamenti richiesti dal ruolo e riscontrabili solo tramite la verifica nella realtà delle azioni e dei rapporti dell'operatore;

che consentono di definire il profilo necessario (per la posizione organizzativa) il profilo posseduto (dal personale).

Questo approccio richiede oggi una duplice verifica che si basa sui seguenti aspetti:

1) verifica delle competenze e quindi della formazione propria del dirigente, quale

ruolo a contenuto manageriale. In un contesto in cui le «mansioni e le responsabilità» dell'operatore sanitario, del collaboratore operatore sanitario e del collaboratore sanitario esperto sono notevolmente cambiate su stimolo di mutamenti insiti nelle aziende sanitarie, le tradizionali conoscenze manageriali ad appannaggio del futuro dirigente si devono ancor più evolvere al fine di assolvere bene le richieste delle strutture sanitarie, il cui fabbisogno (una parte rilevante) è sicuramente di ordine gestionale ed organizzativo;

2) verifica e corretta identificazione delle capacità di comportamento organizzativo richieste al dirigente. Questo aspetto diventa di estrema importanza in un contesto in cui le conoscenze tecnico professionali, pur importantissime e sempre più complesse, pesano meno o sono simili in più operatori. Le capacità, quali ad esempio capacità relazionali, capacità gestionali, capacità innovative, ecc. devono ulteriormente specificarsi ed esprimersi in forme diverse coerentemente con la tipologia di cultura organizzativa dell'azienda che ricerca queste caratteristiche, proprie della posizione organizzativa dirigenziale, nell'operatore che tali mansioni deve adempiere.

Se la legge nasce principalmente con l'intento di occuparsi della costituzione di un nuovo organo aziendale e della sua dirigenza, espressione massima del ruolo e delle posizioni organizzative a cui possono tendere gli operatori appartenenti alle professioni sanitarie interessati ad uno sviluppo di carriera con contenuto manageriale, i cambiamenti in esso previsti chiedono però di ripensare agli ambiti di discrezionalità e agli spazi di azione di tutti i ruoli manageriali e professionali di cui si compongono queste professioni, dal coordinatore di unità operativa alla nuova figura del coordinatore di dipartimento.

La recente approvazione della legge 251, quindi, impone alle aziende, e coloro che ne studiano il funzionamento a fini di ricerca, di perseguire nuove regole di gestione e a ripensare complessivamente ai modelli organizzativi adottati dalle stesse.

Le relazioni che seguono sono una riflessione sul tema «professioni sanitarie» da parte di esperti del settore, non con l'intento di fornire delle rigide indicazioni da seguire, ma per introdurre un dibattito su un tema che sarà sicuramente dominante per i prossimi anni.

Si parte dal punto di vista di uno dei più rappresentativi studiosi dei sistemi di gestione delle aziende sanitarie, per passare a quello della regione — nella figura del direttore generale dell'Assessorato alla sanità, a quello delle aziende — mediante il pensiero di un direttore generale ed un direttore sanitario aziendale che nelle loro realtà hanno creato un'organizzazione ed un modello aziendale che ha dato spazio alle professioni sanitarie, per passare infine all'ipotesi del sindacato e a come intende lo sviluppo pro-

fessionale degli operatori che giocano un ruolo manageriale in azienda e che appartengono a queste professioni.

Vi sono poi relazioni che presentano il contributo dei ruoli manageriali infermieristici alla vita aziendale e alla conduzione di processi ad alto contenuto gestionale.

Si presenta l'esperienza di un Dipartimento dell'assistenza, organo aziendale deputato all'organizzazione e gestione del processo assistenziale, quale parte integrante del processo di cura; l'esperienza di una unità operativa a gestione e responsabilità del personale infermieristico; l'esperienza concernente l'affinamento del processo di *budget* mediante il coinvolgimento diretto e maggiore del personale del comparto per responsabilizzarlo rispetto agli obiettivi propri e del gruppo multidisciplinare.

Elio Borgonovi

*Direttore Scuola
di Direzione Aziendale
Università L. Bocconi - Milano*

Per lungo tempo, almeno per tutti gli anni ottanta, l'uso dei termini e dei concetti «aziendali» nel settore sanitario è stato considerato con sospetto e ha destato forte resistenza poiché il modello di gestione aziendale era ritenuto non coerente con la natura delle attività di tutela della salute e con i loro fini.

A partire dagli anni novanta il «modello aziendale» è stato recepito a pieno titolo ed è stato legittimato anche dalla normativa del settore (in particolare dai decreti legislativi 502/92 e 517/93). Oggi, nonostante permangano vari atteggiamenti critici, tutti coloro che operano nel settore sanitario a diverso livello hanno imparato a conoscere (volenti o nolenti, condividendoli o non condividendolo) gli elementi caratterizzanti il modello aziendale. Ciò a seguito della introduzione di sistemi di responsabilizzazione economica e di sistemi di finanziamento *pro capite* (per le aziende territoriali) o per caso trattato DRG (per le aziende ospedaliere erogatrici di servizi). Il problema non è, quindi, più quello di spiegare e chiarire cosa sia il mo-

dello aziendale, ma semmai quello di mantenerlo nell'ambito della sua corretta natura:

— di strumento che concorre al raggiungimento dei fini di tutela della salute tramite il più efficiente uso delle risorse;

— e non di insieme di criteri decisionali (quelli dell'efficienza e dell'equilibrio economico) che si contrappongono e si sostituiscono a quelli scientifici o di carattere etico-umanitario.

Affinché vengano mantenute corrette relazioni tra fini e mezzi è necessario che nel sistema sanitario le persone che coprono le diverse posizioni di responsabilità:

— da un lato elaborino conoscenze, sviluppino competenze e rafforzino capacità di governare i processi di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione per patologie acute e più in generale i processi assistenziali «integrati» (sanitari, socio-assistenziali) per le persone portatrici di disabilità o colpite da patologie cronico-degenerative;

— dall'altro elaborino conoscenze, sviluppino competenze e rafforzino capacità di governare i processi organizzativi, quelli

tramite cui si chiarisce chi fa cosa, chi decide che cosa, chi risponde di cosa.

I due tipi di processi devono svilupparsi in modo armonico, coordinato e integrato in quanto non bastano le conoscenze scientifiche per garantire la tutela della salute, occorre anche impiegare nel migliore dei modi le risorse scarse. I «professionisti» (medici, infermieri, tecnici, ecc.) sono le persone chiamate a realizzare la saldatura tra i due «insiemi di competenze» a condizione che da un lato sappiano comprendere gli effetti gestionali e organizzativi delle scelte tecnico-scientifiche e dall'altro sappiano adattare le soluzioni di tipo sanitario e assistenziale ai vincoli di natura economica ed organizzativa.

Va immediatamente chiarito che il *mix* di competenze necessarie è diverso in relazione alle differenti posizioni di responsabilità:

— coloro che svolgono compiti e funzioni «più vicine» ai processi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza hanno bisogno di un *mix* di conoscenze-competenze in cui prevalgono quelle di tipo tecnico-scientifico;

— coloro che svolgono funzioni e occupano posizioni «lontane» dal diretto rapporto con il paziente hanno bisogno di un *mix* in cui prevalgono contenuti di carattere economico e gestionale-organizzativo.

Quindi, a seconda del loro livello di responsabilità, i «professionisti» del sistema sanitario (e tra essi gli infermieri) devono avere differenti livelli di cultura manageriale:

— il primo, per poter almeno comprendere, e di conseguenza poter interagire con, le analisi di coloro che devono gestire le strategie aziendali, le risorse, i criteri, i vincoli;

— il secondo, nel quale sono necessarie conoscenze per organizzare il proprio lavoro e quello dei propri collaboratori (è il caso della posizione di responsabile medico o infermieristico di unità organizzative semplici o complesse);

— il terzo, nel quale sono richieste competenze manageriali più approfondite e sofisticate che riguardano l'individuazione delle soluzioni «più valide» dei problemi, la

diffusione di tali soluzioni, l'elaborazione di nuove soluzioni quando cambiano i problemi di salute o cambia il contesto in cui essi si manifestano.

Nel primo caso si parla di posizioni operative e professionali attribuite a persone con una «sensibilità per gli aspetti organizzativi e gestionali», nel secondo caso si parla di posizioni manageriali e organizzative «intermedie» (quadri) nel terzo caso si parla di posizioni e di figure «di direzione» (o manageriali, o di *top management*) in senso proprio.

Il richiamo a posizioni, figure, persone che devono avere competenze organizzative e manageriali assume il significato di una «revisione» della cultura dominante fino ad alcuni anni fa che, non a caso, faceva e in parte ancor oggi fa riferimento ai termini di «sistemi manageriali». Infatti, fino ad alcuni anni fa si riteneva che le competenze organizzative e gestionali (in senso lato manageriali) potessero essere definite in termini di una «razionalità assoluta» codificata nei sistemi di programmazione e controllo, organizzazione e gestione del personale, contabilità e analisi finanziaria, valutazione della tecnologia e delle metodiche assistenziali con riguardo ai benefici e ai costi e che fosse sufficiente l'applicazione di tali sistemi per garantire la funzionalità di ogni tipo di azienda, di quelle sanitarie come di quelle operanti in tanti altri settori. Si riteneva che i principi e i criteri dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità avessero una validità astratta generale e che potessero tradursi in tecniche e strumenti applicabili «in modo uniforme» nelle aziende dei diversi settori.

Oggi si ritiene, più correttamente a parere di chi scrive, che i «sistemi di gestione (o sistemi manageriali)» rappresentino gli strumenti per non disperdere le conoscenze accumulate nel passato, ma che la professionalità manageriale non si riduca alla applicazione di tali sistemi, ma rappresenti un «modo delle persone di rapportarsi ai problemi». Parlare di *management* o di funzioni manageriali in sanità non significa trasferire alla sanità le tecniche e i sistemi manageriali, ma

significa sviluppare una cultura «dei risultati di tutela della salute compatibili con le risorse disponibili e con i vincoli operativi propri e specifici della sanità». In altre parole, occorre che le persone «interiorizzino» la cultura manageriale poiché:

a) il settore sanitario, come tutta l'economia e la società, sta vivendo un periodo di rapidi cambiamenti, dovuti soprattutto all'impatto delle tecnologie, che rendono obsoleti i sistemi di gestione del passato;

b) il cambiamento è sempre meno di tipo lineare e perciò è sempre meno prevedibile e, di conseguenza, le soluzioni non sono riconducibili alla applicazione degli schemi del passato;

c) le tecnologie moderne, quelle sanitarie e quelle legate all'informazione e alla comunicazione (ICT) determinano un livello di standardizzazione assai più elevato rispetto al passato: la possibilità di «personalizzazione dell'assistenza», carattere ineliminabile della sanità, è perciò sempre più affidato alla qualità delle persone e alla loro capacità di adattare la tecnologia e le risposte alla interpretazione dei reali bisogni di salute.

Negli anni passati il tema centrale del dibattito è stato quello di legittimare l'istituzione dei sistemi manageriali nel settore sanitario, di dimostrare la loro utilità per il raggiungimento dei fini (esempio dimostrare il contributo delle analisi costi-benefici, costi-efficacia, costi-qualità alla razionalità delle scelte), o dimostrare come gli interventi di riduzione dei costi unitari consentissero di erogare più elevati livelli di servizi a parità di costi, di dimostrare come la programmazione dei ricoveri sulla base della capacità di effettuare accertamenti diagnostici potesse ridurre i tempi di attesa, ecc.

Oggi i temi centrali sono quelli di come si formano competenze manageriali (di vario livello) specifiche per la sanità, come esse sono riconosciute e validate, come è possibile incentivare le persone a utilizzare tali competenze. Per quanto riguarda il primo aspetto, si può osservare che sono cadute due illusioni che fino a pochi anni addietro erano state presenti nel settore, quella di po-

ter «importare» *manager* e competenze manageriali dall'esterno, da altri settori e quella di poter trasferire in tempi molto rapidi le competenze manageriali tramite una «formazione intensiva» sui metodi, le tecniche, gli strumenti. Dirigere una unità operativa semplice, una più complessa, un distretto, un dipartimento, una azienda territoriale o una azienda ospedaliera significa raccogliere e aggiornare dati e informazioni, prevedere e valutare l'impatto delle tecnologie, anticipare i possibili atteggiamenti e comportamenti dei pazienti, degli infermieri, dei tecnici, dei medici di fronte ad una nuova tecnologia, o ad una nuova organizzazione del lavoro, o a nuovi moduli da compilare, motivare le persone, risolvere conflitti che possono nascere da ragioni varie. Tutti questi contenuti non possono essere semplicemente «teorizzati, sistematizzati e trasmessi in aula», ma possono essere acquisiti dalle persone tramite articolati processi di attività in aula, esperienza sul campo, confronti di esperienze nelle quali si hanno soluzioni diverse degli stessi problemi, ecc. A tal fine, occorre attivare e gestire processi di formazione continua e di preinserimento articolati in attività di lavoro (dare risposte ai bisogni) che consentono di individuare nuovi problemi che suscitano e stimolano nuove domande o nuove riflessioni, in attività definite «formalmente» come formazione (realizzato con metodi didattici differenti) tramite cui si propongono teorie e paradigmi che possono aiutare a risolvere i nuovi problemi (di carattere gestionale e organizzativo nel caso specifico), in attività di ritorno al lavoro, ossia di ritorno alla realtà pratica che consente di adattare le conoscenze astratte alle condizioni concrete, ecc.

Occorre, tuttavia, evitare la semplificazione sottostante alcune considerazioni oggi molto diffuse anche nel campo del *management*, secondo cui «non vi è più distinzione tra formazione e lavoro e che quindi si apprende anche facendo». Infatti, se è vero, come si è scritto sopra, che i processi formativi oggi non sono più di tipo lineare (si impara qualcosa che poi si applica, affinando semmai le conoscenze tramite l'espe-

rienza), deve essere sempre chiara la distinzione logica e anche concreta:

- tra attività operativa (il fare);
- e attività riflessiva, speculativa (cercare le spiegazioni del perché si opera in certi modi o ricercare nuove soluzioni di fronte a modi di operare che si rivelano inefficaci e insoddisfacenti).

Inoltre, in un periodo come quello attuale, in cui si è scoperta l'importanza della formazione, occorre sottolineare con chiarezza che «formare significa trasmettere anche competenze specifiche e non dare semplicemente delle metodologie». Questo aspetto va sottolineato con particolare enfasi in quanto oggi si corre il rischio della diffusione di iniziative di formazione per la sanità (per le diverse figure) promosse e realizzate da persone, gruppi di formatori, scuole o centri di formazione che conoscono poco o nulla della realtà sanitaria e che si limitano quindi a proporre per tali settori approcci e metodologie senza entrare negli specifici contenuti. Dato il grande sviluppo del bisogno di formazione, delle iniziative di formazione, dei finanziamenti pubblici della formazione, si corre il rischio di situazioni nelle quali chi svolge la funzione di formatore «apprende di più di quanto non apprendano i partecipanti». In mancanza di tradizioni consolidate, di capacità di indirizzo delle attività formative, di sistemi per verificare la qualità della formazione «specifici del settore» e la sua efficacia, si corre il rischio di avere uno «scambio squilibrato» tra:

- chi trasferisce teorie materiali e tecniche di *management* (i formatori);
- e chi porta nel processo formativo, nel processo di apprendimento, la conoscenza dei problemi (i partecipanti).

Un corretto equilibrio si basa sul fatto che l'utilità dei «flussi di conoscenze» dai primi ai secondi sia superiore al flusso reciproco, mentre oggi non di rado può accadere il contrario.

Si introduce in questo modo il secondo problema, quello del riconoscimento delle competenze manageriali. Al riguardo si ricorda che esistono tre principali sistemi di

«riconoscimento delle conoscenze e competenze»:

- a) quello basato sul riconoscimento «legale» dei titoli o dei percorsi formativi;
- b) quello dei processi di accreditamento e certificazione affidati a organi o ad autorità «indipendenti»;
- c) quello affidato al mercato, ossia affidato al sistema secondo cui qualcuno (i partecipanti) sono disposti volontariamente a sostenere un sacrificio (pagamento delle quote di partecipazione e impegno di tempo dedicato alla partecipazione) in rapporto alla utilità del loro apprendimento.

Mentre in tutto il mondo ci si sta orientando verso sistemi del secondo e del terzo tipo, in Italia anche nel settore sanitario si osservano ritorni verso una accentuazione del primo tipo, seppure a volte presentati come sistemi del secondo tipo.

Si vincola l'accesso alla dirigenza sanitaria (e nel caso di specie a quella infermieristica) al possesso di titoli formali «riconosciuti» dal sistema universitario o dal sistema sanitario (i corsi riconosciuti, anche se la formula è quella dell'accREDITamento, dal Ministero o dalle Regioni). Senza entrare nella discussione sulla filosofia dei due sistemi, riconoscimento «legale» dei titoli o riconoscimento sulla base della funzionalità, si ricorda che mentre il riconoscimento «legale» può essere significativo quando si tratta di certificare conoscenze di tipo tecnico-specialistico (con sistemi vari quali sono i corsi universitari, esami di abilitazione, ecc.), competenze composite e trasversali come sono quelle manageriali e imprenditoriali, ecc., in genere possono essere riconosciute e certificate a priori dal mercato. È manager chi è in grado di risolvere effettivamente i problemi (e non chi si limita ad applicare conoscenze astratte) e chi è in grado di coordinare l'azione e le competenze di molti per farle convergere verso l'ottenimento dei risultati.

Si segnala, ad esempio, che negli USA e in molti altri Paesi, in questi ultimi anni si rileva un elevato e crescente tasso di abbandono dei programmi formali (esempio MBA) dovuto al fatto che i partecipanti dotati di alta poten-

zialità o che hanno acquisito certe competenze già nella prima parte dei programmi, trovano immediata occupazione indipendentemente dal possesso di un titolo formale.

Si ritiene che i responsabili del sistema sanitario, delle aziende pubbliche debbano fare una scelta di fondo: sostenere e sviluppare iniziative di formazione manageriale per la sanità (e anche per le professioni non mediche) anche a livello universitario, ma devono trovare allo stesso tempo le forme per liberalizzare maggiormente l'accesso alla dirigenza di coloro che hanno seguito altri percorsi formativi altrettanto rigorosi sul piano della durata, contenuti e metodi e che dimostrano di possedere tali competenze.

Garantire la comunità assicurandosi che chi assume posizioni di alta responsabilità ne abbia le necessarie competenze, ma al tempo stesso «liberalizzare» maggiormente l'accesso alle posizioni manageriali in presenza di percorsi, di *curriculum* di studi e professionali e di dimostrate attitudini a capacità manageriali che possano sostituire il titolo formale.

Per quanto riguarda gli incentivi allo sviluppo delle competenze manageriali e al loro riconoscimento, si osserva che anche nel sistema pubblico si sono aperte nuove e interessanti opportunità. La revisione delle norme sul pubblico impiego e i nuovi contratti del comparto sanità e della dirigenza che distinguono la retribuzione tabellare, quella legata alle funzioni (ad esempio alla diversa ampiezza e complessità delle funzioni manageriali ricoperte), quelle legate ai risultati consentono più elevati margini per incentivare sul piano economico le professionalità reali, il merito e la qualità del lavoro. A sua volta, il sistema di selezione del personale, con la possibilità di contratti a tempo determinato di diritto pubblico o privato o con altre forme contrattuali per «funzioni di alta qualificazione non disponibili presso gli enti e le aziende sanitarie», consentono anche riconoscimenti di carriera e professionali al di fuori dei tradizionali schemi formali.

Non si può tuttavia negare, in conclusione, che il sistema formativo (in generale) e quello del *management* della sanità e delle

professioni sanitarie (in specifico) sia ancora in una fase di passaggio, molto legato e bloccato a «riconoscimenti formali» più che alla capacità di riconoscere la professionalità e le competenze reali. Facendo una analogia, forse poco riverente ma espressiva, si potrebbe dire che, dopo aver scoperto con grande ritardo l'importanza del management per il settore sanitario (rispetto alle prime esperienze in questo settore che anche nel nostro Paese risalgono a circa vent'anni fa), oggi i competenti organi universitari e del sistema sanitario sembrano più preoccupati di scrivere e approvare per legge le «ricette» per formare le conoscenze e le competenze manageriali (definizione delle strutture dei programmi) che non di individuare «buoni cuochi» (ossia validi *manager*). Ancora una volta si ripropone una alternativa di fondo che mantiene il proprio valore in ogni tempo e in ogni sistema:

— è preferibile il ristorante che sceglie buoni cuochi o quello che espone le migliori ricette?

— è preferibile una amministrazione che ha burocrati (oggi *manager*) capaci e leggi non del tutto valide (come sosteneva Ottone di Bismarck) o avere leggi tecnicamente e giuridicamente perfette gestite da burocrati (*manager*) incapaci?

— è preferibile avere una dirigenza sanitaria, una dirigenza infermieristica che «sa dirigere» o una dirigenza che ha acquisito titoli formali «per dirigere», spesso certificati da qualcuno che è un buon tecnico, un buon professionista, ma che ha solo nozioni scolastiche del *management*?

La domanda sembrerebbe retorica e la risposta obbligata, ma, purtroppo, così non è. Nella nuova Babele della moderna società fatta di immagini, di informazioni non verificabili, di comunicazioni non controllabili, di poteri formali compresi quelli di «certificare le competenze», spesso risulta vincente «non chi sa (o meglio chi è, *manager* nel caso specifico) ma chi appare». A ognuno di noi, nei rispettivi ambiti ed esercitando le rispettive responsabilità spetta il dovere di trovare i modi e le forme per ristabilire un corretto «ordine delle cose».

Franco Toniolo

*Regione Veneto
Segretario Regionale al Settore
Socio Sanitario*

Non è certo un luogo comune affermare che il cambiamento ispira timore, al quale deve aggiungersi, in ragione dei rapidi cambiamenti che ci sono stati nell'ambito sanitario, in genere (e che sembrano non ancora conclusi), e professionale in particolare, un certo disorientamento degli operatori, a qualsiasi livello nell'organizzazione delle aziende sanitarie.

Per questo motivo, è indispensabile preoccuparsi di diffondere in modo capillare i nuovi strumenti che ci sono dati, affinché le nuove regole non restino enunciazioni teoriche, ma vengano tradotte nella quotidianità della professione; ed a questo compito sono chiamati tutti i soggetti attori del cambiamento, Regione compresa, al fine di evitare, anche, che il disorientamento porti ad una caduta del «sentire» le professioni sanitarie.

Al riguardo non va sottaciuta una forte preoccupazione relativa al drammatico problema della formazione degli infermieri professionali che, mentre giustamente si pongono il problema di un loro più incisivo ruolo, rischiano condizioni pesanti nel concreto esercizio della loro professione. Regioni, ministeri, università, aziende, collegi professionali e rappresentanze sindacali dovrebbero prestissimo e con coraggio affrontare questo problema.

Per quanto concerne in particolare le professioni sanitarie, la nuova legge sulla «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della vigilanza e dell'ispezione e della professione ostetrica», si pone coerentemente in linea con quanto già contenuto nella legge 42 del 26 febbraio 1999 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie» (della quale, però, si è ancora in attesa dei decreti di attuazione), la quale ha sostanzialmente fatto venir meno l'oramai antistorico «mansionario» che descriveva una serie di compiti vincolati alla prescrizione di altri sottolineando il nesso di indissolubilità tra «autonomia» e «responsabilità». A tal proposito un elenco lungo e forse non esaustivo può rendere l'idea dello sviluppo di questa professione, i cui membri sono oggi responsabili:

- dell'accoglienza dell'utente;
- della corretta informazione;
- dell'educazione;
- della qualità dell'assistenza;
- del trattamento dei dati;
- dell'atto discendente dalla scelta autonoma nell'ambito delle proprie competenze;
- della coerenza dell'atto rispetto al piano assistenziale;
- che le scelte operate nei punti precedenti si inseriscono armonicamente in una più ampia pianificazione delle attività dell'Unità operativa;
- della condivisione degli obiettivi della Unità operativa;
- del raggiungimento degli obiettivi anche ai fini della produttività collettiva;
- che le scelte dallo stesso operate rispondano ai principi di economicità.

Soprattutto questo nesso, che costituisce il filo conduttore di tutte le riforme in ambito pubblico che hanno caratterizzato questo decennio, deve essere portato alla luce e costantemente tenuto ben presente nel momento in cui, la regione da un lato, e le aziende dall'altro, dovranno por mano alla stesura delle linee di organizzazione aziendale.

Mi sia consentita qui una apparente divagazione. Credo che sia legittimo pensare, pur in un quadro unitario sugli aspetti fondamentali del Servizio nazionale, a modelli regionali anche diversi tra loro.

La sanità è infatti materia costituzionalmente attribuita alle regioni, pur in un quadro, appunto, di garanzie fondamentali per il cittadino.

Su un piano assolutamente diverso si pone il rapporto tra regione e aziende territoriali ed ospedaliere. Qui la regione ha funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, e non ha funzioni gestionali.

Ancora, per chiarire, l'atto aziendale (che anche per le tematiche qui approfondite è importante) è certo adottato dall'azienda, ma su criteri definiti dalla regione, che non siano né dettagliati, né vaghi, ma che consentano che si definisca e operi un sistema regionale.

Una problematica particolarmente scottante in tale contesto sarà il contemperamento delle varie componenti sanitarie all'interno dell'azienda, o meglio la definizione dei ruoli e delle relazioni tra le varie categorie di professionisti (vedi per tutti, medici-infermieri).

Affinché il processo di aziendalizzazione di cui tanto si parla possa trovare compiuta realizzazione nel suo intrinseco significato, e cioè orientamento della gestione ad un corretto principio di economicità, ed ancora coniugare le esigenze di efficacia, equità e qualità dei servizi socio-sanitari con l'efficienza nella erogazione dei medesimi, è necessario che siano chiare le linee sulle quali si sviluppa l'organizzazione all'interno delle aziende, «chi fa che cosa», e, soprattutto che siano portati a conoscenza di tutti e condivisi gli obiettivi dell'azienda nel suo complesso.

A tal proposito va esplicitato come sia fondamentale definire in concreto e non più solo a livello normativo qualche strumento idoneo, anzi indispensabile per l'innovazione dell'organizzazione aziendale, in grado di gestire il cambiamento. Parlo innanzi tutto del dipartimento. È veramente giunto il tempo di generalizzare le esperienze in atto in molte regioni, fra cui il Veneto. Progettando e attuando finalmente una diversa responsabilità nelle strutture dove sia meglio identificabile il ruolo e la funzione clinica e quella assistenziale, con reciproca soddisfa-

zione credo dei due principali attori: i medici e gli infermieri, anche dirigenti.

Quello a cui sempre più spesso capita di assistere è che il personale appartenente alle professioni sanitarie, oltre a costituire risorsa per l'azienda, è il gestore di importanti e considerevoli risorse nell'organizzazione (umane, tecnologiche, ecc.) e svolge tale importante ruolo senza una adeguata informazione del perché si richiedono da lui determinati comportamenti. Quello che non appare chiaro è la visione d'insieme del sistema all'interno del quale ci si sta muovendo. Ancora, l'atto aziendale, assieme agli altri strumenti contrattuali e normativi a disposizione delle aziende, può essere una formidabile occasione di innovazione.

Importantissima, quindi, in tale contesto il ruolo della formazione di tutti gli operatori sanitari.

Per concludere va richiamata l'importanza della definizione dei principi da cui muovere per la definizione della competenze distintive per gestire il cambiamento della funzione/ruolo delle professioni sanitarie. Importante che tali principi facciano parte del bagaglio culturale dei professionisti in argomento, affinché la tanto auspicata dirigenza per le professioni sanitarie, possa essere dirigenza a tutti gli effetti, e non un mero riconoscimento giuridico ed economico. La regione del Veneto, assieme a molte altre, è impegnata su questa linea.

Antonio Aprile

*Direttore Generale
Azienda U.S.L. n. 7*

L'introduzione in Azienda delle tre importanti innovazioni previste dalla nuova legge sulle professioni sanitarie (legge 251 agosto 2000) fa sì che ogni Direttore generale possa contare su un Comitato di direzione nel quale sarà presente anche la figura del Dirigente infermieristico che contribuirà con gli altri componenti del Comitato a definire le strategie, le risorse, gli strumenti di direzione aziendale.

Concordo con quanto più volte ribadito dal Ministro della sanità nell'affermare che la dirigenza è la strada attraverso la quale

una professione recupera in pieno la sua autonomia e contribuisce in modo attivo ad una collaborazione con il «sistema Azienda».

Questo significa per l'Azienda poter disporre non solo di una nuova figura di dirigente, ma di un sistema gestionale infermieristico articolato a vari livelli di complessità grazie al quale portare in seno al gruppo dirigente il particolare modo di leggere i bisogni della persona tipico della cultura infermieristica. Ciò significa cogliere le priorità assistenziali e proporre soluzioni organizzative

congruenti con gli obiettivi aziendali e professionali.

Per gli infermieri significa invece partecipare alle strategie e alle scelte, vedere il proprio lavoro valorizzato e utilizzato per la sua specificità, diventare una presenza reale e non solo di supporto nella vita dell'organizzazione aziendale.

Ecco perché, in qualità di Direttore generale, ho introdotto nello *staff* aziendale ed in rapporto diretto con la Direzione sanitaria, il Servizio infermieristico attribuendogli spazi di autonomia e funzioni riguardanti l'ottimizzazione, il coordinamento e il controllo di qualità delle prestazioni infermieristiche erogate dall'Azienda.

Le funzioni che gli sono state attribuite sono connesse alla sfera della:

— valutazione del fabbisogno e progettazione della formazione permanente del personale infermieristico ed ausiliario per i diversi presidi o servizi ospedalieri e territoriali;

— definizione del modello operativo riguardante l'attività infermieristica;

— supporto dell'attività di programmazione controllo generale della direzione sanitaria;

— verifica e miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica.

Il Servizio infermieristico si articola in due aree funzionali: assistenza infermieristica ospedaliera e assistenza infermieristica territoriale con compiti di:

— definire il fabbisogno delle risorse necessarie all'espletamento della assistenza infermieristica svolta dal presidio ospedaliero unificato e dai servizi territoriali ivi incluse le esigenze della formazione permanente;

— monitorare le caratteristiche e la qualità dell'attività infermieristica svolta nei servizi ospedalieri e territoriali dal personale infermieristico dipendente e convenzionato;

— coordinare la stesura dei protocolli operativi ai quali uniformare l'assistenza infermieristica a domicilio e l'attività di indirizzo funzionale volta a omogeneizzare i criteri operativi in ambito extra e intraospedaliero.

Per quanto riguarda i possibili problemi con le altre Unità operative aziendali, penso che il recepire la legge 251 si tradurrà per l'Azienda in un'opportunità in quanto il processo infermieristico permea tutti i settori operativi aziendali, contribuendo in modo significativo al raggiungimento dei risultati di efficienza, efficacia ed economicità.

Credo infatti che la reingegnerizzazione dei processi considerati core e quindi l'introduzione del Servizio infermieristico quale organo che sovrintende alcuni processi trasversali nell'Azienda, sia, secondo le logiche del *Total Quality*, un investimento che a lungo andare contribuirà a far gestionalmente subito bene le cose giuste per evitare di correggerle successivamente con un costo maggiore.

Inoltre ci consentirà di identificare i segnali deboli portando a soluzione i problemi prima che essi si evidenzino in modo forte, introducendo un processo di miglioramento continuo con flessibilità, disponibilità e tempestività per far fronte *just in time* alle nuove richieste assistenziali provenienti dal cliente sia interno che esterno.

Nell'attuale scenario la risposta di un'Azienda sanitaria è di focalizzarsi sul suo core business identificandosi in un'organizzazione processiva che cresce secondo le logiche della *learning organization*. E in un'organizzazione che apprende si deve cambiare il modello di riferimento: i nuovi fattori critici di successo sono le competenze distintive espresse dalle persone: l'individuo con i suoi comportamenti eccellenti è il vero vantaggio competitivo dell'organizzazione.

Ciò richiede dunque una forte attenzione alle risorse umane e il Dirigente infermieristico costituisce un valido punto di riferimento, in particolare nel rapporto tra il Servizio infermieristico e la gestione strategica del personale, per creare con *leadership* innovativa un clima di consenso tra gli operatori sanitari non medici che li induca ad assumersi in prima persona la responsabilità del cambiamento. Il Dirigente infermieristico è chiamato a svolgere un nuovo ruolo innovativo dove alla responsabilità tecnico-professionale, si aggiunge una responsabilità gestionale strategica e di *vision*.

Salvatore P. Cantaro

*Azienda Ospedali
Vittorio Emanuele Ferrarotto
e S. Bambino - Catania
Direttore Sanitario Aziendale*

Il dibattito sollevato dall'approvazione da parte della Commissione affari sociali della Camera del progetto di legge sulle professioni non mediche (divenuto legge 251 nell'agosto 2000) in realtà interessa diversi aspetti legati alla organizzazione delle Aziende sanitarie. D'un canto l'istituzione del diploma di laurea per le professioni «non mediche» costituisce atto tardivo di riconoscimento verso una crescente professionalizzazione di funzioni intermedie non più contorno dell'atto medico ma spesso decisive sul piano della concretizzazione degli *output* sia in termini di salute intesa come efficacia delle prestazioni che di efficienza dei processi; dall'altro, attraverso la formalizzazione della dirigenza infermieristica, le Aziende sono oggi poste a fronte di problematiche di tipo innovativo che, nel prestarsi a molteplici giudizi ed interpretazioni, danno spazio a diverse soluzioni sul piano organizzativo che possono anche assumere forme tra loro contrastanti.

Mi pare opportuno intervenire in questo dibattito assumendo al riguardo una impostazione non ideologica e preconcepita ma al contrario partendo dall'osservatorio reale e concreto della direzione sanitaria dell'Azienda ove opero e quindi dagli anni, cinque per la Sicilia, di riforma aziendale vissuti.

La nostra esperienza aziendale si è sviluppata attraverso due grandi fasi.

Una prima è stata dettata da criteri di riordino aziendalistici e ha prodotto una riorganizzazione ispirata a principi di ergonomia caratterizzata da un elevato numero di unificazioni, soppressioni o trasferimenti ad altri ospedali di UU.OO. non coerenti con la fisionomia di Azienda ospedaliera della struttura in quanto o improduttive o non rispondenti pienamente ad una domanda sanitaria o comunque frutto di una logica non legata a principi di programmazione.

La seconda fase di progettazione aziendale, ancora in corso, risulta più marcatamente orientata verso la qualificazione delle prestazioni ed in particolare verso il completamento dei principi contenuti nel piano di Progettazione globale esitato nel

marzo 1997 attraverso tendenze di percorso fra cui spicca la necessità di potenziare le attività di alta specialità attraverso anche una revisione dell'offerta dei posti letto che oggi costituiscono autentiche strozzature al dispiegamento delle potenzialità aziendali.

Va sottolineato, anche se intuibile, come nella prima fase la Direzione dell'Azienda abbia posto principalmente l'enfasi delle proprie iniziative sugli aspetti più normativi, puntando ad esempio a uniformare le procedure di gara e ad eliminare discrasie e diseconomie, avviando solo successivamente azioni più incisivamente innovative frutto di una politica programmatica di ridefinizione della propria offerta.

Solo da recente l'Azienda ha voluto prevedere l'istituzione del Servizio infermieristico con un atto deliberativo, ispirato a linee guida emesse al riguardo dall'Assessorato regionale, avviando così un processo che ancora non trova piena applicazione nell'Azienda.

Se, nel valutare gli ultimi anni di vita dell'Azienda, vogliamo misurare il livello di adesione alla politica aziendale da parte del personale non possiamo che registrare una maggiore disponibilità al cambiamento manifestata dalla componente infermieristica; infatti la dirigenza medica ha sostanzialmente teso a rallentare l'applicazione dei contenuti riformatori e ha visto nelle manovre riorganizzative una espropriazione della propria funzione dirigenziale e nelle misure volte a stabilire riferimenti e regole, come ad esempio nelle procedure di acquisto, una limitazione della propria autonomia clinica e professionale intesa come minacciata da una strisciante burocratizzazione.

Il ruolo svolto dal personale infermieristico e dalla sua dirigenza, operatori professionali dirigenti e più in particolare capisala, è stato invece in particolare presso questa Azienda rilevante nel processo di cambiamento al punto che probabilmente oggi le modifiche organizzative interne all'Azienda più significative sono state regi-

strate sul piano della funzione infermieristica.

Si è tra l'altro realizzato un completo trasferimento di competenze e responsabilità nella gestione del personale turnista attraverso la gestione del monte ore per la copertura dei turni da parte degli O.P.D. cui viene in atto affidata la individuazione del fabbisogno di ore in eccedenza e la programmazione annuale dell'assegnazione delle stesse attraverso la definizione di criteri obiettivi quali le carenze di personale e la complessità proprie delle Unità operative; da questo meccanismo è peraltro derivata la gestione complessiva del *budget* incentivante di reparto assegnato alla responsabilità del caposala che tende in via generale ad utilizzarne il meno possibile per le necessità di turnazione ed a riservarne la maggiore quota per il premio di risultato.

Inoltre mentre in genere nell'Azienda si è registrato un fitto contenzioso ed incomprensioni fra i dirigenti medici in ordine alle modalità di ripartizione delle quote incentivanti, l'introduzione di una scheda di valutazione del personale a mezzo dell'attribuzione di «score» rispetto a parametri predefiniti ma comunque condivisi — disponibilità al servizio, attenzione verso l'utenza, rispetto dell'orario ecc. — ha praticamente abbattuto il livello di conflittualità fra gli Infermieri professionali.

Anche nella recente riorganizzazione della funzione di Pronto soccorso, ove la costituzione del Deu, l'introduzione del Triage e dell'Osservazione breve hanno rappresentato una profonda modifica di sistemi operativi consolidati, il contributo al cambiamento offerto dalla funzione infermieristica è risultato decisivo per l'affermazione di una nuova operatività così come la stessa attività del Circolo di qualità aziendale ha trovato la maggiore spinta propulsiva nei Capisala che hanno anche saputo indicare alla stessa Direzione generale percorsi gestionali innovativi.

Dall'esperienza in atto siamo in condizione di ricavare un dato di contesto positivo riferito alla dirigenza infermieristica per

quanto riguarda la sua capacità di assecondare il processo di riforma in corso (che trova nella legge 251 una notevole accelerazione); ciò se dipende in larga misura da doti di apertura culturale derivata dall'assenza di posizioni volte alla conservazione di privilegi, per altri versi trova anche corrispondenza in una crescente professionalizzazione del ruolo più accentuata in alcune situazioni, ma comunque generalizzata a tutti i livelli dell'ospedale.

Va da se che queste considerazioni mi inducono a pronunciarmi in maniera convinta per la necessità di istituzione del Servizio infermieristico all'interno delle Aziende sanitarie non fosse altro come strumento contenitore dell'incrementato spessore professionale della funzione infermieristica.

Penso che il processo di cambiamento debba comunque definire alcuni spetti ancora poco chiari, anche nella nostra situazione, in merito a cosa comporti l'avvio a regime del Servizio infermieristico e quindi, ad esempio, il livello di trasferimento di funzioni e di autonomia e la collocazione organizzativa dell'Unità organizzativa.

La prima questione non può che evidenziare una sorta di ambivalenza di funzioni del servizio che accanto ad attività gestionali deve riconoscere anche compiti legati alla organizzazione del lavoro, alle problematiche della turnazione e a quanto storicamente pertinenza del personale infermieristico.

Ora se questo dato può costituire una contraddizione va comunque chiarito che a mio avviso la forza del Servizio infermieristico consiste proprio nel *mix* fra le due funzioni, ovverosia nella capacità di saper sommare ai ruoli tradizionalmente svolti una moderna capacità direzionale allineata ai contenuti aziendali.

Credo infatti gravemente minacciato nella propria natura una visione burocratica del Servizio infermieristico, non posto anche al governo della competenza professionale della funzione assistenziale e che fatalmente

finirebbe così per gestire solo le attività delegate sotto il profilo amministrativo. Non dobbiamo al riguardo dimenticare come il maggiore disagio dei Capisala sia stato registrato nell'ultima fase proprio dal preponderante peso dei compiti amministrativi assegnati, la cui figura va rivalutata sotto il rilievo professionale del ruolo, quali il carico e scarico farmaci, i rapporti con il Provveditorato, vissuti tutti come limitazione della capacità professionale.

Inoltre ritengo che il Servizio infermieristico, che mi pare non possa che essere posizionato nell'organigramma alle dirette dipendenze della Direzione sanitaria dell'Azienda in ragione delle connotazioni di governo complessivo e di indirizzo posseduti, non può essere considerato come una struttura ad autonomia limitata; al contrario penso di poter affermare che proprio il respiro ed il «futuro» che potrà avere assegnato il Servizio infermieristico dipenderanno in larga misura dall'autonomia di cui lo stesso potrà godere.

In buona sostanza la mia opinione è quella di assegnare al Servizio il più ampio ventaglio di competenze attribuibili alla dirigenza infermieristica nel senso che ogni limitazione agli spazi di azione potrà pregiudicare la funzionalità operativa.

Non credo che esistano al riguardo innovazioni o riforme a metà ma al contrario penso che si debba scommettere fino in fondo su una capacità di governo di una componente sanitaria che giudico fra le più adatte ad interpretare il cambiamento.

E certamente il livello di autonomia dovrà comprendere:

— la gestione del personale infermieristico anche sotto il profilo della assegnazione alle unità operative;

— la programmazione ed il coordinamento di tutte le attività infermieristiche;

— la definizione di protocolli assistenziali e la valutazione delle stesse prestazioni assistenziali;

— la formazione del personale in coerenza con gli indirizzi aziendali.

Il Servizio infermieristico potrà assumere necessariamente anche un ruolo di orientamento culturale complessivo della componente infermieristica favorendone la crescita e la consapevolezza professionale non solo attraverso l'aggiornamento ma anche con una sempre più incisiva partecipazione alla dinamica aziendale ricavando spazi di iniziativa anche con una attiva partecipazione alla negoziazione budgettaria fra la Direzione e le UU.OO. con la individuazione di obiettivi di Miglioramento continuo della qualità (M.C.Q) nella organizzazione del lavoro infermieristico.

L'attuale sfida fra pubblico e privato inoltre potrà trovare in un organismo quale il Servizio infermieristico uno strumento adeguato alla interpretazione di nuove funzioni e nuove modalità operative come l'accoglienza verso gli utenti che riconosce nel personale infermieristico un attore principale mentre anche le problematiche legate al *comfort* potranno trovare nel Servizio un momento di attenzione.

Vorrei aggiungere conclusivamente che qualcuno potrebbe obiettare che nella nuova sanità riformata si rischia di aggiungere con il Servizio infermieristico un nuovo elemento di confusione organizzativa ad un numero di snodi di «interessi» che tendono a moltiplicarsi reclamando spazi di autonomia (vedi il Consiglio dei sanitari, il Collegio di direzione, la conferenza dei Sindaci, le delegazioni trattanti, ecc.).

Credo invece che nel caso specifico l'individuazione di un nuovo livello di responsabilità organizzativa e direzionale, nel costante aumento di complessità della organizzazione dell'ospedale che non può essere compensato solamente da un incremento del livello di *management* e delle capacità direzionali, possa essere utile a «smontare» funzioni dell'ospedale affidandone il controllo a nuovi soggetti e contribuendo così a semplificare una struttura che solo in questo modo può garantire un adeguato funzionamento integrato delle sue varie componenti.

Giovanni Faverin

Segretario Generale Regionale
Cisl Fps Veneto

L'epoca della «piena contrattualizzazione del rapporto di lavoro» con la sua miscela di legge e contrattazione collettiva sta aprendo una nuova stagione per le professioni in sanità.

In tutti i contratti pubblici lo spostamento del baricentro dal vertice (Roma) alla base (azienda) è stato importante non solo su materie come l'applicazione degli ordinamenti ma anche sull'individuazione di nuove «posizioni organizzative» nelle aziende sanitarie.

Il cammino non può dirsi concluso definitivamente ma i contenuti della legge n. 251 del 10 agosto 2000 costituiscono una tappa fondamentale al pieno riconoscimento dell'autonomia delle professioni infermieristiche, tecniche e di ostetricia.

Ridisegnare l'organizzazione e la mappa delle responsabilità nelle nuove aziende significa rivalutare le professioni con contenuti di autonomia e responsabilità sui risultati.

Il percorso di valorizzazione e completamento dei processi di regionalizzazione del S.S.N. e di aziendalizzazione confermati nella recente riforma della sanità, consentono alle professioni sanitarie del comparto una definitiva valorizzazione nell'ambito della comunità locale

Se la nuova classificazione del comparto consente una articolazione più flessibile e in grado di garantire percorsi retributivi all'interno di ciascuna qualifica, la «dirigenza», quella prevista dal D.L.vo 29, rimaneva una strada sbarrata alle professioni del comparto.

Ora con l'approvazione della legge n. 251 si completa definitivamente il percorso di carriere nell'azienda sanitaria che porta infermieri e tecnici a «dirigere» e non solo coordinare le attività.

Sindacalmente questo significa non pensare genericamente a come applicare il contratto decentrato integrativo in base alla disponibilità economica dei fondi aziendali ma ripensare coraggiosamente la dotazione organica delle aziende sanitarie.

Solo fino a qualche anno fa pensare ad un ruolo di «dirigente infermieristico e tecnico» sembrava utopistico.

Ora le caselle da riempire ci sono tutte. L'azienda sanitaria, infatti, oltre ai sistemi premianti relativi alla produttività, potrà costruire una nuova dotazione organica che contenga il «percorso di valorizzazione» dei suoi professionisti attraverso i nomi della «progressione orizzontale, verticale, di posizione organizzativa e di dirigenza».

Dalla categoria C, come ingresso per le professioni citate, si potrà costruire un percorso che consente selezioni verso la categoria D e DS per terminare all'incarico di dirigente che l'azienda può confermare in base alla nuova legge sulle professioni sanitarie.

Inizia quindi una nuova fase di contrattazione della «dotazione organica del futuro» a livello di ogni singola azienda.

Questo percorso non sarà facile, si scontrerà, infatti, con il timore di alcune professioni mediche amministrative e organizzative di vedere ridimensionato il loro ruolo nell'azienda.

Né è pensabile che ridisegnare nuove dotazioni organiche significhi lo scorrimento sostanziale della maggior parte dei dipendenti a gradini economici e giuridici superiori.

La cultura delle sanatorie ha spesso finito per vanificare ogni sistema di ricompensa professionale garantendo alla maggior parte dei lavoratori una gratifica economica basata più sull'anzianità che sul merito.

La frammentazione della rappresentanza sindacale e la complessa attività di negoziazione tra amministrazioni, RSU e sindacato, non aiuterà il percorso di applicazione della nuova filosofia di valorizzazione delle professioni del comparto sanità.

I vincoli economici da parte delle aziende consiglieranno sicuramente cautela nel nuovo percorso, ma guai anche ai nuovi direttori generali che non sapranno interpretare la portata innovativa offerta dalla legge n. 251.

Le ragioni aziendali che sostengono la riqualificazione della dotazione organica sono molte. La riforma *ter*, a proposito della necessità di investire nelle risorse profes-

nali cita: «[...] presupposto aziendale nel crescente livello di managerialità, insito nei processi gestionali delle strutture sanitarie, deve essere guidato da persone capaci di governare la complessità con:

- a) competenze organizzative;
- b) riconosciuta autonomia degli operatori in campo professionale e gestionale ecc.».

Concretamente ciò significa non politiche di sviluppo del personale casuali, ma da attente politiche professionali di carriera in merito a:

- a) sviluppo professionale (specializzazioni...);
- b) responsabilità (a livello di servizio, unità, dipartimento, presidio, azienda);
- c) flessibilità organizzativa;
- d) riduzione costi aziendali in rapporto al miglioramento dei servizi resi.

Nei prossimi anni puntare ai ruoli di coordinamento, specializzazione e direzione significa diminuire i costi rappresentati dall'inefficienza «di processo» delle attività di assistenza. Le professioni tradizionali, infatti, perdono oggi molta della loro storia di «prestatori di lavoro» e si arricchiscono di contenuti, di coordinamento, ricerca e supervisione chiaramente individuabili nell'azienda.

La diminuzione del personale infermieristico e l'ingresso massiccio dell'operatore socio-sanitario, costringerà le aziende al ridisegno dei piani di lavoro e del flusso delle attività dell'assistenza.

Direzione di azienda, di presidio, di dipartimento e di unità operativa diventeranno le matrici che nella nuova dotazione organi-

ca consentiranno il trasferimento e coordinamento delle competenze e responsabilità ai livelli dell'assistenza diretta.

Finanziare questo ridisegno della dotazione organica sarà compito delle Aziende sanitarie, ma sarebbe auspicabile che le regioni finanziassero l'intera operazione con fondi del bilancio regionale.

Ciò consentirebbe ai Direttori generali di poter affrontare la riorganizzazione delle attività assistenziali con professionisti responsabili e impegnati nella *mission* aziendale e non solo professionale.

Qualche regione ha già finanziato questo disegno di riqualificazione della dotazione organica prima della conclusione dei contratti decentrati integrativi in modo da assicurare alle aziende il necessario sostegno economico alle politiche di valorizzazione delle professioni del comparto e legarle alla riorganizzazione regionale.

Non si tratta di finanziare un altro contratto a livello regionale oltre quello nazionale ma di pensare alla struttura professionale delle nuove aziende sanitarie che necessariamente dovranno diminuire i posti letto, aumentare la flessibilità e i servizi territoriali non solo domiciliari ma anche residenziali in RSA Hospice, Case di riposo.

Ora nessuno può dire «che manca» la possibilità di responsabilizzare ogni professione ai fini dei risultati aziendali. Morta la vecchia pianta organica, dalla dotazione organica flessibile e in continua evoluzione sarà possibile pensare alle «risorse umane necessarie» anche nelle aziende sanitarie e ospedaliere del nostro paese.

Roberta Mazzoni

Direttore del Dipartimento Assistenza Infermieristica, Tecnico-Sanitaria, Riabilitativa ed Osterica Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Roma

L'Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini è un complesso ospedaliero costituito in Azienda autonoma con tutte le caratteristiche delle Aziende ospedaliere di alta specialità di cui all'art. 4, comma 2 del D.L.vo 502/92 così come integrato dal D.L.vo 517/93, erogante prestazioni di altissima complessità in tutte le specialità e dal Sistema emergenza sanitaria 118 di Roma e provincia.

Ha una dotazione di 1689 posti letto: 1479 posti letto ordinari; 210 posti letto di *day hospital*.

La tipologia della azienda ad elevata attività assistenziale è confermata dalla presenza nell'anno 1999 dei suddetti criteri:

- sede di D.E.A., 2° livello;
- 3° livello per l'assistenza perinatale;
- 243 DRG diversi con più di 50 dimessi/anno;

- 26 specialità attive nella struttura;
- 3,88% del totale delle dimissioni sono considerate gravi sulla base del D.R.G. più frequenti;
- 773218 richieste di intervento sanitario ricevuto al S.E.S. 118, di cui 179.000 circa hanno determinato l'invio dei mezzi di soccorso.

L'organizzazione aziendale articolata su base dipartimentale, prevede la definizione di otto dipartimenti di tipo sanitario e di cinque di tipo amministrativo e professionale.

Queste caratteristiche logistiche e organizzative delineano la complessità organizzativa e gestionale che la Direzione aziendale governa, avendo come obiettivo il miglioramento complessivo della qualità assistenziale (efficacia clinica, continuità del percorso assistenziale, soddisfazione del cittadino) congiuntamente agli aspetti di economia ed efficienza gestionale.

I numerosi cambiamenti legislativi ci invitano alla ridefinizione di nuove modalità organizzative nella erogazione dei servizi sanitari, dove la capacità di leggere ed interpretare il bisogno sanitario espresso dal cittadino diventa il vero e unico criterio nell'erogazione dei servizi sanitari, contestualmente alla necessità di valorizzare le singole professionalità come attori protagonisti del processo di cambiamento.

I nuovi contesti normativi, inoltre, hanno altresì evidenziato la necessità di ridefinire le competenze gestionali e manageriali delle figure professionali deputate a livelli di coordinamento e di direzione all'interno delle Aziende, ridisegnando, competenze, responsabilità, conoscenze, ambiti di azione e spazi decisionali.

L'Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini ha intrapreso un processo di riorganizzazione delle professioni sanitarie che ha determinato nel luglio 1998 l'istituzione del Servizio infermieristico aziendale e nel settembre 1999 la nascita del Dipartimento dell'assistenza infermieristica, tecnico-sanitaria, riabilitativa ed ostetrica, struttura che eroga, gestisce, organizza e valuta le funzioni assistenziali necessarie al bisogno sanita-

rio espresso dal paziente attraverso la direzione complessiva di circa 4.200 operatori.

Il presupposto concettuale che ha guidato i cambiamenti organizzativi trova la propria genesi sulla analisi del processo di cura, come processo logico, costituito da più azioni professionali necessarie al soddisfacimento del bisogno espresso o latente del paziente; processo che necessariamente vede integrarsi in maniera armonica attività erogate dal personale medico ed attività erogate dal personale sanitario non medico.

L'analisi evidenzia altresì, da un lato le attività di diagnosi e terapia che vedono come attore unico il medico, dall'altro le attività assistenziali ad opera delle professioni sanitarie non mediche (come attività autonome) necessarie e finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di cura.

L'evoluzione del ruolo medico all'interno dell'organizzazione ospedaliera, inoltre, ha profondamente modificato gli ambiti di competenza del personale sanitario, evoluzione che attraversando un'era così definita artigianale ha determinato una connotazione professionale chiaramente di tipo tecnologico, dove le metodiche diagnostiche e terapeutiche così caratterizzate hanno determinato e sempre più specializzato il sapere medico. Questo professionista si configura quindi quale operatore sempre più specialistico e sempre più capace di analizzare dati epidemiologici, di gestire e mettere in atto azioni basate su evidenze scientifiche che guidano il proprio ambito di azione e che migliorano la qualità delle cure.

Esiste tuttavia la necessità di governare questo processo di cambiamento. L'operatore «non medico», in particolare, deve essere messo nella possibilità di gestire e prendersi cura della persona in condizione di bisogno, di orientare e guidare il processo di assistenza in maniera coerente ed armonica ai bisogni della persona stessa, di gestire i processi sanitari provenienti dalle azioni dei professionisti coinvolti.

La strategia delineata dalla Direzione dell'Azienda ospedaliera si basa su un modello organizzativo e culturale tendente al miglioramento costante della qualità dell'assisten-

za e tesa alla soddisfazione dei bisogni di tipo sanitario espressi dalle persone.

Tradizionalmente l'organizzazione viene rappresentata come una piramide in cui vi è una struttura gerarchica e funzioni specialistiche verticali. Secondo la metodologia orientata ai processi, l'organizzazione viene vista come un insieme di flussi e attività interfunzionali (finalizzati ad erogare un prodotto/servizio per il cliente) coordinati da flussi informativi principalmente orizzontali. In questa logica il processo di assistenza infermieristica e tecnica, diventa uno tra i processi primari dell'Azienda.

La risposta ai bisogni espressi e latenti deve trovare un punto di equilibrio con l'insieme del sistema organizzativo centrato sulla persona, dove il ripristino della salute o il mantenimento delle attuali condizioni di vita, diventi il luogo d'incontro e di equilibrio tra la qualità complessiva dell'assistenza e le attese del cittadino.

Oggi l'ospedale e il sistema di emergenza territoriale sono luoghi dove s'incontrano e si intrecciano diversi soggetti e varie professionalità in grado di determinare le modalità assistenziali necessarie al processo di cura.

I principi culturali su cui si basa l'organizzazione del Dipartimento, in armonia con le più avanzate acquisizioni culturali europee, mira ad incrementare i livelli assistenziali coinvolgendo e motivando il personale come reale promotore e protagonista del processo assistenziale.

La necessità di coinvolgere e costruire sinergie collaborative deve favorire il raggiungimento di una concreta azione di programmazione, pianificazione e gestione che ha le sue radici nel rispetto delle singole competenze, responsabilità e autonomie.

Il presupposto del cambiamento si basa sulla definizione di un nuovo impianto culturale e metodologico attraverso:

— sviluppo della professionalità intesa come valorizzazione e affermazione della cultura specifica della professione stessa;

— promozione e predisposizione dei modelli organizzativi che vedono nelle capacità del singolo e del gruppo e nella soddisfazione dei bisogni del paziente la necessità di ri-

pensare a forme assistenziali più appropriate;

— affermazione di modelli assistenziali tesi al riconoscimento dei bisogni e problemi espressi dal paziente, modelli capaci di rispondere a requisiti quali:

1) efficacia ed efficienza clinico assistenziale;

2) appropriatezza e pertinenza del processo di assistenza;

3) parsimonia e razionalizzazione nell'uso degli strumenti e presidi;

4) ottimizzazione nella gestione delle risorse umane;

5) diritto all'informazione del paziente;

— creazione di relazioni professionali atte ad intensificare e rafforzare il senso di appartenenza all'Azienda, dove l'esigenza di ripensare al proprio ruolo diventa predisposizione favorevole al cambiamento.

In questo modo si realizza sia l'affermazione della dignità e centralità del paziente, sia l'affermazione del professionista come colui capace di rispondere a tali bisogni, garantendo nel rispetto delle conoscenze tecnico/scientifiche attuali la risoluzione più appropriata.

Funzione specifica del dipartimento dell'assistenza sarà la predisposizione e la messa in atto di modelli organizzativi in grado di rispondere alla progressiva complessità assistenziale.

In tal senso dovranno essere individuate aree funzionali di assistenza per tipologia e livello di criticità che introducano elementi di cambiamento, insistendo sulla uniformità del livello assistenziale piuttosto che sulle modalità interne di funzionamento delle unità operative.

Su tale base si possono ipotizzare, programmare e costruire nei Dipartimenti sanitari modelli organizzativi che contemplino la responsabilità infermieristica e tecnica dell'assistenza e dove i livelli uniformi di criticità sono l'elemento centrale su cui orientare forme di specializzazione, intesa come capacità di identificare i problemi posti dal paziente e favorire l'immediata messa in atto di azioni finalizzate alla completezza

dell'intero processo terapeutico secondo quanto di competenza.

Occorre stimolare e sperimentare modelli che sostituendosi all'articolazione tradizionale delle unità operative affianchino forme di gestione infermieristica nei luoghi di degenza organizzati secondo l'esigenza posta dai pazienti in relazione ai livelli di criticità evidenziati, modelli che consentano non solo una maggiore specializzazione del processo assistenziale e l'affermazione della professionalità, ma sappiano liberare professionalità mediche orientate nella specifi-

ca e peculiare funzione di diagnosi e impostazione terapeutica favorendo la personalizzazione e l'umanizzazione del rapporto con i singoli pazienti.

L'esigenza di un'organizzazione fondata su regole di integrazione e di complementarità degli interventi deve essere vissuta non come mezzo di trasformazione dei servizi per motivi essenzialmente economici, bensì come strumento per favorire il progresso scientifico e assistenziale delle discipline che vi afferiscono e dei professionisti che le esercitano.

Mauro Lombardi

*Caposala Reparto di Assistenza Sanitaria Integrata
Dipartimento Scienze Mediche
Azienda Ospedaliera
San Camillo-Forlanini - Roma*

Le esigenze provenienti dai cittadini ed i nuovi cambiamenti legislativi in campo sanitario inducono sempre più ad un ripensamento delle organizzazioni all'interno del pianeta sanitario. L'attenzione verso modelli capaci di rilevare i bisogni delle persone in una logica che sia di massima sensibilità verso i problemi espressi, mette a fuoco una visione di tipo «paziente-centrica», capace di attivare azioni tese alla cura e al miglioramento della qualità.

L'analisi dei bisogni, attraverso la lettura e la rilevazione indicata dal metodo di lavoro per processi, evidenzia che la soluzione dei problemi espressi dal paziente si compie attraverso la capacità di costruire «alleanze terapeutiche» fondate sulla reale identificazione di una rete socio-sanitaria capace di proteggere il cittadino, rete che si dirama e si articola in strutture sia a carattere strettamente sanitario sia a carattere sociale.

A fronte di queste nuove indicazioni e necessità occorre ripensare a forme organizzative dove sia evidente la «presa in carico» della persona, dove siano chiare le competenze e la capacità di risposta in un sistema articolato e integrato tra servizi, dove il riconoscimento delle singole responsabilità (unità multiprofessionali) guidi i professionisti coinvolti nell'esercizio delle attività. Le logiche organizzative nascenti ci conducono a modelli che, migliorando i meccanismi operativi al proprio interno — anche attraverso iniziative di «job description» o di reingegnerizzazione — consentano l'appli-

cazione e l'utilizzo di metodologie innovative facilitanti la presa in carico dei problemi della persona. Il tutto in un clima professionale teso al riconoscimento e alla valorizzazione delle singole professionalità attraverso meccanismi di integrazione e solidarietà tra gli attori coinvolti.

Le unità operative a gestione infermieristica rappresentano una possibile risposta per queste necessità e rappresentano una esperienza organizzativa nuova nella nostra cultura sanitaria. Alcuni progetti sono già in atto, ma riguardano per lo più strutture dedicate a pazienti con patologie cronico-degenerative (lungodegenza a gestione infermieristica, residenza sanitaria assistenziale) a differenza dei paesi anglosassoni dove già da tempo tutte le unità operative sono a conduzione infermieristica riconoscendo a questa categoria un ruolo attivo e fondamentale nel processo direzionale.

Il modello organizzativo che l'Azienda San Camillo-Forlanini, supportata dall'Osservatorio regionale intende sperimentare, prevede:

— il coinvolgimento in maniera attiva all'interno della struttura sanitaria del medico di base, quale co-responsabile del processo di cura del paziente;

— l'individuazione di un limitato gruppo di operatori sanitari medici dipendenti dell'Azienda identificati come responsabili clinici dei pazienti ricoverati in struttura;

— la sperimentazione di un modello gestionale a direzione infermieristica;

— la creazione di un'area medica organizzativa all'interno del dipartimento di scienze mediche, preposta alla direzione e gestione dei rapporti con i medici di medicina generale e a supporto delle unità operative a gestione infermieristica.

La struttura si caratterizza come unità operativa per pazienti con processi acuti in atto, che necessitano di un intervento integrato, dove la componente sanitaria risulta necessariamente alta sul fronte del nursing, e bassa o medio-bassa sul fronte dell'assistenza sanitaria medica.

Questo modello vuole dimostrare, attraverso una organizzazione innovativa, la necessità di creare strutture che riescano, sulla base di specifici obiettivi, ad affrontare problemi sanitari in maniera integrata.

La valutazione multidimensionale viene condotta all'ingresso del paziente in struttura dal medico responsabile e dal responsabile infermieristico, ed è da considerarsi il momento centrale per la programmazione delle cure e per la definizione degli obiettivi dell'*équipe* interdisciplinare.

L'analisi del problema e l'identificazione degli obiettivi conducono alla formulazione del programma degli interventi secondo un ordine di priorità assistenziale. L'intervento è l'elemento base dell'intero processo di cura ed è costituito dall'insieme delle attività specifiche necessarie al raggiungimento della prestazione. Questo presuppone la chiara identificazione delle responsabilità degli operatori coinvolti nell'atto assistenziale in un sistema di verifica e revisione della qualità, capace di monitorare il grado di *performance* del singolo nonché risalire all'operatore che eroga la prestazione. Tale sistema consente la possibilità di incrementare e valorizzare le capacità, competenze e attitudini dei singoli professionisti in una rete assistenziale dove l'integrazione multi-professionale e la motivazione che ne deriva permette la crescita e la valorizzazione dei singoli operatori, il riconoscimento dei propri spazi di autonomia professionale e la possibilità di esprimere la propria creatività nella individuazione di forme nuove ma al tempo stesso appropriate di assistenza.

Per il dipartimento dell'assistenza l'apertura dell'unità operativa ha avuto il significato di una grossa scommessa sulle possibilità della figura infermieristica e sull'applicabilità della legge 251 inoltre una recente indagine sulla qualità percepita ha dimostrato il gradimento da parte dei pazienti della struttura e delle sue modalità organizzative, classificandosi come la unità operativa meglio percepita all'interno dell'Azienda. Ovviamente, il rischio maggiore è rappresentato dalla precarietà legislativa che in questo momento vive la professione infermieristica e dalla mancanza di confronto sul territorio nazionale di strutture simili. Non possiamo parlare propriamente di svantaggi che derivano dalla presenza del reparto di Assistenza sanitaria integrata (A.S.I.); possiamo evidenziare le difficoltà interne all'Azienda dovute alla applicazione di una nuova metodologia organizzativa e valutativa risultata di non facile ingresso nel patrimonio culturale degli operatori sanitari dell'Azienda ospedaliera.

Per quanto riguarda l'autonomia, non si può negare che le difficoltà prima accennate abbiamo avuto un risvolto negativo su di essa nei primi tempi. Inoltre lo stesso personale sanitario non ha immediatamente metabolizzato le caratteristiche del progetto relative agli spazi di competenza ed ha fatto un grosso sforzo di formazione e crescita che non si può ancora considerare ultimato.

In particolare il personale infermieristico ha sofferto in generale di una sudditanza psicologica che l'abolizione del mansionario non ha automaticamente rimosso; il personale medico al contrario ha sofferto la mancanza di una organizzazione incentrata sulla propria figura professionale, ricercando anche nella U.O. quegli spazi fisici e temporali, canonicamente riservati.

L'ingresso dell'infermiere come figura interlocutorio affianco del clinico ha sicuramente spostato in alto il suo «peso specifico», ponendolo di fronte alle proprie responsabilità, sia istituzionali che professionale. Sarà la tenacia nel seguire questo percorso a stabilire la effettiva capacità/possi-

bilità di trovare spazi sempre più concreti di autonomia per la professione.

Spostare l'asse delle responsabilità organizzative dalla figura primariale a quella del coordinatore, offre la possibilità di «liberare» il clinico da attribuzioni che sottraggono tempo alle attività di indirizzo riguardanti la diagnostica e la clinica, diversamente il coordinatore ha per sua formazione un ap-

proccio diretto alla gestione del personale e della struttura.

La gestione integrata e la condivisione delle responsabilità nella definizione del *budget*, consente al binomio medico-infermiere di crescere insieme in un rapporto simmetrico, migliorando l'economia generale della unità operative, e quindi di riflesso dell'Azienda.

Stefano Manfredi

Responsabile Controllo
di gestione
ASL 20 Alessandria-Tortona

L'Asl 20 di Alessandria e Tortona è articolata in due distretti territoriali comprende un Presidio ospedaliero da circa 300 posti letto e sono presenti 1200 dipendenti distribuiti per metà sull'ospedale e per metà su territorio e dipartimento di prevenzione

In un contesto di risorse scarso qual è quello caratterizzante le Aziende sanitarie ed a fronte di aspettative sempre crescenti degli utenti, la strategia dell'Azienda è stata quella di aumentare lo spazio di azione e lo spazio di decisione degli operatori (dirigenti e comparto) attraverso da un lato lo sviluppo della capacità organizzativa del personale e dall'altro l'implementazione e la messa a regime di nuovi strumenti gestionali da utilizzare nel quotidiano.

La struttura organizzativa dell'A.S.L. è stata caratterizzata da un significativo cambiamento attraverso l'attivazione dei Dipartimenti sanitari ed amministrativi.

L'attivazione del dipartimento ha comportato la necessità di articolare le competenze del «professional» in modo diverso da quello dei gestori di risorse e quindi si è reso necessario ripensare e ridefinire il sistema delle responsabilità.

Lo sviluppo dei Dipartimenti come strutture organizzative e gestionali e non come semplici momenti di coordinamento implica:

- una maggiore capacità di analisi inter-settoriale da parte dei responsabili;
- una gestione più flessibile del personale all'interno del dipartimento;
- un'autonomia operativa decisionale a vari livelli nell'ambito della programmazione della Direzione;

— una complessiva crescita culturale dell'Azienda.

Il salto culturale sta soprattutto nella diversa distribuzione della decisionalità che non può essere accentrata tutta e sola nel responsabile della unità organizzativa.

Si prospetta l'esigenza di ampliare e/o ridefinire livelli decisionali e di responsabilità e di integrarli sempre più ai ruoli professionali e gestionali presenti nell'Azienda.

Obiettivo fondamentale e spesso dimenticato del Controllo di gestione è la guida al cambiamento, l'indirizzo ed il coordinamento dei comportamenti in funzione delle scelte definite nell'ambito della programmazione strategica ed operativa.

Nella Azienda sanitaria locale di Tortona la programmazione annuale trova esplicitazione nello strumento del *budget*, direttamente correlato al sistema incentivante attraverso una modulistica unica per il Centro di responsabilità, nel tentativo di rispondere alle esigenze sopra enunciate e permettere:

- una maggior articolazione, trasparenza, coordinazione e completezza da parte della Direzione nella formalizzazione e contrattazione degli obiettivi;
- una miglior definizione dei limiti e degli spazi cui è legata la responsabilità di ogni operatore;
- la distribuzione chiara delle competenze nell'organizzazione.

In questo senso il *budget* si pone anche come strumento di comunicazione tra i vari livelli dell'organizzazione, una comunicazione che sviluppa un linguaggio trasparente ed univoco e permette di fare chiarezza

sulla distribuzione delle responsabilità gestionali e operative.

Per l'anno 2000 è stato sviluppato un lavoro specifico relativo alle professionalità sanitarie tendente a favorire il menzionato sviluppo organizzativo mediante lo strumento gestionale del *budget*.

Si è voluto:

— articolare le responsabilità degli operatori sui risultati, cioè legare il sistema premiante ad attività e comportamenti concreti che gli operatori possano porre in essere;

— introdurre nuovi strumenti motivazionali basati sulla definizione e condivisione del ruolo assunto nell'organizzazione;

— coinvolgere direttamente il personale e specialmente i Capi sala nel processo di programmazione e controllo.

Gli obiettivi di attività e di efficienza assegnati ai capi dei Dipartimenti e delle Unità operative non vengono semplicemente «trasferiti» al personale medico ed infermieristico, tecnico-sanitario, ostetrico, ma trovano una declinazione negli obiettivi del personale sanitario non medico unitamente ad ulteriori obiettivi legati alla specifica professionalità interessata.

Il *budget* diventa sempre più uno strumento di comunicazione e di integrazione sia tra servizi ed *équipe* che all'interno di ogni *équipe*, in una logica che da un lato favorisca il rafforzarsi del gruppo e dall'altro generi meccanismi chiari e trasparenti di responsabilizzazione su risultati.

Nella costruzione degli obiettivi di *budget* relativi alle professioni sanitarie c'è stato un continuo coinvolgimento degli operatori pur mantenendo un riferimento costante agli obiettivi sottoscritti dai responsabili del Dipartimento e delle Unità operative, nel quadro e nei limiti della programmazione aziendale.

Dopo una prima breve fase di formazione dedicata ai coordinatori di Unità operativa è stato favorito lo sviluppo di una metodologia che privilegiasse il *training on job*, si è ritenuto, cioè, che il modo migliore di appropriarsi degli strumenti fosse quello di cominciare ad applicarli sul campo nella convinzione che la tanto conclamata crescita

della cultura aziendale non avvenga solo attraverso corsi di formazione ma anche con la condivisione e l'uso degli strumenti stessi.

È possibile oggi fare un primo bilancio sui risultati acquisiti dal lavoro posto in essere.

Attualmente riteniamo che in Azienda si sia ottenuto:

— una crescita nella consapevolezza dei ruoli ed un maggior riconoscimento reciproco da parte di tutti gli operatori, sia medici che sanitari non medici;

— una maggior trasparenza del sistema di definizione delle responsabilità in funzione dei risultati ed un miglioramento nella connessione del sistema premiante ai comportamenti ed attività concretamente manifestate;

— un più puntuale coinvolgimento degli operatori nei processi aziendali ed una consapevolezza maggiore delle componenti che vanno a costituire il prodotto finale che è poi la diagnosi e cura del paziente;

— una più concreta attenzione dei responsabili del Dipartimento e delle UU.OO. alle funzioni anche gestionali svolte dal personale delle professioni sanitarie.

Ci aspettiamo, inoltre, di ottenere in un tempo più lungo una crescita della cultura aziendale attraverso i summenzionati processi di coinvolgimento e responsabilizzazione.

A fine anno sarà possibile verificare se si è realizzata una miglior efficacia nel raggiungimento degli obiettivi, ma già da ora è realistico affermare che gli obiettivi enucleati con il metodo descritto sembrano essere più puntuali e finanche più ambiziosi degli obiettivi individuati negli anni precedenti dalle strutture centrali senza un reale contributo degli operatori interessati.

Lo sviluppo dell'ottica di processo e della qualità nella prospettiva del rapporto cliente-fornitore interno potrà trovare un supporto significativo nell'inserimento di obiettivi che si riferiscono ai processi operativi aziendali.

Su questa base sarà possibile anche concepire l'introduzione di quegli strumenti di valutazione del personale previsti dai con-

tratti basati su procedimenti aziendali chiari e trasparenti.

Le difficoltà e i pericoli insiti nella valutazione potranno essere limitati attraverso l'esplicitazione a priori di ambiti di responsabilità e risultati attesi.

In conclusione sembra possibile affermare che le novità contenute nel recente quadro normativo e nei contratti troveranno riscontro positivo nelle Aziende solo se verranno concepite come opportunità gestionali e non come adempimenti formali.

La carenza di cultura aziendale non dovrà essere un alibi ma un ambito di impegno

specifico per chi si occupa di formazione e di gestione nelle Aziende.

L'aumento fisiologico della complessità delle strutture che offrono servizi sanitari ci obbliga a superare la visione burocratica che individua nell'accentramento gerarchico lo strumento di controllo dell'organizzazione per sviluppare la visione gestionale che prevede un sistema chiaro e diffuso di responsabilità e di connessa decisionalità in un quadro che sostituisca le finte certezze dei sistemi rigidi con i rischi calcolati dei sistemi flessibili.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

LA RIFORMA DELLA MEDICINA GENERALE

Emanuele Vendramini

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

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Associazionismo - 3. Accordi decentrati - 4. Conclusione.

1. Premessa

Il ruolo e la funzione del Medico di medicina generale (MMG) sono probabilmente tra i temi di maggiore interesse all'interno del dibattito e del processo di riforma del Servizio sanitario nazionale.

L'importanza del tema deriva anche da dinamiche quali: l'incremento dell'età media della popolazione, la speranza media di vita e sulla modificazione della struttura familiare/sociale che inducono una sempre maggiore domanda di prestazioni sanitarie da parte di anziani (Longo, 1994). Il crescente numero di pazienti anziani ha inoltre comportato una modificazione sostanziale della domanda di prestazioni sanitarie da parte della popolazione: infatti, questa categoria di utenti si caratterizza per patologie di tipo cronico degenerativo con episodi acuti e soprattutto con una serie di fenomeni di subacuzie e postacuzie.

Queste modificazioni hanno portato non solo alla ricerca del miglior trattamento clinico, ma anche dell'ambito di cura maggiormente appropriato in cui tale trattamento debba essere offerto. Dall'analisi di questi fenomeni si è rafforzata la necessità di identificare nella figura del MMG l'interfaccia principale tra il paziente e l'insieme dei possibili ambiti di cura

(ospedale, RSA, assistenza domiciliare, ecc.).

Questo ha comportato la nascita del dibattito all'interno del SSN su quali debbano essere le funzioni che il MMG è chiamato a svolgere all'interno del sistema e quali gli strumenti di cui debba essere in possesso. Tale dibattito si è principalmente concretizzato nella presa di coscienza della necessità che il MMG ampli il proprio portafoglio di competenze, magari attraverso la presa in carico di alcune patologie non complicate ad alta prevalenza (ipertensione, diabete, ecc.).

In tal senso si inserisce la riscoperta del MMG come figura in grado di contribuire alla riprogettazione del sistema di offerta del SSN partendo dal governo della domanda.

Ultimamente, anche sotto la spinta legislativa (finanziarie 1997, 1998, 1999, 2000, riforma *ter*, ecc.), un numero sempre maggiore di aziende si sta interrogando in merito all'organizzazione, alla programmazione ed al controllo dell'assistenza territoriale; questo si è tradotto in un numero via via crescente di sperimentazioni inerenti alla riprogettazione organizzativa dei Distretti sanitari e socio sanitari, all'introduzione di *budget* di distretto e soprattutto di *budget* per i MMG.

In questo quadro e a partire dal recente accordo collettivo nazionale di lavoro per la medicina generale, si vuole qui affrontare il tema dell'associazionismo dei Medici di medicina generale e lo strumento degli accordi decentrati.

2. Associazionismo

Il tema dell'associazionismo rappresenta uno dei punti di maggiore criticità all'interno del dibattito sul ruolo del Medico di medicina generale nel SSN.

Si ritiene, infatti, che lo sviluppo di forme associative tra i MMG sia uno degli strumenti per il raggiungimento di obiettivi quali: la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza (Filippi, 1994; Bevilacqua, 1995).

Nonostante la complessità del ruolo e la varietà di soluzioni organizzative adottate nei differenti contesti, è possibile distinguere quelle forme organizzative che posizionano il MMG sul lato del governo della domanda, della progressiva riduzione della distanza con l'ASL ed il distretto in particolar modo, da quelle che invece lo collocano sul lato della produzione.

È consolidata, infatti, la convinzione che il passaggio da una pratica medica individuale ad una in rete o di

gruppo, anche inserita in strutture aziendali, rappresenti un percorso di progressivo avvicinamento dei MMG alle dinamiche delle ASL e del Distretto, spinga verso una maggiore integrazione con l'ospedale ed attribuisca al MMG, quindi, il ruolo di soggetto preposto al governo della domanda (cfr. Brunello, 1999; Vendramini, 1999).

Allo stesso modo è possibile identificare nelle cooperative un potenziale strumento per permettere ai MMG di svolgere la funzione di produttori e erogatori di servizi, potenziale perché le cooperative stesse sono sostanzialmente di fronte ad un bivio:

— sviluppare esperienze all'interno di accordi aziendali dove esse, a seconda dei casi, possano assumere o meno la gestione prettamente economica di servizi;

— agire in modo autonomo senza integrazione con l'ASL.

Nel primo caso la Cooperativa si caratterizza per essere un ulteriore produttore all'interno del panorama della sanità che offre i propri servizi all'azienda sanitaria secondo determinate modalità e sistemi retributivi; nel secondo caso le cooperative si caratterizzano per essere uno strumento di gestione e di coordinamento per i MMG, in quanto favoriscono il dialogo, il confronto tra loro, la condivisione di strumenti, linee guida, fattori produttivi.

A rendere, forse solo apparentemente, più semplice lo scenario delle forme associative sembra intervenire la Convenzione nazionale della medicina generale che all'art. 40, comma 3, classifica le forme associative secondo due fattispecie:

a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare, e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

b) forme associative, quali società di servizi, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e PLS iscritti negli elenchi della Azienda o dei comuni comprendenti più Aziende... In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai Medici di medicina generale associati.

Al comma 12 del medesimo articolo si legge che i MMG, di cui alla lettera a), possono far parte di cooperative e società di servizi senza alcun incentivo ulteriore ed avvalersi (comma 14) «di sedi associative, studi professionali, poliambulatori, beni strumentali, servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali, raccolta dati, ... ogni altro bene o servizio ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale e regionale individuato nell'ambito degli accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie».

È sicuramente singolare che quest'ultima frase venga ripetuta all'interno del medesimo articolo 40; probabilmente le Parti intendono sottolineare la differente funzione delle due forme associative: la prima, alla lettera a), ha lo scopo di ridurre la distanza tra MMG e Distretto, di incrementare il portafoglio prestazioni del MMG, mentre la seconda, strumentale alla prima, è di esclusivo «uso interno alla medicina generale».

Sembra, quindi, che il bivio non esista più per le Cooperative che devono svolgere un ruolo di supporto ai Medici di medicina generale posizionati dichiaratamente sul fronte del governo della domanda.

Questa posizione così netta assume connotazioni più sfumate nei commi 11 e 13 che lasciano intuire l'esistenza di spazi di negoziazione tra le Aziende

sanitarie e le cooperative/società di servizi, poiché entrambe prevedono la definizione, in sede di accordo decentrato, di un sistema di obiettivi, e di relativi incentivi, che escluda la fornitura di prestazioni sanitarie.

Questo esplicito divieto palesa l'intenzione delle Parti di non ampliare l'offerta di prestazioni sanitarie, ma di indirizzare la Medicina generale verso le dinamiche della domanda e della programmazione dei consumi.

In particolar modo, analizzando le forme associative disciplinate dall'art. 40, comma 3, lettera a), si evidenzia come le Parti abbiano convenuto che il modello organizzativo maggiormente diffuso, quello del medico che pratica da solo nel proprio ambulatorio con sporadici contatti con i colleghi e con rapporti con l'azienda pressoché assenti, possa considerarsi superato a fronte della nascita di legami funzionali e/o strutturali tra professionisti aventi la finalità di:

— facilitare il rapporto tra cittadino e medico;

— garantire un più elevato livello quantitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate (controllo e verifica tra pari);

— realizzare adeguate forme di continuità assistenziale anche attraverso modalità di integrazione tra medici;

— perseguire il coordinamento funzionale delle attività del MMG con i servizi e le attività del distretto;

— realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini dei servizi e delle attività dei MMG;

— perseguire maggiori e più qualificati *standard* strutturali, strumentali e di organizzazione delle attività professionali;

— condividere ed implementare linee guida diagnostico-terapeutiche per patologie a più alta prevalenza ed attuare momenti di verifica periodica.

Questi obiettivi, esplicitati nel testo della convenzione, sembrano evidenziare come le formule organizzative abbiano principalmente una funzione strumentale nel ridefinire il ruolo dei MMG. In particolar modo, tra le finalità sopra citate ve ne è una (linee guida e forme organizzative) che richiede maggiore approfondimento ed induce ulteriori riflessioni.

Le Parti firmatarie sembrano sottolineare come il vero fattore critico di successo è racchiuso nella possibilità che queste, a prescindere dal livello che le abbia prodotte, siano condivise tra gli attori che le dovranno applicare. Costruire o adottare linee guida che poi non vengono condivise e applicate non produce, infatti, un gran miglioramento della qualità, ma esclusivamente un ottimo esercizio teorico o una buona pubblicazione.

La lettera g) del comma 2 sembra accogliere completamente questa intuizione e utilizzare le forme associative (cooperative, medicina in associazione, in rete, di gruppo) come strumento di *peer review*, unica leva per il progressivo cambiamento di comportamento da parte di liberi professionisti inseriti in una realtà ultracomplexa.

Emerge, quindi, la necessità tanto delle aziende sanitarie quanto della Medicina generale di costruire un modello che contempra sia lo sviluppo di forme associative che la condivisione di linee guida. In particolar modo, l'Azienda sanitaria è chiamata a svolgere un ruolo di grande responsabilità in quanto ha l'obiettivo perseguire la maggiore condivisione possibile non solo all'interno della Medicina generale, ma anche tra il personale medico sia dipendente che convenzionato esterno. Evidentemente una linea guida riferita ai pazienti diabetici non involuola dipendenti deve vedere il coinvolgimento e la condivisione del personale medico del centro sul diabete e

dei medici specialisti convenzionati, pena il rischio di comportamenti «schizofrenici».

A complicare ulteriormente il panorama dell'assistenza sanitaria di base concorre il confronto tra l'analisi delle forme associative disciplinate dalla convenzione (medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo) e la realtà eterogenea del Paese: sorge infatti il dubbio che il percorso delineato dalle Parti sia forse eccessivamente ottimistico.

Infatti il primo scalino previsto dalla convenzione, quello della medicina in associazione, prevede:

articolo 40, comma 4, lettera j): «... gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato in accordo con il Distretto dai MMG in rapporto alle esigenze della popolazione assistita... Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ..., deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico»;

lettera k): «i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo da garantire la continuità di tale forma di assistenza sia nell'arco della giornata sia nei periodi di assenza di uno o più medici dell'associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, ...»;

lettera p): «devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obietti-

vi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito»;

lettera q): «all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto dalla lettera p), con il Direttore di distretto e con la componente rappresentativa della Medicina generale nell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti dell'Azienda e dell'Ordine dei medici»;

comma 7, lettera b): «chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle 19.00»;

lettera d): «condivisione e implementazione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza»;

lettera e): «la condivisione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi *uniformi e coerenti* con gli obiettivi dichiarati dall'associazione».

La sensazione che emerge dalla lettura dei commi 4 e 7 è che vi sia un iato tra la realtà diffusa e quanto previsto dalla normativa: si corre il rischio che l'adesione da parte dei MMG, nonostante le forme di incentivazione previste, possa essere limitata ad alcune realtà più mature.

Si ravvisa, quindi, la necessità di prevedere formule organizzative che abbiano la funzione di essere propedeutiche alla medicina in associazione, che si caratterizzino per avere una parte dei requisiti previsti, ad esempio le sole lettere p) e q) del comma 4; in questo senso è possibile menzionare e richiamare le esperienze dei *team* di Imola, Lucca e Alto Friuli.

L'analisi dei contenuti di responsabilità delle differenti forme organizzative non deve far passare in secondo piano l'esplicitazione dei punti di forza delle stesse ed in particolar modo la convergenza di alcuni «interessi»:

— convenienza dei Medici di medicina generale a lavorare associati;

— duplice convenienza delle aziende sanitarie a favorire la pratica associata: dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista gestionale.

Questo secondo aspetto viene molte volte sottostimato a favore del primo; esso si traduce nella convenienza da parte delle Aziende sanitarie nel favorire lo sviluppo di forme associative all'interno di un percorso di crescente responsabilizzazione dei MMG.

Il tema della responsabilizzazione dei MMG, che più volte emerge dalla stessa convenzione, è strettamente legato allo sviluppo di forme associative ed in particolar modo a quanto illustrato precedentemente: alla condivisione, ad esempio, di linee guida, alla definizione di regole, di criteri di appropriato utilizzo delle risorse dai farmaci alla specialistica alla diagnostica.

Lo sviluppo di forme associative può rappresentare quindi sia per le aziende che per i MMG uno strumento che si affianca alla sperimentazione di progetti di *budget* per i MMG.

Si prefigura, quindi, un capovolgimento del sistema di relazioni esistenti tra i MMG e le Aziende: se finora queste ultime hanno aspettato le domande da parte dei MMG di costituzione di forme associative, ora l'obiettivo dei Distretti, dei Responsabili della medicina di base sarà quello di elaborare proposte, momenti di dibattito, di stimolo culturale, percorsi, sistemi premianti che incentivino i MMG ad aderire massicciamente alle sperimentazioni organizzative.

Necessariamente il percorso e soprattutto i contenuti delle forme orga-

nizzative dovranno essere contestualizzati rispetto alle differenti realtà. Emerge, quindi, con forza la necessità di utilizzare la contrattazione decentrata e quanto previsto dal capo VI della convenzione come uno strumento classico di programmazione aziendale: si pensi, ad esempio, al raggiungimento della soglia del 50% dei medici associati come un obiettivo di *budget* per il direttore di distretto.

3. Accordi decentrati

Gli articoli dal 69 al 75 della Convenzione nazionale disciplinano il tema degli accordi decentrati; sono previsti due livelli di accordi: il livello regionale e quello aziendale.

Una prima riflessione riguarda la correlazione esistente tra gli accordi regionali e quelli aziendali, poiché finora si è assistito a molteplici interpretazioni:

— Asl che hanno utilizzato strumentalmente l'assenza dell'accordo regionale per giustificare l'immobilismo aziendale;

— Asl che hanno sottoscritto accordi aziendali con i MMG in assenza di accordi regionali, sfruttando spesso e volutamente i maggiori gradi di libertà possibili per l'assenza di accordi regionali;

— Asl e MMG che hanno sottoscritto accordi locali stravolgendo i contenuti degli accordi regionali;

— Asl e MMG che hanno ribadito nell'accordo locale i contenuti dell'accordo regionale;

— Asl che, pur in presenza di un accordo regionale, non hanno attivato alcun processo attuativo locale.

È necessario valorizzare il ruolo locale dei MMG e delle rispettive aziende, lasciando a questi attori il primato dell'iniziativa, dell'elaborazione e della sottoscrizione di accordi e mantenendo a livello regionale un ruolo più di impulso\indirizzo, di arbitrato

in caso di conflitti e di intervento diretto solo in caso di vacanza attuativa da parte delle Asl.

La seconda riflessione, strettamente legata alla prima, riguarda la possibile strutturazione dell'accordo aziendale. L'ipotesi che proponiamo prevede un accordo strutturato in quattro parti:

1) introduzione/premessa;

2) presentazione degli obiettivi di struttura e di risultato;

3) presentazione del sistema premiante di struttura e di risultato;

4) percorso attuativo che seguirà la firma dell'accordo.

1) Questa prima parte dovrebbe essere dedicata alla presentazione dei principi ispiratori dell'accordo, all'esplicitazione della volontarietà dell'adesione allo stesso da parte dei MMG e alla definizione della normativa di riferimento. In particolar modo, dovrebbero essere dichiarati i criteri di adesione da parte dei MMG: ad esempio, l'adesione di MMG singoli o esclusivamente associati, la possibilità di uscire dalla sperimentazione in qualunque momento, eccetera. In questa prima parte dovrebbero venire presentate tutte le regole del gioco, le responsabilità aziendali ed il periodo di validità dell'accordo stesso.

2) La seconda parte rappresenta il cuore dell'accordo ed è costituita dalla definizione di:

a) obiettivi di struttura;

b) obiettivi di risultato.

2a) Per obiettivi di struttura si intendono i legami funzionali e/o strutturali previsti per i MMG; questi obiettivi sono legati a processi di sviluppo dell'associazionismo e possono contenere, oltre alle forme organizzative previste dagli accordi nazionali e regionali, anche legami funzionali specifici e strumentali ad una adesione il più possibile ampia da parte dei MMG (*team*, GTO, gruppi minimi in rete, ad esempio).

La definizione degli obiettivi di struttura rappresenta il nodo cruciale dell'intero progetto, poiché essi costituiscono l'impalcatura stessa della sperimentazione, soprattutto se l'adesione da parte dei MMG è vincolata alla scelta di una delle formule organizzative proposte (ad esempio, il requisito minimo potrebbe essere il *team*).

I contenuti di responsabilità degli obiettivi di struttura variano, quindi, da azienda ad azienda in quanto sono frutto dell'analisi del contesto e del percorso tracciato a livello locale.

2b) Gli obiettivi di risultato sono rappresentati dall'utilizzo delle seguenti tre variabili:

— farmaceutica (spesa, linee guida, utilizzo di generici, ecc.);

— specialistica/diagnostica (spesa, linee guida, pacchetti blindati di prestazioni, ecc.);

— ricoveri (DRG inappropriati, riduzione della mobilità passiva, riduzione del tasso di ospedalizzazione, incremento della mobilità attiva, ecc.).

Queste tre variabili possono essere utilizzate separatamente o congiuntamente ed in questo caso è possibile che esse siano o solo compresenti (linee guida sugli antibiotici e riduzione della mobilità passiva) o correlate (linee guida sugli antibiotici e riduzione del ricovero di pazienti affetti da polmonite semplice senza complicanze in pazienti con età maggiore di 17).

Questa parte inoltre deve, non solo contenere gli obiettivi di *budget* in sé, ma anche descrivere:

1) se gli obiettivi sono aziendali (totalmente o in parte), di gruppo o per singolo medico e, in questi ultimi due casi, come avviene il processo di definizione dell'obiettivo di *team* e di singolo MMG (negoiazione esplicita partendo dallo storico oppure meccanismo automatico definito dal livello aziendale/distrettuale);

2) quali saranno gli indicatori che verranno utilizzati per verificare il

raggiungimento dell'obiettivo (DDD, DDD per 1.000 abitanti die, pazienti trattati, DRG, DRG ribaltati, spesa per assistito, costo per DDD, ecc.);

3) le caratteristiche del sistema di *reporting*, dell'analisi dell'andamento e degli eventuali scostamenti;

4) come verrà costituito il gruppo di lavoro che verrà chiamato a giudicare il raggiungimento o meno dell'obiettivo.

Avendo come riferimento le più significative esperienze di accordo con i MMG, si evidenzia come sia proprio questa seconda parte, quella della definizione degli obiettivi e dell'architettura della sperimentazione, a decretare il successo o meno dell'intero progetto (cfr. esperienza Asl 2 Lucca in Mecosan n. 30).

3) La terza parte che riguarda il sistema premiante potrebbe sembrare la più complessa, ma in realtà risulta alquanto agevole una volta che si è trovato l'accordo sulle prime due. L'esperienza, infatti, dimostra che gli accordi che sono naufragati non si sono arenati su questioni strettamente economiche, ma su problematiche inerenti agli indicatori, al sistema di *reporting*, ai contenuti di responsabi-

lità delle forme organizzative e di governo del processo.

La struttura che si intende proporre per il sistema premiante consiste in un meccanismo di pesi tramite il quale, una volta definito l'ammontare complessivo degli incentivi, li si possa ripartire tra i singoli obiettivi: ad esempio farmaci 30% (spesa 15% e 15% linee guida), specialistica 30%, ricoveri 40%.

È inoltre possibile suddividere il sistema premiante in due: incentivi d'entrata e incentivi veri e propri.

Gli incentivi d'entrata rappresentano il *bonus* che l'azienda riconosce ai MMG per il solo fatto di aderire al progetto. Tipicamente questa tipologia di incentivi è presente in quegli accordi che prevedono l'adesione dei MMG subordinata alla partecipazione a legami funzionali (*team*, *Ambiti*, ecc.).

Un esempio di meccanismo che abbina obiettivi ed incentivi potrebbe essere quello mostrato in tabella 1.

4) Quest'ultima parte contiene la descrizione del percorso che si perfezionerà con la firma dell'accordo: la presentazione ufficiale, i tempi per l'adesione dei MMG, la costituzione di un comitato garante dell'intero pro-

Tabella 1

	Obiettivi	Sistema premiante
Struttura	Partecipazione a <i>team</i>	2.000 assistito (d'entrata)
	Partecipazione a <i>team</i> avanzato (<i>team</i> + apertura fino alle 19.00 di uno studio)	3.000 assistito (struttura)
	Medicina in associazione	5.000 assistito (convenzione)
	Medicina in rete	7.000 assistito (convenzione)
	Medicina di gruppo	9.000 assistito (convenzione)
Risultato	Rientro in media regionale della spesa farmaceutica	20%
	Applicazione linee guida antibiotici	15%
	Applicazione linee guida diabete	15%
	Riduzione mobilità in uscita per funzioni presenti in azienda	35%
	Applicazione linee guida ecocardiogramma	15%

getto e dell'integrazione dello stesso con altri (integrazione con il *budget* ospedaliero e/o distrettuale).

Molto spesso quest'ultima parte dell'accordo non ottiene l'attenzione che meriterebbe poiché sia le OO.SS. che l'Azienda ritengono oramai concluso il progetto, in quanto il sistema degli obiettivi, degli indicatori e soprattutto degli incentivi è stato già definito.

4. Conclusione

Alla luce di quanto evidenziato nei paragrafi precedenti è possibile identificare tre attori chiave che caratterizzeranno il prossimo futuro della Medicina generale e da cui dipenderà lo scenario dell'assistenza sanitaria di base:

- 1) le Regioni;
- 2) le Aziende sanitarie;
- 3) i MMG;

1) Le Regioni sono chiamate a svolgere un ruolo importante attraverso la definizione di accordi decentrati con le OO.SS.: a loro spetta infatti la scelta di ritagliarsi una funzione di indirizzo e di supervisione oppure di intervenire direttamente normando e disciplinando, riducendo di fatto i gradi di libertà delle aziende e quindi probabilmente rallentando il processo responsabilizzazione delle stesse e di sviluppo delle autonomie gestionali delle realtà locali.

L'auspicio è che la salvaguardia delle pari opportunità, dell'omogeneizzazione e del coordinamento delle sperimentazioni non si traduca nell'impossibilità da parte delle aziende di sviluppare e sfruttare le peculiarità e le risorse presenti nei differenti contesti.

2) Contemporaneamente le aziende devono diventare proattive, gestendo il cambiamento e rafforzando il legame con i MMG, anche attraverso processi di investimento e progressivo co-governo dell'assistenza primaria (si veda, ad esempio, l'Asl Città di Bologna). Troppo spesso si è assistito a

realtà dominate dalla paura del nuovo e dall'inerzia organizzativa (interesse Regioni prive di Aziende con accordo decentrato), poiché ogni momento di cambiamento porta infatti con sé tensioni, minacce ma anche opportunità. A parere di chi scrive, è forte il rischio di osservare che la forte spinta al cambiamento e l'esigenza di innovazione da parte dei MMG non trovi terreno fertile nelle realtà aziendali, creando di fatto una rottura nel breve termine difficilmente sanabile.

3) I MMG si trovano di fronte a quello che sembra un *trade off*: partecipare ai processi decisionali aziendali e alla elaborazione di programmi e progetti o mantenere tutte le prerogative dei liberi professionisti.

Il percorso che viene tracciato dalla convenzione è quello dello sviluppo dell'associazionismo mirato anche ad una progressiva riduzione dell'eterogeneità dei comportamenti, ad un incremento del portafoglio prestazionale del MMG, ad una progressiva riduzione della distanza nei confronti dell'azienda per arrivare ad una migliore allocazione delle risorse; in più, il disegno della convenzione, attraverso l'istituto degli accordi decentrati, punta sulla contestualizzazione delle sperimentazioni in virtù della storia, della cultura e della sensibilità degli attori coinvolti.

La sensazione che emerge analizzando il dibattito all'interno del Servizio sanitario nazionale, alla luce della nuova convenzione, delle riforme e delle linee di indirizzo programmatico è che Regioni, Aziende e MMG si trovino di fronte ad una situazione di convergenza di interessi che ben difficilmente si ripresenterà.

BIBLIOGRAFIA

ANESSI PESSINA E., DEL VECCHIO M., ZAVATTARO F. (1990), *Managerial budgeting in healthcare organizations. The case of Emilia-Romagna*, tratto da Ehma Annual Conference, giugno.

ATTI DEL CONVEGNO DI SCHIO (1997), *Il budget per il medico di base e per il distretto socio sanitario*, 31 maggio 1997, ed. CIDAS, Vicenza.

AA.VV., *Il budget in medicina generale: esperienze a confronto*, materiale del convegno del 17 marzo 2000 SDA-CeRGAS Boccioni.

AA.VV. (1999), «Un progetto di collaborazione con i MMG: l'esperienza dell'azienda USL 2 di Lucca», *Mecosan*, 30, pagg. 127-137.

BEVILACQUA M. (1995), «La medicina di gruppo: verso il team delle cure primarie», *SIMG*, 1.

BORGONOV E., PANTI A., DEL VECCHIO M., FATTORE G., LONGO F., VENDRAMINI E. (1997), *Il budget in medicina generale: proposte a confronto*, materiale del convegno del 23 maggio SDA-CeRGAS Boccioni.

BORGONOV E., VENDRAMINI E. (1998), *La gestione della Medicina generale: principi e criteri economici*, UTET, Torino.

BRUNELLO C. (1999), «Analisi dei modelli micro organizzativi della Medicina di base», *Mecosan*, 29.

CASATI G. (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, EGEEA, Milano.

DI MALTA A. (1998), *Forme associative in Medicina generale: opportunità e rischi*, convegno nazionale FIMMG, 23-27 settembre 1998, Perugia.

FILIPPI A. (1994), «La medicina di gruppo riduce gli accessi impropri al pronto soccorso», *SIMG*, 5.

FRANCESCONI A. (1993), «Il coinvolgimento dei professionisti medici dei processi di controllo di gestione», *Mecosan*.

LONGO F. (a cura di) (1998), *ASL, distretto, Medico di base*, EGEEA, Milano.

LONGO F., VENDRAMINI E. (1997), «Nuovi modelli di gestione della medicina generale: prime esperienze a livello locale», tratto da: F. Sassi, *Gestione e finanziamento della medicina generale in Italia*, Il Mulino, Bologna.

MINISTERO DELLA SANITÀ, SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, *Flussi informativi delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*, www.sanità.it.

MINARDI A., VERONESE F., VALLICELLI D., TASSINARI M.C. (1998), «La sperimentazione del budget in Medicina generale nell'Azienda UsI di Imola», *Mecosan*, 25, pagg. 135-144.

VENDRAMINI E. (1995), «Il destino del medico di famiglia si divide in quattro», *Occhio Clinico*, 5.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

CLIENTI INTERNI, CLIENTI ESTERNI, COMUNICAZIONE PUBBLICA INTEGRATA: QUALE RUOLO PER L'URP?

Catia Ghinelli, Silvia Gambari

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La comunicazione pubblica integrata e l'URP - 3. Obiettivi e metodologia della ricerca - 4. Risultati della ricerca - 5. Riflessioni conclusive.

1. Introduzione

In tutte le aziende, pubbliche e private, l'importanza delle risorse tangibili è stata superata, oggi, da quella delle risorse intangibili, fra queste la risorsa «informazione» ha assunto un ruolo fondamentale.

Il tema della presente ricerca è la comunicazione che ha per oggetto le relazioni tra le istituzioni pubbliche e i cittadini. Oggi, infatti, le pubbliche amministrazioni sono investite da un processo di rinnovamento. È nata da parte della stessa pubblica amministrazione la necessità, avvertita come importante per la sua stessa sopravvivenza, di aprirsi ai suoi «pubblici». La tendenza della pubblica amministrazione è quella di diventare sempre più *customer oriented* perché solo attraverso questa nuova sensibilità, peraltro già presente nelle aziende, essa può riuscire a coinvolgere ogni sua componente modificando la propria organizzazione per orientarla all'efficacia ed all'efficienza.

Gli Uffici per le relazioni con il pubblico, secondo questa linea di tendenza, vengono a svolgere un ruolo strategico identificandosi come strumento di comunicazione pubblica integrata in quanto, ponendosi come no-

do di cerniera o frontiera della rete «pubblica amministrazione», si posizionano al centro/incrocio degli scambi comunicativi tra sistema e ambiente.

Ma fino a che punto l'URP è in grado di essere effettivamente strumento di comunicazione pubblica integrata e di venire così incontro alle esigenze di clienti interni ed esterni? Questo quesito è al centro della ricerca che è stata realizzata all'interno di un'azienda ospedaliera: l'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena. La ricerca mira, oltre a capire l'effettivo ruolo strategico dell'URP in relazione al fabbisogno di comunicazione dei dipendenti e degli utenti, anche a verificare il livello evolutivo dell'URP dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena, a sei anni dalla sua istituzione, all'interno del più generale processo di rinnovamento della pubblica amministrazione italiana, già espresso in numerose indicazioni normative. Infine, ulteriore obiettivo è quello di sondare le aspettative, le valutazioni e le esigenze dei soggetti interni ed esterni all'azienda, rispettivamente dipendenti e cittadini/utenti.

2. La comunicazione pubblica integrata e l'URP

L'imperativo per le istituzioni sembra oggi essere quello di «aprirsi» all'esterno e dialogare con esso, comprendere le esigenze provenienti dalla società post-moderna, caratterizzata da un forte grado di *ipercomplessità*, ed adattare conseguentemente la propria organizzazione. Questo, riteniamo, può avvenire solo attraverso un dialogo continuo e «partecipato» tra istituzioni e soggetti. In questo contesto la comunicazione diventa confronto e dialogo e creatrice di valore aggiunto per entrambi i partecipanti.

Oggi la sfida è rappresentata da una concezione del pubblico della comunicazione istituzionale quale *cliente*. L'opportunità di un simile mutamento risiede in tre ragioni fondamentali:

1) perché il cliente è, e deve essere considerato, soggetto attivo del processo di comunicazione interattiva con l'istituzione;

2) perché è destinatario, risorsa e stimolo principale dell'azione dell'istituzione;

3) perché possono essere coinvolti in questo orientamento al cittadino/cliente anche i dipendenti pubblici, cittadini/clienti a loro volta.

L'argomentazione principale che emerge è la necessità di rispondere alle domande di quei soggetti che sono risorse per l'amministrazione.

In particolare la sanità negli ultimi anni è stata oggetto di un consistente processo di rinnovamento che investe aspetti socio-culturali in misura maggiore rispetto a quelli strutturali.

Già le leggi 502/93 e 517/93 valorizzano il ruolo dei cittadini/utenti/pazienti attraverso la garanzia di una maggiore libertà di scelta e la possibilità di esercitare un maggiore controllo sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. In queste leggi vi è la volontà e la richiesta di una maggiore partecipazione del cittadino/utente in un settore che da sempre ha avuto una notevole importanza per tutti i soggetti e con il quale oggi, finalmente, è possibile interagire.

Questa linea tendenziale verso la partecipazione è confermata anche dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 il cui titolo è già emblematico: «Un patto di solidarietà per la salute». Con il termine *patto* viene infatti sottolineata la necessità di collaborazione e responsabilizzazione non solo delle istituzioni preposte alla tutela della salute, ma anche di un insieme più ampio di soggetti: i cittadini, gli operatori sanitari, le istituzioni, i *mass-media*.

La discussione sulle modalità di realizzazione di un così ambizioso obiettivo è ancora in atto ed estremamente vivace, ciò che è chiaro e che l'amministrazione non deve più semplicemente adattarsi all'esterno, ma gestire dinamicamente la relazione con esso. In quest'ottica, la comunicazione riveste chiaramente un ruolo strategico diventando finalmente scambio/dialogo interattivo.

Le teorie organizzative ed il *marketing* evidenziano alcuni aspetti fondamentali:

— le relazioni tra sistema ed ambiente da intendersi in termini proattivi;

— le relazioni e la coesione all'interno dello stesso sistema/organizzazione;

— la posizione centrale dei soggetti: clienti esterni ed interni;

— il ruolo istituzionale dell'amministrazione per la creazione di fiducia;

— il ruolo della cultura organizzativa.

Il collante di tutti questi aspetti ed in generale di un'organizzazione complessa, quale un'amministrazione, non può che essere la comunicazione. «La comunicazione è il collante delle organizzazioni sociali (...) è ciò che tiene unita e connette la conoscenza di cui le organizzazioni sono costituite» (Vicari, 1991). È facile evincere la strategicità di quelle componenti di un sistema che, essendo a contatto con l'ambiente, possono contribuire allo sviluppo di un'organizzazione. L'URP è senz'altro una di queste componenti e, per questo motivo, dovrebbe diventare luogo privilegiato di comunicazione per un'amministrazione pubblica, cioè strumento di mediazione ed interdipendenza tra sistema ed ambiente e di coinvolgimento e coesione all'interno del sistema stesso.

Sulla base di quanto detto si può affermare che nell'impresa l'interattività del dialogo può essere facilitata in due modi:

— aumentando semplicemente, soprattutto qualitativamente, gli scambi comunicativi anche per raccogliere i bisogni ed incentivare le richieste dei clienti;

— inserendo i clienti all'interno del sistema, cioè considerando l'ambiente non come qualcosa di esterno, ma come qualcosa che si attiva grazie all'impresa stessa.

Fatte queste considerazioni, sul piano operativo le funzioni attribuite al-

l'URP fanno sì che le sue attività comunicative agiscano a più livelli.

1) L'URP agevola tutte le comunicazioni che aiutano i clienti interni nello svolgimento delle loro attività lavorative e di rapporto con i clienti esterni.

2) L'URP deve far conoscere l'azienda e farsi conoscere. Deve dare informazioni di pubblica utilità per agevolare l'accesso e migliorare la fruibilità dei servizi forniti, deve ascoltare per dialogare e trasmettere conoscenza sia dall'interno verso l'esterno del sistema sia dall'esterno verso l'interno.

3) L'URP oltre ad essere un luogo dove è possibile consultare libri, documenti, procedure, è anche luogo dove materialmente possono venire diffusi i valori di un'azienda, si pensi per esempio alla Carta dei servizi e alla *mission* aziendale.

4) L'URP è un attore privilegiato nel processo di risoluzione di problemi e di sviluppo di soluzioni innovative. Può fare questo grazie alla sua posizione di interlocutore con l'esterno che gli permette di supportare il processo innovativo attraverso l'accoglienza delle esigenze espresse e dei problemi posti dalla clientela interna ed esterna. Inoltre non si deve dimenticare il ruolo fondamentale di gestione dei reclami, proprio in questo tipo di attività emerge l'importanza dell'URP come strumento di comunicazione strategica in quanto permette il cambiamento interno partendo dalle esigenze espresse dai propri clienti interni ed esterni.

Esistono, quindi, due elementi che contribuiscono ad unire la comunicazione interna/esterna in un'unica forma di comunicazione integrata permettendo così alla pubblica amministrazione di riconquistarsi la fiducia dei suoi pubblici: la partecipazione e la soddisfazione del cliente finale che si realizzano soprattutto attraverso l'a-

scolto delle esigenze di coloro che concorrono in prima persona alla produzione della soddisfazione, cioè i clienti interni. Cruciale diventa allora la diffusione delle competenze comunicative tra tutti i soggetti organizzativi, proprio perché ciascuno di essi, è e deve diventare comunicatore verso l'interno e verso l'esterno.

3. Obiettivi e metodologia della ricerca

La ricerca condotta si proponeva, mediante il contributo dei dipendenti e dei cittadini/utenti, di conoscere il ruolo comunicativo dell'Ufficio relazioni con il pubblico dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena visto come luogo di comunicazione pubblica integrata in vista del miglioramento della qualità del lavoro dei dipendenti e, di conseguenza, della qualità del servizio erogato e della partecipazione attiva di un utente correttamente informato. Dalla ricerca si voleva inoltre trarre un quadro delle aspettative, delle valutazioni e delle esigenze dei dipendenti e dei cittadini/utenti, valutazioni che potrebbero aiutare l'organizzazione a strutturare il servizio coerentemente con le principali istanze del suo utente in modo meno autoreferenziale rispetto al passato.

Ciò che volevamo in questo modo sottolineare e rendere operativa era l'importanza dell'ascolto e della rilevazione dei bisogni dei soggetti coinvolti nel processo di co-costruzione del bene «salute».

A fronte di queste premesse abbiamo identificato tre aree tematiche:

1) la conoscenza dell'esistenza dell'URP, delle sue funzioni e le aspettative dei dipendenti e dei cittadini/utenti nei confronti di queste ultime;

2) la valutazione da parte dei dipendenti e dei cittadini/utenti dell'operato

dell'URP all'interno dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena (funzioni, strumenti comunicativi ed informazioni fornite);

3) la valutazione del servizio offerto dall'URP per i dipendenti e i cittadini/utenti che hanno avuto contatti diretti con esso.

A fronte degli obiettivi, delle ipotesi e delle aree tematiche individuate, si è deciso di svolgere la ricerca mediante questionario.

Poiché nel caso dell'URP ci si trova di fronte a processi di comunicazione bidirezionale sia verso il personale dipendente che verso i cittadini/utenti è risultato da subito evidente che per raggiungere lo scopo della ricerca si dovessero prevedere due questionari distinti cioè un questionario per i dipendenti (clienti interni) ed uno per i cittadini/utenti (clienti esterni). Entrambi i questionari sono stati testati tramite prove tese ad accertare che i rispondenti non incontrassero problemi nella compilazione.

Il campione dei *clienti interni* è così stato costruito sulla base delle categorie professionali più rappresentative in quanto nodi privilegiati di comunicazione e promozione del cambiamento organizzativo.

Dal momento che il numero dei soggetti delle categorie scelte era abbastanza contenuto si è deciso di somministrare il questionario a tutto l'universo rappresentato dal totale dei soggetti considerati, cioè 200 dipendenti dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena dei quali 51 primari/direttori, 59 medici Referenti assicurazione qualità, 62 caposala, 12 capotecnici e 16 dirigenti non medici.

A ricerca conclusa, il ritorno dei questionari è stato del 42,5% ed i rispondenti risultavano così caratterizzati: la maggioranza di sesso maschile, di un'età compresa tra i 41 e i 50 anni con un'anzianità di servizio di oltre i 20 anni. Le due qualifiche professio-

nali più rappresentate sono i medici e le capo sala e il maggior ritorno dei questionari si è avuto per i dirigenti non medici.

I *clienti esterni* sono stati contattati e intervistati direttamente nell'area del Policlinico. Si trattava di utenti che avevano avuto almeno un contatto con l'ospedale. Ciò ha permesso di ottenere un campione di 106 soggetti così composto: la maggioranza era di sesso femminile, di età inferiore ai 30 anni o superiore ai 50, dotata di un titolo di scuola media superiore e lavoratore.

La ricerca si è svolta nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 1999.

Ai clienti interni è stato inviato un questionario postale, quindi auto-somministrato. Il ritorno del 43% già dopo la prima spedizione non ha reso necessario provvedere ad alcun sollecito.

Per quanto riguarda la somministrazione dei questionari ai clienti esterni la tecnica impiegata è stata quella dell'intervista strutturata e del contatto personale con il potenziale intervistato.

4. Risultati della ricerca

4.1. I clienti interni: la conoscenza e le aspettative nei confronti dell'URP

Dall'analisi dei risultati ottenuti emerge che il 97,6% dei dipendenti è a conoscenza del fatto che nell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena esiste l'URP.

La maggioranza del campione è venuta a conoscenza dell'esistenza dell'URP attraverso materiale messo a disposizione dall'Azienda come «materiale informativo», «comunicazioni/circolari» e «Policlinico News» (*l'house organ*). Occorre rilevare un ulteriore dato molto significativo: 25 persone hanno affermato di essere venute a conoscenza dell'URP mediante

«passaparola» il che fa supporre che esista una buona circolazione delle informazioni all'interno dell'Azienda. Continuando nell'analisi delle risposte aperte della categoria «altro» emerge inoltre come l'URP sia in relazione di collaborazione con quasi tutti i soggetti che caratterizzano la vita ospedaliera, cioè primari, medici, caposala, dirigenti non medici e capotecnici.

Da queste considerazioni si smentisce in parte l'ipotesi di una non totale conoscenza dell'URP per quanto riguarda il cliente interno.

Anche per la seconda domanda «Conosce i compiti dell'URP?», solamente 2 persone hanno risposto negativamente, contro il 37,6% del campione che afferma di conoscerli e la maggioranza che risponde «in parte».

Dalle risposte alla domanda «Quali dovrebbero essere, secondo Lei i compiti di un URP?» è emerso un quadro estremamente interessante. La maggior parte dei dipendenti interpellati assegna all'URP il compito principale di informare i vari soggetti (operatori e utenti) e di comunicare con loro. Numerose risposte definivano l'URP «interfaccia tra interno ed esterno» (tabella 1).

Un ulteriore compito che, secondo i clienti interni, è di competenza dell'URP è la rilevazione delle esigenze interne ed esterne al fine di apportare un cambiamento nell'organizzazione qualora quest'ultima non fosse in grado di garantire un buon servizio.

I clienti interni assegnano all'URP anche il compito di mediare tra utenza e personale soprattutto quando nascono problemi tra operatori e utenti, cioè in caso di reclami.

Infine qualche risposta fa riferimento all'URP come promotore dell'immagine aziendale.

Esiste un giudizio abbastanza positivo sull'importanza delle funzioni

svolte dall'URP (la media si aggira sul valore «4» su scala auto-ancorata 1-5). Ciò conferma le considerazioni ormai generalmente condivise sulla diffusione nelle aziende pubbliche di una nuova sensibilità nei confronti dei cittadini e delle loro esigenze. In particolare testimonia come gli operatori dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena siano sensibili alle tematiche della «informazione ai cittadini» (il 71,8% ha valutato con «5» il grado di importanza di questa funzione, con la media totale più alta, del 4,6), alla «tutela e partecipazione dell'utente» ed infine alla necessità di «monitoraggio dell'opinione dell'utente per individuare le esigenze». Particolarmente apprezzati dagli operatori anche i temi della «informazione agli operatori», del «miglioramento della qualità percepita dall'utente», della «comunicazione interna» e, per ultime, le «pubbliche relazioni e la promozione dell'immagine aziendale».

Collegata alla valutazione di importanza, vi è la valutazione dell'utilità delle funzioni dell'URP. Le funzioni dell'URP vengono in generale valutate come molto utili. Si nota, tuttavia, che dai dipendenti esse sono ritenute

più utili per il cittadino/utente che per loro stessi.

Questo può dipendere dal fatto che l'URP è per sua natura un ufficio dedicato alla partecipazione e informazione agli utenti. Ma dall'altro lato non si può dimenticare che l'URP è anche un ufficio interno all'Azienda e, come tale, è di utilità per i soggetti che compongono l'organizzazione anche per la diffusione e la circolazione delle informazioni.

4.2. I clienti interni: la valutazione dell'operato dell'URP

Non esistono grandi differenze per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia tra le diverse funzioni svolte dall'URP. La maggior parte viene valutata con un valore che si aggira sul 3 (media) con l'unica eccezione del «Miglioramento della qualità percepita dall'utente» che ottiene la valutazione più bassa (2,5). Questi dati sono estremamente interessanti soprattutto se confrontati con la valutazione di importanza data alle stesse funzioni. Infatti è possibile notare come la valutazione di efficacia con cui l'URP svolge le funzioni è più bassa rispetto

Tabella 1 - Esempi di risposte fornite alla domanda aperta «Quali dovrebbero essere, secondo lei, i compiti di un URP?»

<p>«Saper fornire informazioni adeguate all'utente sulle attività che svolge l'azienda ed agli operatori dell'azienda stessa per mezzo di comunicazioni interne tempestive», «(...) Informazione agli operatori ed agli utenti», «(...) Coordinamento delle attività di informazione» «Svolgere un ruolo di informazione su percorsi, servizi o problemi di rilevanza aziendale», «Interfaccia con l'utenza (...)», «Interfaccia tra azienda e cittadini per un continuo miglioramento», «Costituire l'interfaccia tra l'utente e la struttura, come tale permettere la comunicazione e tradurre i rispettivi linguaggi. Le due reciprocità sono utenti a vicenda (questo va spiegato all'interno)», «Relazionare uffici, servizi, persone del Policlinico con gli esterni e fare anche da filtro», «(...) eseguire indagini conoscitive sui bisogni dell'utenza», «(...) statistiche ed analisi qualità servizi, studio nuove metodologie di comunicazione con l'utenza», «Raccogliere informazioni su disagi e insoddisfazioni interne (personale) ed esterne (utenti)», «(...) raccogliere i pareri degli utenti al fine di migliorare l'efficienza dei servizi e dei reparti», «(...) Far conoscere all'Azienda le vere necessità dei cittadini», «Filtrare con le apposite tecniche i desideri dell'utenza (pubblico) e trasmetterle alla produzione per gli interventi anche correttivi necessari», «(...) Dovrebbe essere in grado di fare rilievi, statistiche, studi sui bisogni del pubblico», «(...) pubblicizzare adeguatamente i prodotti dell'Azienda», «evidenziare al meglio le attività aziendali (...)», «Accreditare l'immagine dell'Azienda e dei suoi professionisti al fine di creare fiducia negli utenti (...)».</p>
--

alla valutazione della loro importanza (grafico 1).

Dal grafico si nota come il maggior scarto tra la valutazione di importanza dei compiti e l'effettiva realizzazione di questi ultimi da parte dell'URP dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena sia da ricondurre alla «Informazione ai cittadini». Della medesima consistenza gli scarti nella valutazione di «Tutela e partecipazione dell'utente», «Miglioramento della qualità percepita dall'utente», «Monitoraggio ed analisi dell'opinione dell'utente», «Comunicazione interna» e «Informazione agli operatori dell'azienda». La situazione migliora con «Pubbliche relazioni e promozione dell'immagine dell'azienda».

Da questi dati emerge quindi come l'URP debba presidiare meglio tali funzioni soprattutto dal momento che esse sono considerate molto importanti dai clienti interni. In particolare il tema che emerge come più sentito è l'informazione, sia all'interno che all'esterno, che viene richiamato anche in alcune risposte alle domande aperte: «Miglioramento delle informazioni all'utente e agli operatori». Probabilmente i dipendenti sono consapevoli dell'importanza dell'informazione anche perché si trovano nella quotidiana vita lavorativa a dover gestire la contingenza del rapporto con i colleghi e gli utenti.

Gli strumenti comunicativi gestiti dall'URP sono stati valutati con giudizi che si situano sul valore intermedio della scala di misura. I dipendenti ritengono inoltre questi strumenti comunicativi nel complesso sufficienti (67,1%) contro il 24,7% di coloro che le trovano carenti.

L'URP dimostra di fornire ai dipendenti un buon livello di informazione in merito ad alcune tipologie di dati fondamentali per incentivare i flussi comunicativi dall'interno verso l'esterno e viceversa. Per quanto riguar-

da la possibilità di ricevere informazioni su altri argomenti il campione dimostra l'esigenza di essere più informato su aspetti gestionali e di strategia aziendale. Queste richieste comunicative dimostrano sensibilità nei confronti del buon andamento dell'organizzazione in vista dell'offerta di un miglior servizio.

Queste considerazioni e i dati precedenti sono confermate anche dall'accordo dei dipendenti nel vedere i reclami come una risorsa per migliorare efficacemente il servizio offerto e smentiscono, come si potrebbe ipotizzare, l'esistenza dell'idea di reclamo come critica al proprio operato. Infatti quando si è chiesto quanto l'idea di reclamo come risorsa fosse condivisa su una scala da 1 a 5, si è ottenuta una media di risposta di 4,1 (mediana 5).

4.3. I clienti interni: la valutazione del servizio offerto dall'URP

Il 63,5% del campione ha avuto contatti diretti con l'URP. La frequenza di questi contatti è per lo più «occa-

sionale» (63% di coloro che hanno avuto contatti) ma il 22,2% afferma di avere contatti «regolari».

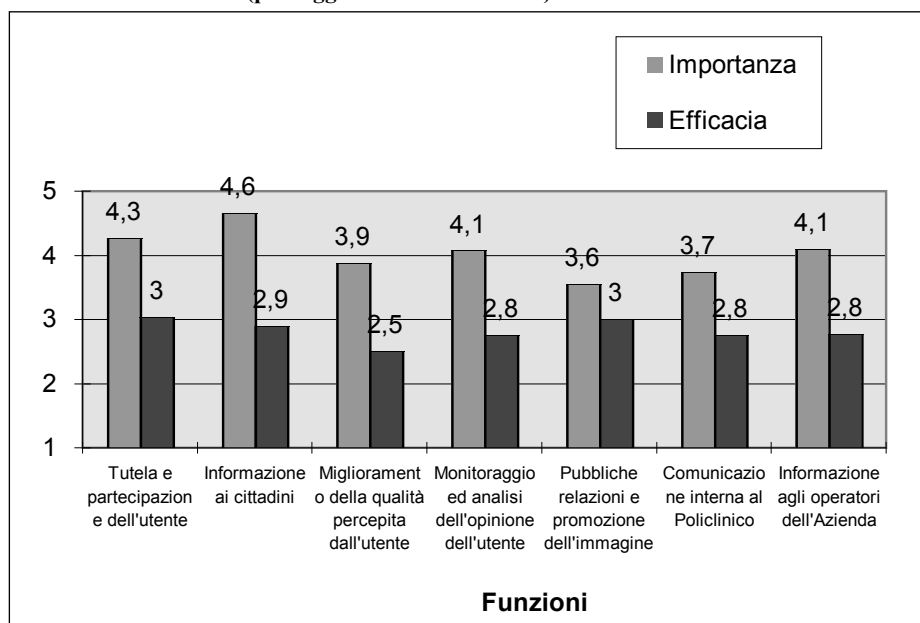
Un dato interessante giunge dal motivo del contatto che per la maggior parte è la «richiesta di informazioni» seguito, come motivo, dalle «segnalazioni di disservizi».

Ciò conferma come l'URP sia anche un punto di riferimento informativo dell'organizzazione e per l'organizzazione stessa. URP come nodo privilegiato in grado di fornire informazione e capace di dare sempre risposte (90,7% del campione ha ottenuto risposte dall'URP). Le risposte sono considerate corrette (4,4 di media) e sono state fornite in modo disponibile (4,4), collaborativo (4,3) e cortese (4,5).

Le caratteristiche delle risposte fornite che vengono valutate dal campione in modo più basso rispetto alle altre, anche se la differenza è minima, sono l'adeguatezza (4) e la tempestività (3,9).

Il 66,7% del campione è dell'opinione che il servizio dell'URP andreb-

Grafico 1 - Confronto tra la valutazione dell'importanza e dell'efficacia delle funzioni svolte dall'URP (punteggio medio su scala 1-5)



be migliorato contro ben il 25,9% di coloro ai quali esso va bene così com'è. Il dato è interessante soprattutto perché accompagnato da numerose proposte e suggerimenti che possono aiutare l'URP ad adottare concrete e mirate azioni migliorative del servizio prestato. In particolare i dipendenti suggeriscono all'URP di avvicinarsi alle unità operative cioè ai luoghi dove concretamente avviene l'attività lavorativa al fine di acquisire informazioni e una conoscenza più approfondita della realtà e delle esigenze comunicative.

Per ultimo i dipendenti presi come campione assegnano all'operare dell'URP, su una scala da 1 a 10, il voto medio 6. Il voto medio, se calcolato per coloro che dichiarano di avere avuto almeno un contatto con l'URP, si innalza a 7.

4.4. I clienti esterni: la conoscenza e le aspettative nei confronti dell'URP

Il 49,1% dei cittadini/utenti intervistati, poco meno della metà del campione, afferma di essere a conoscenza dell'esistenza dell'URP, contro il 50,9% che risponde negativamente. I mezzi principali che hanno permesso all'URP di farsi conoscere sono «reparto/personale dell'ospedale» e il «materiale informativo aziendale». Abbastanza numerose sono anche le persone che hanno risposto «per passaparola».

Se, come abbiamo visto, il livello di conoscenza dell'esistenza dell'URP presso il campione è abbastanza elevato, solamente il 14,4% afferma senza incertezza di conoscerne i compiti, il 29,2% li conosce solo in parte e il 60,4% dichiara di non conoscerli affatto.

Dalle risposte alla domanda aperta «Quali dovrebbero essere, secondo Lei, i compiti di un URP?» la maggior

parte del campione risponde che compito dell'URP è quello di dare informazioni per orientare nell'accesso all'ospedale e ai suoi servizi. Altre risposte fornite dagli utenti fanno diretto riferimento alla gestione dei reclami che dovrebbe andare di pari passo con l'ascolto del cittadino e la soluzione dei problemi presentati.

Da queste affermazioni, inoltre, si comprende come dai clienti esterni, l'URP non sia considerato solo come un semplice «Ufficio reclami». Per alcuni, l'URP è un importante mezzo per la rilevazione dei bisogni e l'ascolto dell'utente in grado di trasmettere le esigenze presentate dall'esterno all'interno della struttura per migliorare il servizio.

Il giudizio complessivo sull'importanza delle funzioni svolte dall'URP è molto alto. La funzione a cui si assegna la maggiore importanza è «Informazione ai cittadini», seguita dalla «Tutela e partecipazione dell'utente», dal «Miglioramento della qualità percepita dall'utente» e dal «Monitoraggio ed analisi dell'opinione dell'utente». Anche la «Comunicazione interna» riceve una valutazione molto alta smentendo un possibile disinteresse dei cittadini verso questa funzione.

Le funzioni svolte dall'URP sono valutate dal campione di cittadini in modo molto positivo anche sul piano dell'utilità. La maggioranza dei cittadini interpellati ritiene che il grado di utilità per loro stessi (4,7) sia maggiore rispetto a quello per l'Azienda (4,5) e a quello per i suoi operatori (4,5).

4.5. I clienti esterni: la valutazione dell'operato e del servizio dell'URP

Nel complesso le valutazioni dei mezzi attraverso i quali l'ospedale comunica con il cittadino, sono piuttosto positive. Il più alto apprezzamento è per il «contatto diretto», per il «mate-

riale in distribuzione» e per le «informazioni telefoniche».

Per «Internet» occorre fare una precisazione in quanto la valutazione complessiva è abbastanza elevata (3,3), ma ben l'85,8% del campione non ha risposto. Ciò può essere dovuto in primo luogo ad una diffusa, scarsa «alfabetizzazione» tecnologica; in secondo luogo al fatto che il sito Internet del Policlinico è di recente costituzione quindi è in ogni caso poco conosciuto. La «stampa» è il mezzo con la valutazione più bassa (2,9) anche in questo caso occorre considerare che più della metà del campione non ha risposto (53,8%). Ciò probabilmente può essere dovuto al fatto che gli articoli che fanno più scalpore sono quelli di mala sanità, mentre agli articoli di pura informazione non viene data la stessa rilevanza, questo sia da parte dei mass-media che dagli stessi cittadini.

Il 62,3% del campione ritiene inoltre che gli strumenti comunicativi utilizzati dall'ospedale siano sufficienti contro il 23,6% che risponde «non so» e solo il 14,2% che risponde negativamente. Questi ultimi vorrebbero un'informazione più dettagliata fornita in modo più accessibile ad esempio attraverso opuscoli direttamente spediti a casa.

In particolare questa esigenza di maggiore informazione riguarda la conoscenza dei servizi offerti dall'ospedale.

Il rapporto tra URP e cittadini avviene sia per richiedere informazioni che per segnalare disservizi.

L'83,3% dei cittadini dichiara di avere ricevuto risposte. Tali risposte sono state per lo più corrette (3,8 di media) e fornite in modo cortese (3,8), disponibile (3,7), collaborativo (3,6) e tempestivo (3,5). La valutazione si fa più bassa per l'adeguatezza (3).

Anche la valutazione dell'efficacia delle funzioni svolte dall'URP del Po-

liclinico è tendente ad un giudizio medio. Il «Monitoraggio ed analisi dell'opinione dell'utente» è svolto dall'URP secondo un livello di efficacia medio del 3,6 (scala da 1 a 5), a seguire la «Tutela e la partecipazione dell'utente» (3,4), poi la «Informazione ai cittadini» (3,3) e per finire le «Pubbliche relazioni e la promozione dell'immagine aziendale» (3,2). I valori più bassi, con pochissima differenza rispetto ai precedenti, sono stati assegnati alle funzioni «Miglioramento della qualità percepita dall'utente» (3,1) e «Comunicazione interna» (3).

Secondo il 50% dei rispondenti il servizio dell'URP andrebbe migliorato anche se una consistente parte risponde «non so» (41,7%). Quest'ultimo dato comporta che anche i suggerimenti e le proposte di miglioramento siano solo due: «Fare in modo che l'ufficio si ritagli un ruolo importante nell'ospedale, occorre che sia ascoltato, che sia in grado di intervenire in modo efficace ed efficiente», «Cortesia supportata da disponibilità nel capire le esigenze dell'utente».

Per concludere, tenendo sempre in considerazione in numero esiguo dei rispondenti, l'operare dell'URP è valutato complessivamente in modo sufficiente (6 su una scala da 1 a 10).

4.6. Il confronto tra clienti interni ed esterni: la conoscenza e le aspettative nei confronti dell'URP

Confrontando i risultati dei due questionari emerge immediatamente per l'URP un problema di visibilità esterna. Mentre infatti esso è conosciuto dal 97,6% dei clienti interni, per quanto riguarda i clienti esterni la percentuale si abbassa al 49,1%. La scarsa conoscenza dell'URP all'esterno è confermata anche dai risultati che emergono dalla domanda sulla conoscenza dei compiti svolti dall'URP. Mentre per i clienti interni le percen-

tuali di coloro che affermano di conoscerli, in tutto o in parte, sono rispettivamente del 37,6% e del 58,8%, per i clienti esterni queste percentuali diventano del 10,4% e del 29,2%. Infine, per ulteriore conferma, si possono richiamare i dati sui contatti dell'URP rispetto ai due campioni. Mentre per i clienti interni la percentuale di coloro che ha avuto contatti con l'URP è abbastanza elevata (63,5%), per i clienti esterni la percentuale si abbassa all'11,3%.

In merito alle aspettative dei soggetti del campione sulle funzioni che dovrebbe svolgere l'URP, emergono dati molto interessanti. In primo luogo, per entrambi i campioni, l'URP non è semplicemente identificato come un ufficio reclami ma soprattutto come un ufficio informazioni/comunicazione che deve ascoltare, risolvere problemi e rilevare, con diverse modalità, le esigenze di tutti i soggetti. In secondo luogo l'URP dovrebbe fungere da interfaccia, nodo, ponte tra l'interno e l'esterno della struttura ospedaliera contribuendo così ad agevolare gli scambi comunicativi, ad aumentare la conoscenza reciproca e a migliorare l'ambito lavorativo e il servizio erogato.

Per quanto riguarda la valutazione dell'importanza delle funzioni svolte dall'URP, sia i clienti interni che i clienti esterni, mostrano di considerare tali funzioni come importanti: ciò

denota una convergenza delle opinioni nei due gruppi di soggetti. In particolare, per entrambi, le funzioni più importanti sono: «Informazione ai cittadini» (4,6 di media per i clienti interni e 4,6 per i clienti esterni), «Tutela e partecipazione dell'utente» (4,3 per i clienti interni e 4,5 per i clienti esterni) e «Monitoraggio ed analisi dell'opinione dell'utente» (3,9 per i clienti interni e 4,5 per i clienti esterni). Anche la «Comunicazione interna» è valutata come importante da entrambi i gruppi. Una differenza si può riscontrare nel «Miglioramento della qualità percepita dall'utente» che riceve una valutazione di importanza molto minore per i clienti interni (3,8) rispetto a quella assegnata dai clienti esterni (4,5) (grafico 2).

Anche sul piano dell'utilità le funzioni ricevono nel complesso una valutazione simile. Entrambi i campioni considerano le funzioni dell'URP più utili per i clienti esterni (grafico 3).

Questo dato è interessante soprattutto perché i clienti interni differenziano in modo molto consistente l'utilità delle funzioni per loro stessi rispetto a quella per i clienti esterni. Questo potrebbe voler dire che i dipendenti giudicano l'URP quasi esclusivamente preposto al servizio dei cittadini e questa supposizione è avvalorata anche dalla valutazione di efficacia della funzione «Comunicazione interna» data dai dipendenti.

Grafico 2 - Confronto tra clienti interni ed esterni sulla valutazione di importanza dei compiti dell'URP (punteggio medio su scala 1-5)

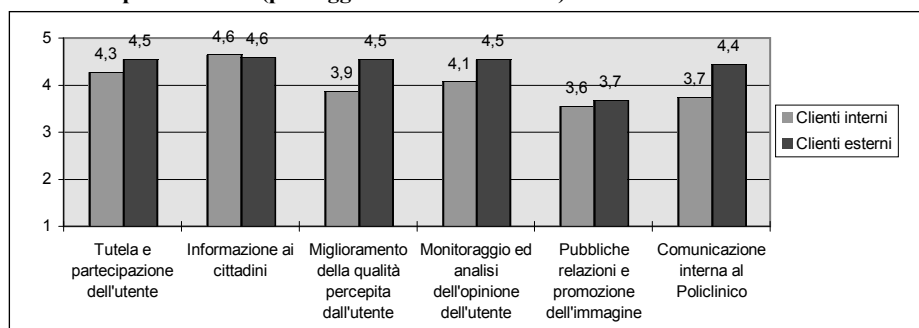
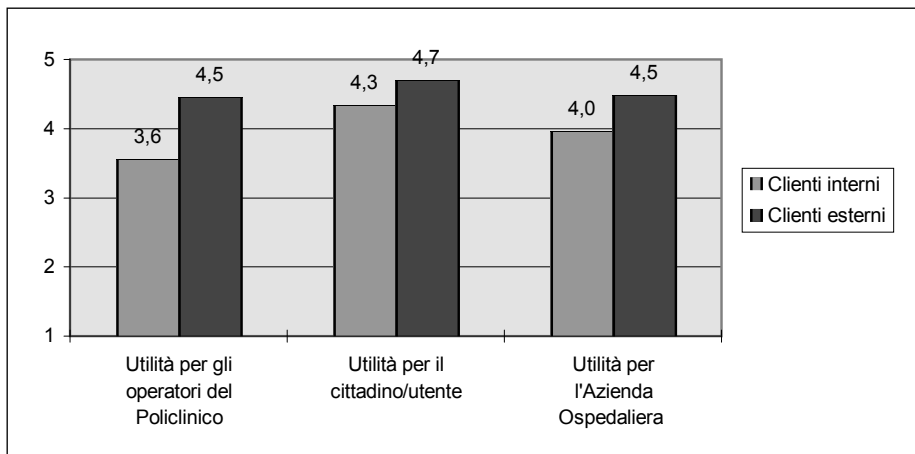


Grafico 3 - Confronto tra clienti interni ed esterni sulla valutazione di utilità dei compiti dell'URP (punteggio medio su scala 1-5)



4.7. Il confronto tra clienti interni ed esterni: la valutazione dell'operato e del servizio dell'URP

Per quanto riguarda gli strumenti comunicativi dell'URP, sono i clienti esterni ad assegnare loro una valutazione complessivamente positiva (la mediana si aggira sul valore «4»), mentre per i clienti interni il giudizio è più basso (mediana 3). Gli strumenti utilizzati dall'URP risultano dunque essere più efficaci secondo i clienti esterni.

Dalle risposte alla domanda aperta «su quali argomenti vorrebbe essere informato dall'URP?» emerge per entrambi i gruppi l'esigenza di essere effettivamente maggiormente informati, esigenza che denota il desiderio di una maggiore partecipazione attiva. Da un lato i clienti esterni chiedono più informazione per accedere meglio ai servizi e essere più partecipi del proprio processo di cura, dall'altro i clienti interni chiedono di essere tenuti più informati sulla vita aziendale.

Una sostanziale differenza tra clienti interni ed esterni è nella diversa percentuale di coloro che sono venuti a contatto con l'URP. Ritroviamo nei due campioni affinità per ciò che riguarda il motivo del contatto (per lo

più per richiedere informazioni) e per il sostanziale apprezzamento delle risposte fornite dall'URP. Per quest'ultimo aspetto, la caratteristica che ottiene per entrambi i gruppi il miglior risultato è la cortesia e quella che viene valutata nel modo «peggiore» è la tempestività per i clienti interni e l'adeguatezza per i clienti esterni.

Alcune differenze tra i due campioni si possono riscontrare anche nella valutazione dell'efficacia delle funzioni. Mentre per i clienti interni il «Monitoraggio e analisi dell'opinione dell'utente» è una delle funzioni meno efficaci, praticamente opposto è il giudizio dei clienti esterni per i quali questa funzione risulta la più apprezzata.

Pressoché identiche le valutazioni per le altre funzioni.

Infine sia i dipendenti che i cittadini/utenti vorrebbero che il servizio dell'URP migliorasse anche se ad esso viene assegnata una valutazione generale di «sufficienza».

5. Riflessioni conclusive

Le strutture sanitarie vengono ad assumere sempre più il carattere di «organizzazioni di servizio» (Blau e Scott, 1972), cioè organizzazioni nelle quali il compito principale è quello

di garantire agli utenti un servizio efficiente, e più in generale nelle quali i principali destinatari sono i clienti. Abbiamo visto come l'URP, venendo a configurarsi come strumento di comunicazione pubblica integrata, possa svolgere un ruolo strategico nel processo di rinnovamento delle strutture pubbliche. Il ruolo dell'URP è di interfaccia tra interno ed esterno, permette alla struttura pubblica, ed in particolare ai soggetti di cui è composta, di relazionarsi con i cittadini/utenti, è il mezzo attraverso il quale si realizza il gioco di accoppiamenti strutturali tra sistema ed ambiente. In base a questa linea teorica l'URP può essere identificato come nodo comunicativo di una rete di flussi comunicativi che configurano un'organizzazione pubblica.

Queste sono le premesse teoriche ma in realtà fino a che punto l'URP riesce a delinearci in veste di strumento di comunicazione pubblica integrata concretamente a disposizione di un'amministrazione pubblica? E ancora, la comunicazione pubblica integrata esiste all'interno delle organizzazioni pubbliche?

Da questi interrogativi ha preso le mosse la nostra ricerca.

Dall'analisi dei risultati emersi è possibile delineare un quadro generale di orientamento nel quale può collocarsi l'effettivo ruolo dell'URP di un'azienda sanitaria quale l'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena.

Innanzitutto l'URP è conosciuto dalla quasi totalità dei clienti interni e dalla metà dei clienti esterni intervistati. Si può evidenziare un livello di sviluppo delle competenze abbastanza coerente con le indicazioni generali istituite per legge. Sia i clienti interni che quelli esterni assegnano molta importanza ai compiti dell'URP e valorizzano il ruolo dell'URP come intermediario, interfaccia e strumento di mediazione tra interno ed esterno.

Questo dato è estremamente significativo perché, in quanto espressione di un processo di rinnovamento, mette in evidenza come l'URP debba presentarsi in veste di promotore e facilitatore di una comunicazione pubblica integrata. Da una parte infatti i clienti interni dimostrano di essere più attenti alle tematiche della tutela dei cittadini, dell'informazione e del miglioramento della qualità e sono consapevoli che la soddisfazione dei pazienti/utenti non può prescindere dalle condizioni nelle quali si trovano a prestare la loro opera che sono legate anch'esse alla qualità del lavoro, all'informazione e alla comunicazione. La richiesta di un maggiore coinvolgimento e partecipazione da parte dei dipendenti può anche essere l'espressione di una latente richiesta di maggiore flessibilità ed autonomia nell'organizzazione del proprio lavoro in quanto essi si trovano in prima linea a dover rispondere alle richieste degli utenti.

Per quanto riguarda i clienti esterni ci si trova di fronte ad un processo di presa di coscienza delle proprie possibilità e dei propri diritti per ottenere cure efficaci ma soprattutto qualitativamente più consone alle reali necessità che vengono espresse anche mediante esigenze informative, comunicative e partecipative. La salute infatti è uno stato di benessere non solo fisico ma anche psichico e sociale che non ci si può limitare a proteggere solo con la semplice cura della malattia. Oltre a questo i clienti esterni dimostrano di comprendere come il livello qualitativo del servizio che ricevono è direttamente proporzionale alla qualità delle condizioni di lavoro e, soprattutto, alla possibilità e/o capacità comunicativa dei professionisti ai quali si rivolgono.

L'URP dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena è preposto a svolgere dei compiti ben definiti che sono coerenti con le aspettative dei

clienti interni ed esterni. Con una più approfondita analisi si evidenziano aree di interesse per i clienti verso servizi e funzioni ancora da potenziare e migliorare. Le funzioni individuate come di competenza dell'URP rispondono alle esigenze dei clienti interni ed esterni ma le modalità di erogazione dei servizi andranno in parte ridefinite nel continuo e ricorsivo processo di costruzione della realtà in cui il servizio è inserito. L'URP fa circolare le informazioni, all'interno e all'esterno, attraverso mezzi comunicativi che sono giudicati in modo quasi sempre superiore al giudizio medio. Infine, un ulteriore dato consiste nella valutazione positiva del servizio che l'URP offre a coloro che vi si sono rivolti direttamente. Ciò può evidenziare la necessità per l'URP di promuoversi nei confronti dei suoi pubblici. Da un lato per rendersi più visibile ed accessibile ai clienti esterni e dall'altro per pubblicizzare il fatto che esso si rivolge anche ad una clientela interna e non solo a quella esterna.

Queste considerazioni e anche le criticità emerse avvalorano l'ipotesi che ci si debba dirigere verso una comunicazione sempre più integrata, creatrice di un profondo e costruttivo legame tra interno ed esterno.

L'URP dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Modena è indirizzato in questa direzione anche se effettivamente ci sono ancora spazi di miglioramento da colmare che questa ricerca ha comunque messo in evidenza e che consistono in indicazioni preziose per la riorganizzazione dell'Ufficio.

Infine è utile ribadire che l'URP non può e non deve essere inteso come l'unico soggetto comunicativo. La progettazione e la gestione dei flussi informativi, sia all'interno dell'ospedale che con i cittadini, non può riguardare solo l'URP ma anche ogni altro soggetto che contribuisce al servizio al cittadino, perché: 1) molte

informazioni al pubblico devono inevitabilmente essere fornite da quei soggetti che possiedono la competenza specifica necessaria; 2) l'informazione fornita al cittadino richiede il collegamento informativo con tutti i soggetti dell'ospedale; 3) una buona comunicazione richiede un buon atteggiamento di servizio, una sviluppata attenzione ai problemi dei cittadini, che deve essere presente in tutti i soggetti. Quindi l'URP è nodo, se si vuole privilegiato, ma solo uno dei nodi di un *network* interno che deve essere sinergicamente legato ad un più ampio *network* esterno.

L'URP si deve porre come supporto, promotore e soggetto incentivante di una cultura della comunicazione efficace che deve essere prerogativa di ogni componente dell'organizzazione. Solo così infatti è possibile creare un effettivo «circolo virtuoso» della comunicazione capace di riportare le persone al centro dei processi di creazione del valore permettendo così la realizzazione di strutture amministrative più flessibili, partecipative e più vicine alle necessità dei soggetti, in una parola per creare quello che G. Arena ha definito «amministrazioni condivise» (Arena, 1995) dove i soggetti interni ed esterni diventano rispettivamente fautori e *partners* del buon andamento dell'organizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- ARENA G. (a cura di) (1995), *La comunicazione di interesse generale*, Il Mulino, Bologna.
- BLAU P.M., SCOTT W.R. (1972), *Le organizzazioni complesse*, Franco Angeli, Milano.
- VICARI S. (1991), *L'impresa vivente*, Etas Libri, Milano.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1998), *Piano sanitario nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute*, testo approvato in sede di esame preliminare del Consiglio dei Ministri del 15 maggio 1998.

INDICAZIONI PER ULTERIORI APPROFONDIMENTI

- AMIETTA P.L. (1995), *Comunicare per apprendere*, Franco Angeli, Milano.
- ALBRECHT K. (1992), *Al servizio del cliente interno ed esterno*, Isedi, Torino.
- ANSELMI L., VOLPATTO O. (1990), *L'Azienda salute*, Giuffrè Editore, Milano.
- ARCURI F.P. (1992), *L'organizzazione ospedaliera tra complessità e creatività*, Franco Angeli, Milano.
- ARDIGÒ A., MAZZOLI G. (a cura di) (1990), *L'ipercomplessità tra socio-sistemica e cibernetiche*, Franco Angeli, Milano.
- ARDIGÒ A. (1997), *Società e salute*, Franco Angeli, Milano.
- BATESON G. (1996), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- BERTALANFFY L. VON (1976), *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*, Isedi, Milano.
- BETTETTINI G. (1993), *Semiotica della comunicazione d'impresa*, Bompiani, Milano.
- BIFULCO L., LEONARDIS O. (a cura di) (1997), *L'innovazione difficile. Studi sul cambiamento organizzativo nella Pubblica amministrazione*, Franco Angeli, Milano.
- BOISOT M. (1992), *Organizzazioni & informazioni*, Franco Angeli, Milano.
- BORGONOVÌ E. (1996), *Principi aziendali per la Pubbliche amministrazioni*, Egea, Milano.
- BUCKLEY W. (1976), *Sociologia e teoria dei sistemi*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- BURELLO A. (1996), «La comunicazione aziendale nell'organizzazione che cambia», in Mazzoli G. (a cura di), *Comunicazione e produttività industriale*, Franco Angeli, Milano.
- CROZIER M. (1990), *L'impresa in ascolto*, Seime, Milano.
- DEUTSCH K. (1972), *I nervi del potere*, Etas Kompass, Milano.
- DOUGLAS M. (1990), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- FIorentini G. (1990), *Amministrazione pubblica e cittadino: le relazioni di scambio*, Egea, Milano.
- FIorentini G. (1995), *Il marketing dello Stato*, Editrice Bibliografica, Milano.
- FOERSTER H. VON (1987), *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.
- GAGLIARDI P. (a cura di) (1986), *Le imprese come culture*, Isedi, Torino.
- GOLFETTO F. (1993), *Comunicazione e comportamenti comunicativi: una questione di coerenza per l'impresa*, Egea, Milano.
- GRABER D. (1992), *Public Sector Communication*, Congressional Quarterly, Washington.
- GRUPPO DI LAVORO REGIONALE DEI REFERENTI AZIENDALI PER L'URP, I CCM E LA QUALITÀ, *Miglioramento della comunicazione nelle strutture sanitarie della regione Emilia-Romagna*, Bologna, 23 aprile 1998.
- GUIDICINI P. (a cura di) (1996), *Nuovo manuale della ricerca sociologica*, Franco Angeli, Milano.
- INVERNIZZI E., MAZZEI A., «Comunicazione pubblica e servizi per il pubblico», in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 130, E.S.T.E., Milano.
- INVERNIZZI E. (1996), *La comunicazione organizzativa nel governo dell'impresa*, Giuffrè Editore, Milano.
- KOTLER P. (1990), *Al servizio del pubblico*, Etas Libri, Milano.
- LEONARDI R. (a cura di) (1997), *L'evoluzione della Pubblica amministrazione*, ed. Il Sole 24 ore, Milano.
- LORENZINI R., PIPAN T., SASSO G. (1995), *La cultura del servizio nella Pubblica amministrazione*, Franco Angeli, Milano.
- LUHMANN N., DE GIORGI R. (1995), *Teoria della società*, Franco Angeli, Milano.
- MANCINI P. (1996), *Manuale di comunicazione Pubblica*, Laterza, Bari.
- MAZZOLI G. (a cura di) (1996), *Comunicazione e produttività industriale*, Franco Angeli, Milano.
- MAZZOLI G. (1996), «Comunicazione interna e legami sociali in azienda: una prospettiva di rete», in Mazzoli G. (a cura di), *Comunicazione e produttività industriale*, Franco Angeli, Milano.
- MORIN E. (1983), *Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione*, Feltrinelli, Milano.
- PFEFFER J. (1986), «Il management come azione simbolica: la creazione e la conservazione dei paradigmi organizzativi», in Gagliardi P. (a cura di), *Le imprese come culture*, Isedi, Torino.
- PINTUS E., MASSEI M.A., FILANNINO C. (1996), *I fattori strategici delle aziende sanitarie*, Lauri Editori, Milano.
- RICCI BITTI P.E., ZANI B. (1983), *La comunicazione come processo sociale*, Il Mulino, Bologna.
- ROSATI C. (1996), *Guida all'Ufficio per le relazioni con il pubblico*, Cel, Gorle.
- SHANNON C.E., WEAVER W. (1949), *La teoria matematica della comunicazioni*, Etas Kompass, Milano.
- SODA G., «La progettazione organizzativa», in Soda G. (a cura di), *Progettazione organizzativa*, supplemento al bimestrale *Sviluppo & Organizzazione* n. 150, E.S.T.E., Milano.
- STEIN E. (1986), *L'empatia*, Franco Angeli, Milano.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.
- WEICK K. (1997), *Senso e significato nell'organizzazione*, Cortina, Milano.
- ZAN S. (a cura di) (1988), *Logiche di azione organizzativa*, Il Mulino, Bologna.

L'INTRODUZIONE DELLA CONTABILITÀ ECONOMICA NELL'AZIENDA SANITARIA DI CESENA: OCCASIONE PER UNA RIFORMA ORGANIZZATIVA

Fosco Foglietta¹, Maurizio Chiarini²

¹ Direttore Generale Azienda USL Bologna sud (già Direttore Amministrativo Azienda USL Cesena)

² Direttore Generale A.G.E.A. Ferrara (già Dirigente SMAER Bologna)

SOMMARIO: 1. Premessa: l'organizzazione dell'Azienda USL di Cesena - 2. I presupposti di base - 3. Una scelta frequente ma scorretta: mantenere in capo alla contabilità economica una funzione autorizzativa - 4. Una scelta meno frequente ma più appropriata: il sistema contabile come supporto ai processi di programmazione e controllo - 5. La specificità dell'esperienza cesenate - 6. Una ipotesi correttiva dell'impostazione originaria - Appendice.

1. Premessa: l'organizzazione dell'Azienda USL di Cesena

Per poter comprendere in qual modo l'introduzione del particolare sistema di contabilità economica prescelto intacchi in profondità gli snodi fondamentali dell'assetto organizzativo aziendale, occorre avere alcune preliminari conoscenze.

Il «modello» cesenate (sancito con delibera n. 23/95 e poi, via, via aggiornato, modificato, riarticolato attraverso una nutrita serie di altri provvedimenti) si ispira largamente al ben noto modello di H. Mintzberg (1) e articola, conseguentemente, la totalità del suo impianto in tre grandi blocchi — di funzioni e di struttura — coincidenti con: il vertice strategico; il «management» intermedio; la «line» erogativa.

I. Del primo fanno parte gli organi di Governo (Direttore generale; amministrativo; sanitario e Coordinatore dei servizi sociali) supportati da una nutrita serie di uffici di *staff*; alcuni da istituire a seguito di un preciso disposto normativo (controllo di gestione e nucleo di valutazione, ad esempio), altri che conseguono alla particolare «filosofia» di governo adottata e promossa dal vertice strategico nel configura-

re il proprio ruolo e nello stabilire la «mission» e la «vision» aziendali. Ne è derivata l'istituzione di uffici di *staff* dedicati alla «comunicazione»; alla «formazione e qualificazione professionale»; al «sistema informativo socio-sanitario»; alla «ricerca e sviluppo»; alla «osservazione interna dei prezzi e all'andamento dei consumi di beni e servizi di uso sanitario»; etc.

Alcuni uffici supportano direttamente le funzioni decisorie della Direzione complessivamente intesa (ad esempio controllo di gestione), oppure del Direttore generale (ad esempio, *staff* della «comunicazione»). Altri interferiscono in modo più immediato all'esercizio delle competenze del Direttore amministrativo (politiche per il personale, ad esempio) o del Direttore sanitario (qualità totale, ad esempio).

II. Compongono il «management» intermedio le grandi strutture che costituiscono l'architettura portante dell'assetto organizzativo globale.

Si tratta di sei, complesse aree dipartimentali (con ciò riconoscendo come l'ispirazione di fondo che connota tutto il modello aziendale tragga origine da una visione dipartimentale assai ampia) che svolgono funzioni gestionali di «alta amministrazione» e

concorrono a definire i contenuti programmatici, anche strategici, dell'Azienda.

L'«Area dipartimentale delle attività ospedaliere» (alias Presidio ospedaliero Bufalini/Marconi); l'«Area dipartimentale della prevenzione»; l'«Area dipartimentale delle attività amministrative»; l'«Area dipartimentale delle attività socio-sanitarie» l'«Area dipartimentale delle attività distrettuali» e la «Segreteria della Direzione generale», sinteticamente denominate macro-aree, si articolano, o in una pluralità di unità operative (come avviene, ad esempio, nell'Area dipartimentale della prevenzione), oppure in alcuni Dipartimenti interni a ciascuna area (così, ad esempio, per quanto concerne l'Area ospedaliera e quella delle attività distrettuali) che aggregano varie unità operative. Le macro-aree ricomprendono, inoltre, anche alcune agenzie.

III. Dipartimenti, unità operative e agenzie costituiscono la line delle strutture operative, ovverosia quell'insieme di unità organizzative di media complessità che garantiscono la erogazione di una variegatissima serie di prestazioni — sanitarie, socio-sanitarie, tecniche e amministrative —

volte alla soddisfazione dei clienti esterni (il cittadino/utente) e dei clienti interni (le strutture assistenziali che richiedono la costante disponibilità delle strutture di supporto tecniche e amministrative).

I dipartimenti sono strutture gestionali orientate all'efficienza tramite l'uso integrato delle risorse, e alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici volti a garantire efficacia ed appropriatezza assistenziale (ad es. nell'«Area dipartimentale delle attività ospedaliere» abbiamo il Dipartimento medico; quello chirurgico; quello delle diagnostiche e dell'emergenza-urgenza; nell'«Area dipartimentale delle attività distrettuali» troviamo il «Dipartimento delle cure primarie»).

Nella dizione unità operative si riprende una frastagliata congerie di precedenti classificazioni: le «divisioni» e «sezioni» ospedaliere; i «servizi» amministrativi; i «settori» socio-sanitari; etc.

Le agenzie garantiscono, invece, la massima integrazione e trasversalità possibili nella gestione di competenze precedentemente parcellizzate in più servizi; così, ad esempio, per quanto concerne l'Agenzia del laboratorio (che congloba laboratorio analisi; anatomia patologica e trasfusionale); l'Agenzia infermieristica (chiamata a dirigere tutto il personale infermieristico); l'Agenzia del farmaco (in cui si accorpano la farmaceutica ospedaliera e quella territoriale); l'Agenzia delle manutenzioni (che spazia dal parco automezzi alle tecnologie sanitarie).

Anche le unità operative e le agenzie esercitano funzioni squisitamente gestionali e si collocano — in ragione della natura delle loro competenze — all'interno dell'una o dell'altra delle sei macro-aree (per quanto concerne le agenzie: laboratorio, farmaco e infermieristica, afferiscono al presidio

ospedaliero; le «manutenzioni» all'Area dipartimentale delle attività amministrative).

L'identificazione dei Centri di responsabilità (CdR) (2) avviene all'interno del contesto organizzativo sopra descritto.

Sono Centri di responsabilità tutti i dipartimenti, le unità operative, le agenzie, le direzioni di macro-area, gli organi di *staff*, per un totale di 66 CdR.

All'interno di ogni CdR sono stati, poi, selezionati uno o più Centri di costo (CdC). Ad esempio: i CdR coincidenti con i «reparti» ospedalieri contengono CdC che corrispondono alla degenza, alle attività ambulatoriali, al *day-hospital*, alla attività di sala chirurgica, etc. Normalmente, i Centri di costo sono identificabili con una linea di attività, intesa come concatenazione di più fasi produttive orientate alla realizzazione di un prodotto, intermedio o finale, rispetto agli obiettivi assistenziali perseguiti (ad esempio: l'attività di falegnameria; l'attività di cucina di ogni presidio ospedaliero; l'attività di segretariato sociale minori; le varie forme di assistenza domiciliare integrata; etc.) o con la gestione di una struttura erogativa di prestazioni (ad esempio: un *day-hospital*; un centro prelievi; una «casa protetta» per anziani non autosufficienti; un centro diurno per disabili; etc.).

I soggetti titolari della gestione del sistema contabile sono, a loro volta,

dislocati all'interno dell'organigramma aziendale (tabella 1).

Illustrato sinteticamente il quadro organizzativo di riferimento (figura 1) risulta, di certo, più agevole comprendere i percorsi procedurali che correlano, tramite una fitta serie reticolare, i vari interlocutori (responsabili di CdR; direzione strategica e dirigenza di macro-area; U.O. bilanci e controllo di gestione; etc.) impegnati nella costruzione di quel particolare sistema di contabilità economica che caratterizza l'esperienza della Azienda USL di Cesena.

2. I presupposti di base

La contabilità finanziaria

Rileva nelle loro diverse fasi (accertamento, riscossione e versamento; impegno, liquidazione, ordinazione e pagamento) le entrate e le spese effettuate in un determinato periodo seguendo rigidamente le autorizzazioni contenute nel bilancio di previsione iniziale.

Il principio su cui si fonda è quello del controllo sul corretto impiego dei finanziamenti assegnati dal livello sovraordinato.

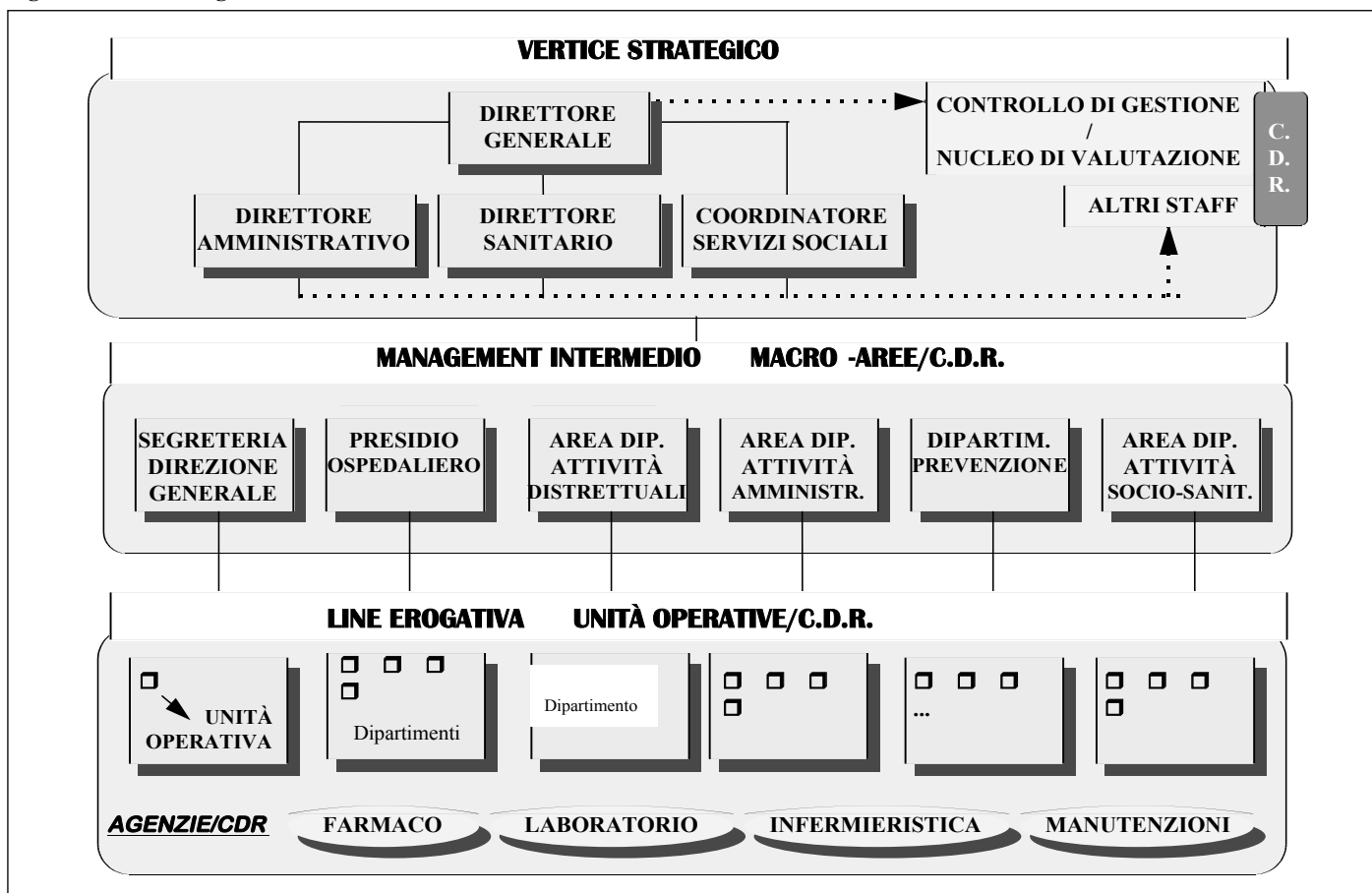
Il bilancio di previsione è il documento di guida e di controllo delle decisioni aziendali da parte degli organi esterni.

Il rendiconto, che viene redatto a fine gestione, e le rilevazioni contabili

Tabella 1 - Collocazione dei «soggetti titolari» della gestione del sistema di contabilità

● U.O. «Bilanci»	U.O. nell'ambito dell'«Area dipartimentale delle attività amministrative»
● Contabilità analitica e ufficio <i>budget</i>	Due CdC. inseriti all'interno dell'U.O. controllo di gestione
● Ufficio amministrativo di supporto ai titolari di CdR (ufficio NISA)	<i>Staff</i> afferente alla Direzione amministrativa

Figura 1 - Quadro organizzativo di riferimento



sono finalizzati al rispetto della auto-rizzazione iniziale.

La contabilità economico-patrimoniale

Rileva costi e ricavi classificati per natura (personale, beni di consumo, servizi, ecc.) e si fonda sul principio di competenza economica.

Il fine della contabilità economico-patrimoniale è quello della determinazione del risultato economico e del patrimonio di funzionamento.

Il documento di chiusura della contabilità, *il bilancio d'esercizio*, deve rappresentare sinteticamente le risorse consumate nel periodo, i ricavi correlati ed il risultato gestionale raggiunto.

La contabilità analitica

Rileva i costi per natura, come la contabilità economico-patrimoniale, e per destinazione (ad esempio: reparti, unità organizzative).

La contabilità analitica rileva, costantemente e tempestivamente, il consumo delle risorse ed i livelli produttivi raggiunti, mentre si sta svolgendo la gestione aziendale.

Lo scopo delle rilevazioni è quello di fornire informazioni ai livelli decisionali per la tempestiva, eventuale, adozione di azioni correttive.

In questa delicata fase, le Aziende USL per conseguire risultati accettabili sul versante della efficienza (consumo appropriato delle risorse e contenimento dei costi), della efficacia (qua-

lità assistenziale e risoluzione dei bisogni espressi) e della soddisfazione dell'utente devono sviluppare strategie che, da un lato, fissino obiettivi plurimi e azioni (assistenziali, organizzative, gestionali) capaci di consentirne il raggiungimento e dall'altro, coinvolgano tutta la dirigenza e i professionisti all'interno di una «visione» aziendale finalizzata al perseguimento degli obiettivi.

Lo strumento cardine di tale strategia è rappresentato dal processo di negoziazione del *budget*; processo tramite il quale il vertice strategico concorda con le articolazioni organizzative aziendali gli obiettivi da perseguire e le correlate risorse. L'autonomia dei CdR è assai ampia.

Alla Direzione aziendale spetta il compito di esercitare un costante controllo sull'andamento del rapporto: consumo delle risorse budgetarie/avvicinamento agli obiettivi negoziati.

L'introduzione della contabilità economica può fornire un significativo contributo all'attivazione del nuovo processo organizzativo.

Come abbiamo già visto la contabilità economica è uno strumento finalizzato a misurare principalmente le relazioni tra l'organizzazione e il mondo esterno con l'obiettivo principale di verificare la capacità di aumentare o ridurre, nel corso dell'esercizio, il patrimonio aziendale.

Nel caso specifico di una organizzazione *non profit*, l'informazione sull'aumento o riduzione del patrimonio, pur importante, non risulta però decisiva ai fini del perseguimento della missione.

Assai più significative risultano essere le informazioni attorno all'uso corretto delle risorse attuato dai vari centri di responsabilità.

L'integrazione fra il sistema di contabilità economica (equilibrio economico, patrimoniale e finanziario complessivo) e il sistema di contabilità analitica (uso delle risorse in relazione agli obiettivi dei singoli CdR) è quindi fondamentale per il particolare tipo di organizzazione (azienda sanitaria) in cui la contabilità economica viene introdotta.

3. Una scelta frequente ma scorretta: mantenere in capo alla contabilità economica una funzione autorizzativa

Esistono, e sono al momento ancora diffuse (dovendosi dare una copertura «formale» alla prescrizione normativa che ne prevedeva l'istituzione entro il 1997) «contabilità economiche» funzionali ad un «governo» del-

la spesa ancora di stampo centralistico.

Il cambiamento da queste promosse si limita essenzialmente: a sostituire ad entrate e uscite ricavi e costi; alla soppressione formale dei capitoli e degli impegni per articolare le disponibilità finanziarie previste in macro-conti trasversali in cui rilevare l'acquisto di beni e servizi (ordinati a fruitori esterni) dopo l'adozione di autorizzazioni formali (delibere del Direttore generale; provvedimenti della dirigenza; ecc.) sostanzialmente simili (anche se formalmente diverse) ai precedenti impegni di spesa; all'introduzione delle voci «ammortamenti», ratei e risconti, ecc. e al corretto allineamento con lo «stato patrimoniale».

I titolari dei *budget* (in genere, un numero assai limitato) ricevono i «report» relativi al consumo dei loro fattori produttivi direttamente dalla struttura organizzativa centrale deputata alla gestione del bilancio; tale consumo si rapporta principalmente alle autorizzazioni di spesa riferite ai macro-conti economici.

Una siffatta tipologia di «contabilità economica» non consente in alcun modo di sostenere un reale decentramento delle responsabilità economiche ai titolari di *budget*; scelta che presuppone l'eliminazione dei controlli preventivi di natura autorizzatoria e la possibilità di fornire il dettaglio dei consumi di risorse nel momento stesso in cui i responsabili dei CdR (i dirigenti delle unità operative ospedaliere, ad es.) decidono, via via, di richiedere ai fornitori interni (farmacia, economato, provveditorato, personale, ecc.) i fattori produttivi ritenuti necessari allo svolgimento delle attività destinate a conseguire gli obiettivi di *budget*.

4. Una scelta meno frequente ma più appropriata: il sistema contabile come supporto ai processi di programmazione e controllo

Affinché ciò possa verificarsi consentendo ad un elevato numero di titolari di CdR di divenire i gestori reali dei *budget* negoziati, occorre innanzitutto realizzare una reale negoziazione delle risorse disponibili ed inoltre:

— che alla «contabilità economica» si affianchi, integrandosi con essa, la «contabilità analitica»: strumento indispensabile del controllo di gestione;

— che le voci classificatorie dell'una e dell'altra siano congruenti, organizzate secondo una logica aggregativa che raggruppi più codici (afferenti a vari fattori produttivi) della contabilità analitica all'interno dei codici, più sintetici, del Piano dei conti (contabilità economica);

— che l'andamento del consumo delle risorse di ogni CdR sia, di fatto, aggiornato all'ultima «richiesta di acquisto» effettuata al fornitore interno (visualizzabile prima di ogni nuova richiesta, sullo schermo del terminale messo a disposizione di ciascun titolare di CdR);

— che i «report» periodici siano prodotti allo scopo, sia di informare i titolari di CdR dell'articolarsi del consumo dei fattori produttivi in riferimento ai vari centri di costo che compongono ciascun CdR, sia di fornire al vertice strategico aziendale l'andamento dei consumi per «conti» e «sotto-conti» (3) consentendo, con ciò, una conoscenza aggiornata costantemente dell'effettivo utilizzo dei fattori produttivi (4) rispetto alle previsioni di *budget* e quindi una elevata razionalità nelle scelte di programmazione economica prima e durante il corso di ogni esercizio.

Questo sistema consente:

— sul versante delle responsabilità di gestione dei *budget*, di fornire a cia-

scun titolare la situazione del consumo delle risorse assegnatagli, in modo tale che si renda conto in tempo reale degli scostamenti, in eccesso o in difetto, da quanto previsto in sede di *budget* e possa, di conseguenza, porre in essere gli interventi necessari ad un riallineamento; oppure adottare strategie di consumo diverse da quelle originarie; oppure motivare la richiesta di una rinegoziazione;

— sul versante della gestione del bilancio economico/*budget* aziendale, di avere sistematicamente sotto controllo l'andamento dei costi per sottoconto trasversale (ad es. i «servizi di formazione e di aggiornamento»), contemporaneamente conoscendo in quali fattori produttivi si vadano concentrando i consumi debordanti da un andamento previsionale stimato e quali siano i CdR più a rischio di splafonamento.

Lo sviluppo di questa ultima funzione di verifica e valutazione dei flussi di spesa trasversali, pone con forza l'esigenza di stabilire, con maggiore precisione, i rapporti che devono intercorrere fra il *budget* di ogni singolo CdR e quelli «trasversali», nonché le diverse responsabilità afferenti, sia alle strutture — interne all'Azienda — dedicate all'acquisto dei fattori produttivi, sia ai vari utilizzatori (strutture erogative) di tali fattori.

I «*budget* trasversali» (5) aggregano, in alcuni «sottoconti», i fattori produttivi che risultano necessari al funzionamento delle singole strutture operative (ad es. i fattori produttivi — noleggio/*leasing* attrezzature informatiche; noleggio/*leasing* fotocopiatrici; ecc. — relativi al sottoconto «canoni per centri elettrocontabili») e che in sede di contabilità analitica vengono frazionati nelle imputazioni di costo afferenti a ciascun CdR o CdC. Pertanto, il *budget* trasversale risulta essere programmaticamente definito come sommatoria delle quote-parte

assegnate convenzionalmente ad ogni CdR (ad eccezione del personale: ciò avviene per quanto concerne i beni sanitari e quelli economici; le manutenzioni e le utenze; ecc.). Ciò comporta che la responsabilità del *budget* in senso stretto è solamente del titolare di ogni CdR utilizzatore mentre compete al responsabile di *budget* trasversale, ovverosia alle strutture dedicate ad esercitare le funzioni di acquisto (provveditorato, farmacia, ecc.), monitorarne l'andamento e segnalare la opportunità di effettuare eventuali variazioni richiamando in causa i soggetti negoziatori (le macro-articolazioni, nel caso di traslazione di risorse da CdR utilizzatore a CdR utilizzatore e la Direzione generale nel caso di variazioni complessivamente concernenti le risorse assegnate ai *budget* trasversali). Variazioni che verranno, poi, a ri-determinare i valori budgetari conclusivamente assegnati a ciascun CdR utilizzatore.

5. Le specificità dell'esperienza cesenate

L'Azienda USL di Cesena ha deciso, a metà del 1997, di dotarsi di una «contabilità economica» (potendo già contare su di una «analitica» entrata in funzione un anno prima) integrata nel sistema di programmazione e controllo e atta a favorire il massimo di gestione decentrata dei *budget* e la più ampia, autonoma, responsabilità dei titolari di CdR.

Il processo di attivazione si è sviluppato, in particolare, nelle seguenti fasi.

— Approvazione del Piano dei CdR; 66, complessivi, di cui 30 corrispondenti ai dipartimenti e alle UU.OO. ospedaliere.

— Regolamentazione ed attuazione del processo negoziale. Articolato teoricamente su tre livelli (vertice strategico/macro-aree; macro-aree-diparti-

menti; dipartimenti/UU.OO.) ma in fase di prima applicazione solo su due (non essendo ancora operativi i dipartimenti), esso ha comportato l'attribuzione ai CdR di risorse finanziarie complessive pari a circa L. 350 miliardi.

— L'abbandono totale (settembre 1997) di ogni residuo riferimento, sia al bilancio di previsione autorizzato, sia alle procedure di rilevazione ancora tipiche di una «contabilità finanziaria». Ciò comporta che l'unico riferimento valido per comprendere quale possa essere, in ogni momento, il potenziale di spesa dell'Azienda è rappresentato dall'insieme dei *budget* dei costi negoziati. Insieme che costituisce, nel bilancio di previsione economico-patrimoniale afferente ad ogni esercizio, la componente «costo della produzione».

— La conseguente applicazione di un nuovo meccanismo di rilevazione e di controllo dell'andamento della spesa. All'atto di ogni ordine di acquisto di bene e/o servizio (o di ogni prelievo da magazzino) la spesa (o il costo) corrispondente viene attribuita ad un «Centro di costo», appartenente ad un CdR, in riferimento ad un fattore produttivo collocato anche all'interno di un «Conto trasversale».

In tale modo:

a) si alimenta contemporaneamente, sia la contabilità economica (piano dei conti trasversali), sia la contabilità analitica (centri di costo/fattori produttivi);

b) si procede, prescindendo da ogni autorizzazione, a consumare i *budget* di ciascun CdR e, per famiglie di fattori produttivi (ad es. farmaci) i *budget* trasversali coincidenti con i «conti» della contabilità economica;

c) la conoscenza delle dinamiche di spesa afferenti ad ogni fattore produttivo di ogni *budget* (CdR) avviene al momento stesso dell'ordine supe-

rando con ciò, totalmente, il *gap* conoscitivo precedentemente rappresentato dalla registrazione, in contabilità economica degli acquisti (correlati agli ordini effettuati) solo all'atto della liquidazione delle fatture;

d) gli aggiustamenti, eventualmente necessari, delle strategie di spesa possono essere prodotti (sia dai titolari dei CdR in dialettica con la Direzione generale, sia dalla stessa Direzione, in rapporto alle esigenze complessive di bilancio) sulla base di una conoscenza esatta ed aggiornata, invece che per stime estrapolate da una informazione strutturalmente in ritardo di almeno tre mesi (il tempo inter-

corrente fra l'ordine e l'invio, da parte del fornitore, della fattura).

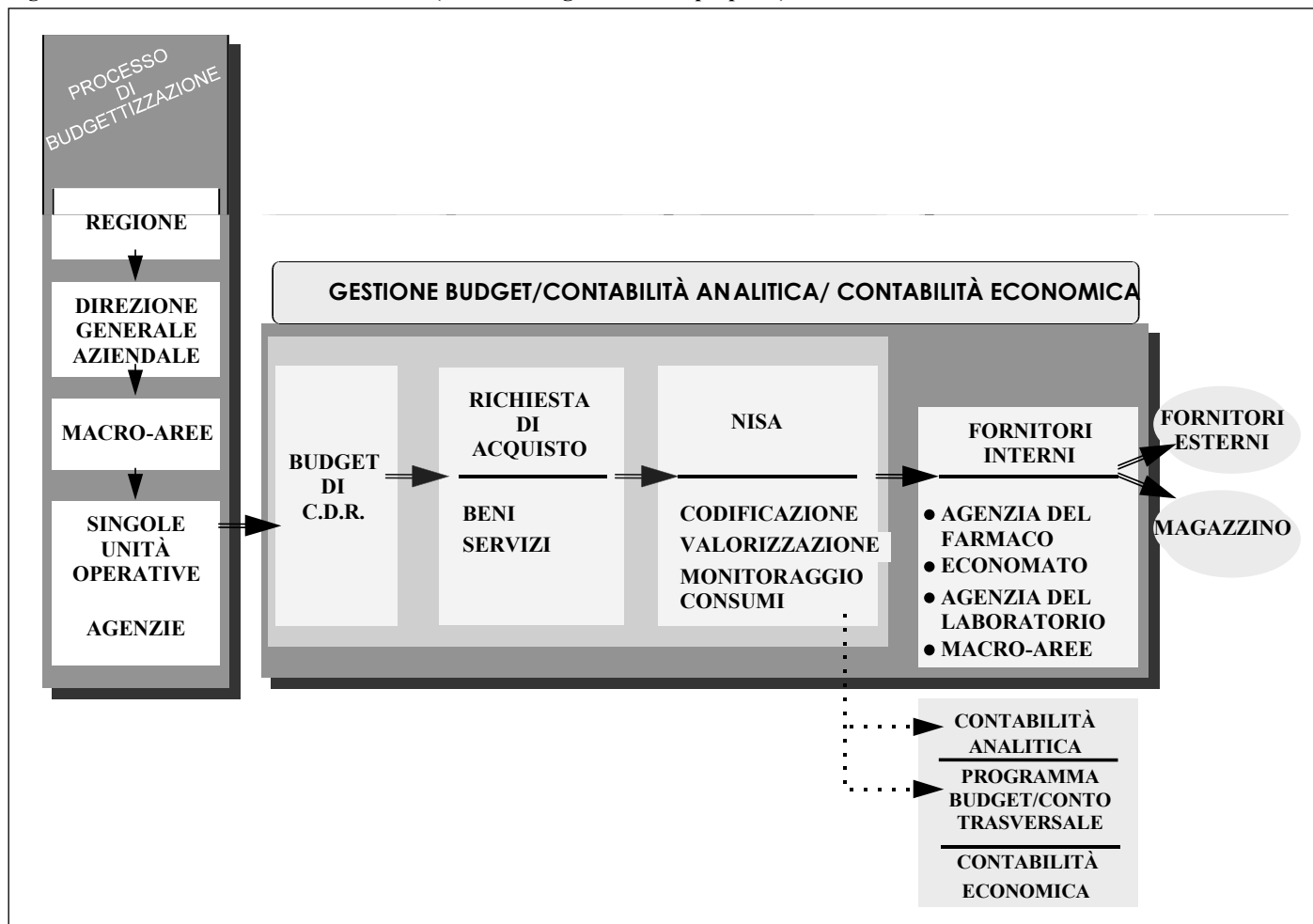
— La decisione di porre al fianco dei titolari di *budget* (molto spesso medici, cui non è immaginabile chiedere di mettersi alla «tastiera» dei video terminali per ordinare ciò di cui abbisognano utilizzando le migliaia di codici che classificano l'universo dei beni e servizi) un nucleo di figure amministrative specializzate (denominate NISA: nucleo intermedio di supporto amministrativo), articolate in rapporto alle varie macro-aree (Presidio ospedaliero; Area distrettuale; Dipartimento di prevenzione; Dipartimento amministrativo; Dipar-

timento socio-sanitario; Segreteria direzione generale) e con il compito di trasformare le richieste di acquisto formulate dai Responsabili di CdR in corrette procedure informatiche d'ordine ai fornitori «interni», nonché di tenere detti responsabili costantemente informati circa il consumo delle risorse afferenti ai loro, rispettivi *budget* (cfr. figura 2).

5.1. Alcune criticità riscontrate

La «lunga marcia» verso la messa a regime del nuovo sistema contabile ha fatto registrare, però, alcuni punti di crisi che, in parte, mettono in discus-

Figura 2 - Architettura del sistema contabile (soluzione originariamente proposta)



sione il disegno organizzativo originario.

a) L'articolazione del *budget* era stata pensata pressoché esclusivamente in rapporto ai singoli CdR, aggregati per macro-aree o coincidenti con le agenzie. Solo l'U.O. Attività tecniche per quanto concerne gli investimenti strutturali; l'Agenzia delle manutenzioni, per una piccola parte relativa alle tecnologie meno pesanti e più diffuse; il CED, per ciò che riguarda gli investimenti in tecnologie informatiche, gestivano *budget* trasversali.

Pressoché tutti i fattori produttivi erano, pertanto, rappresentati e contenuti all'interno di ciascun CdR, componendone il *budget*, in attesa degli impulsi all'«acquisto» che ogni titolare di CdR doveva esprimere nei confronti dei «fornitori interni», allo scopo di determinare l'acquisizione dei fattori produttivi di volta in volta ritenuti necessari al proseguimento delle attività.

Nella logica del sistema di «contabilità economica» aziendale cesenate, tali impulsi avrebbero dovuto essere registrati, trasformati in codici e valorizzati dallo stesso CdR, avvalendosi dell'opera di un supporto tecnico amministrativo (NISA).

Ciò non si è verificato.

Da un lato, infatti, l'azione di codifica dei beni (sanitari, economici, farmaceutici) è stata svolta dalle varie unità operative (o agenzie) cui compete formulare gli ordini ai fornitori esterni per acquisire i così detti «beni in transito» o per alimentare le scorte di magazzino a mano, a mano che se ne riscontra la necessità a seguito dei prelievi effettuati da ogni struttura erogativa.

Dall'altro lato, il filtro costante sulle richieste di acquisto e l'altrettanto costante controllo sull'andamento del consumo dei fattori produttivi che, in riferimento ad ogni CdR, avrebbero dovuto assicurare i NISA tramite la

codificazione e valorizzazione di ogni bene, non si è pressoché mai sviluppato.

Inoltre, per quanto riguarda i «servizi» (soggetti esterni sia pubblici che privati) la stessa possibilità teorica di una loro codificazione contestuale alla richiesta — formulata dai CdR — di attivarne la fornitura, è venuta in gran parte meno a seguito della mancanza di una preventiva classificazione generale dei servizi stessi.

Solamente nell'area dei servizi socio-sanitari si è proceduto in tal senso e, pur tra molteplici difficoltà, è stato possibile accumulare una buona esperienza sperimentalmente utile.

b) La funzione di supporto dei NISA, che avrebbe dovuto manifestarsi in modo largamente diffuso, in stretta correlazione con gli *input* forniti dai titolari di CdR, si è invece ridotta essenzialmente a tre competenze:

— garantire consulenza in merito alla corretta applicazione dei codici informatici (relativi ai CdC; CDR; singoli beni; conti trasversali; ecc.) a tutte le strutture impegnate, nella loro veste di fornitori «interni», ad ordinare beni e servizi presso fornitori «esterni»;

— gestire il programma informatico di «*budget* trasversale» (6) allo scopo di registrare tempestivamente, teoricamente, assai prima della liquidazione dei documenti contabili, l'andamento dei consumi afferenti a quei macro-aggregati di fattori produttivi che sono i «sotto-conti» di contabilità economica. In realtà, questa funzione si è scontrata con una variegata serie di errori umani e di disfunzioni informatiche che hanno richiesto uno sforzo enorme di «manutenzione» del sistema e impedito di poter usufruire di informazioni attendibili;

— fornire a periodicità fissa (mensile; bimestrale) «report» di confronto fra i *budget* negoziati — in riferimento a macro-fattori produttivi — da cia-

scun CdR, e poi aggregati su base di macro-aree e di azienda, e l'andamento dei consumi effettivi.

Le tre suddette competenze sono state gestite, pur con tutti i limiti denunciati, da un ristretto nucleo centrale (3 unità) di amministrativi di supporto (NISA) la cui estrema utilità è ravvisabile non tanto nell'aver espletato le funzioni loro originariamente assegnate, bensì nell'aver concorso, sia a sperimentare le interconnessioni informatiche e classificatorie fra la contabilità analitica e il programma «*budget* trasversale» di contabilità economica, sia a far emergere di conseguenza gli errori e le carenze che, pressoché ogni giorno, si manifestavano sul piano operativo, sia — infine — ad avviare un costante processo di superamento di tali alterazioni.

Questa versione di «emergenza» delle funzioni del NISA appare attualmente in fase di largo superamento; una esperienza utilissima, ma datata che è, oggettivamente, in via di estinzione da un lato, e non più sufficiente ad affrontare, dall'altro, gli adempimenti, originariamente previsti per tale nucleo di supporto, ma mai, fino ad ora, realmente espliciti (cfr. figura 3).

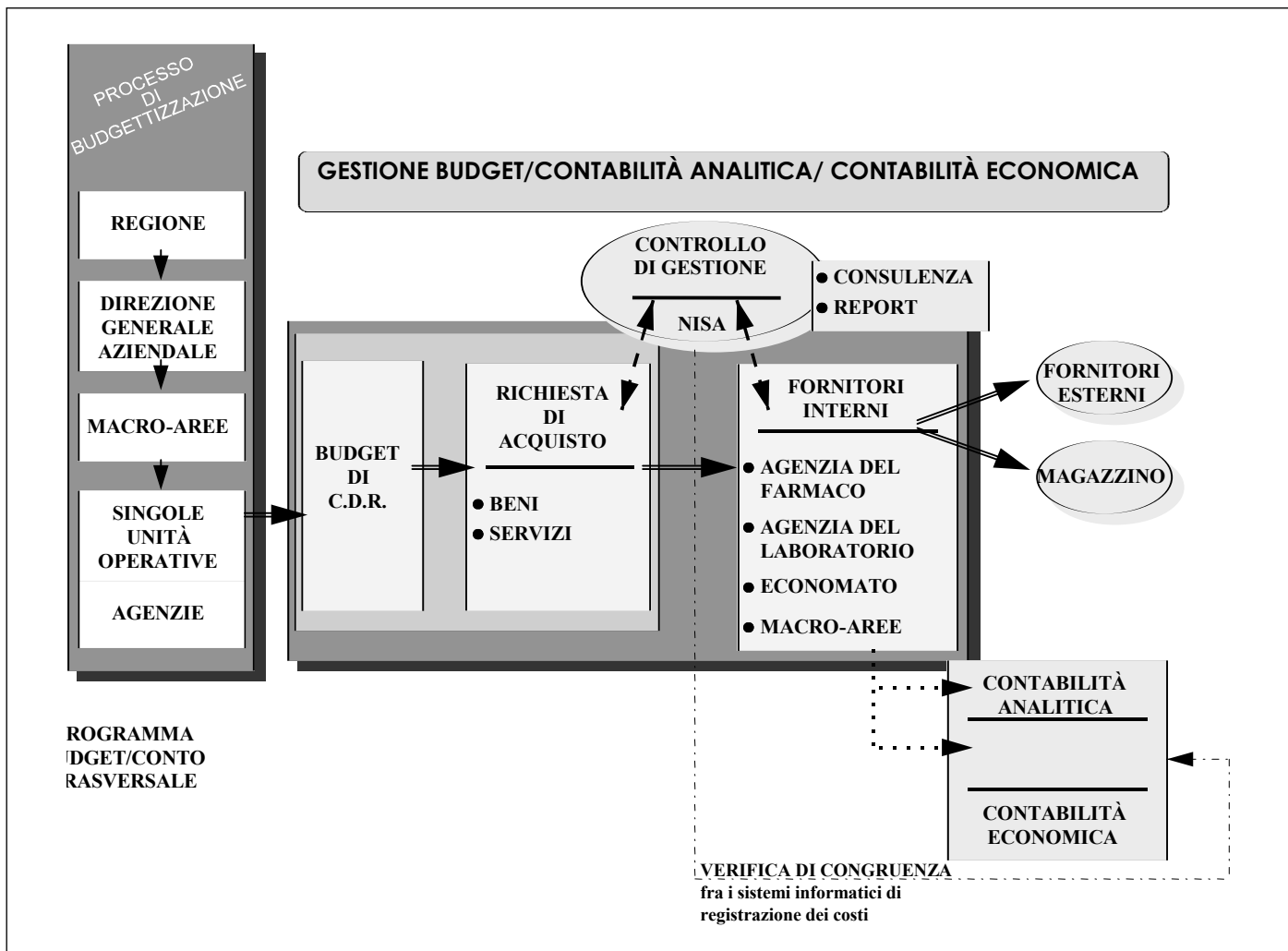
6. Una ipotesi correttiva dell'impostazione originaria

Alla luce della esperienza maturata sembra quanto mai opportuno introdurre alcune correzioni al modello organizzativo a suo tempo elaborato e sinteticamente descritto nel paragrafo 1.

6.1. La revisione del processo di negoziazione dei budget

La budgettizzazione realizzata solamente in riferimento a CdR coincidenti con le singole unità operative o agenzie ha messo in evidenza un duplice, sostanziale vuoto di competen-

Figura 3 - Architettura del sistema contabile (soluzione adottata di fatto)



za. Da un lato, infatti, i titolari di CdR non informati con sufficiente continuità dell'andamento del consumo dei loro fattori produttivi hanno continuato ad operare in larga parte prescindendo da quell'attenzione strategica al rispetto del *budget* (e alle eventuali, necessarie, azioni di correzione fra i vari consumi di risorse, compensando gli sfondamenti con la ricerca di possibili risparmi) che avrebbe dovuto essere il frutto virtuoso del *mix* determinato dall'esercizio della funzione di impulso all'acquisto (dei beni e servizi via via necessari) e

dallo squillare di campanelli di allarme al verificarsi di una eccessiva onerosità di tali acquisti (entrambe queste competenze avrebbero dovuto essere supportate dai NISA).

Dall'altro lato, i «fornitori interni», ovvero le strutture dedicate all'acquisto presso «terzi» dei beni e servizi richiesti (l'economato; l'agenzia del farmaco; l'agenzia del laboratorio; etc.) non avendo alcuna, diretta responsabilità di *budget* (in relazione a tali beni e servizi) hanno ritenuto di non dover sviluppare alcun intervento di controllo, avvertimento e correzio-

ne nei confronti dei vari CdR finendo con l'essere dei meri collettori di «ordini di acquisto interni» e dei meccanici, strumentali, acquisitori delle risorse via via richieste.

Per superare una tale, pesante disfunzione si è dunque pensato di introdurre la negoziazione di *budget* trasversale. Ciò comporta una revisione sensibile delle fasi del «processo di negoziazione» giacché la Direzione generale non ha più come unico, primo livello di riferimento l'insieme delle macro-aree, ma anche alcuni «fornitori interni».

L'Agenzia del farmaco, l'Agenzia del laboratorio, l'U.O. economato (in particolare) sono i «gestori» di grandi macro-aggregati di fattori produttivi — farmaci; beni sanitari; beni economici; alcuni «servizi», di particolare consistenza e trasversalità, frutto di mega-gare di appalto (ad esempio: pulizie; lavanolo; ecc.) — e a loro verrà assegnata, previa negoziazione, «la titolarità dei corrispondenti *budget* trasversali».

È fin troppo evidente che la determinazione del «quantum» di risorse finanziarie ritenute necessarie affinché i beni e i servizi rientranti in tali titolarità possano essere congruamente erogati ai «clienti interni» (le varie unità operative) non può che essere la conseguenza di una attenta valutazione dei piani di attività previsti da ogni CdR nell'ambito della programmazione (di esercizio e di investimento) annuale (e poliennale) coordinata da ogni macro-area.

Il titolare di «*budget* trasversale» si presenterà, quindi, alla negoziazione avendo già sviluppato un indispensabile coordinamento delle varie richieste e un altrettanto necessario sforzo di temperamento fra l'eventuale tendenza allo sviluppo della acquisizione dei fattori produttivi (rispetto allo «storico» documentato, con conseguente incremento dei costi) e l'esigenza di contenimento dei consumi collegata alle previsioni, non certo disinvoltamente incrementali, di bilancio.

Stabilita l'entità del «*budget* trasversale» compete, poi, al suo titolare: verificarne, nel tempo, la consistenza in rapporto, sia ai singoli punti di consumo, sia all'andamento complessivo del flusso; applicare, in prima battuta, i possibili correttivi per frenare la tendenza allo sfondamento del *budget* e attivare, in un momento successivo, le eventuali procedure di ri-negoziazione; tenere, di tutto ciò, costantemente

te informati la direzione strategica aziendale e, per il tramite del Controllo di gestione, sia le macro-aree che i corrispondenti CdR.

Dopo aver in tal modo attribuito negoziabilmente una larga parte di risorse ai «*budget* trasversali», rimane comunque un altrettanto rilevante impegno di stima del fabbisogno, negoziazione e assegnazione di consistenti quantità di fattori produttivi ai singoli CdR aggregati all'interno di ogni macro-area (o agenzia).

Ciò riguarda, essenzialmente, il personale (nella accezione ampia di personale di ruolo, incaricato in posto vacante, acquisito tramite incarichi libero-professionali, etc.) e i «piccoli» servizi (ovverosia quelli non già inseriti nel *budget* trasversale dei «grandi» servizi) che conglobano una variegatissima serie di forniture ricomprendenti attività e servizi socio-sanitari; consulenze; patrocini legali; assicurazioni, etc.

Per queste risorse molto varie, e disseminate nella molteplicità dei CdR, il processo di negoziazione già sperimentato si riconferma nei suoi due livelli (Direttore generale → macro-aree/agenzie → CdR).

Pare, peraltro, utile sottolineare brevemente anche la particolarità rappresentata dalla gestione della risorsa «personale».

Da un lato, infatti, la programmazione del fabbisogno, inestricabilmente correlata alla previsione delle attività da realizzare, non può non essere garantita dalle unità operative (e quindi dalle macro-aree) che hanno il compito di svolgere tali attività.

Dall'altro lato, però, una volta che si sia stabilito il «quantum» di risorsa da acquisire e si siano corrispondentemente valorizzati i costi, la proceduralizzazione del reclutamento (tempi e modi), il monitoraggio conseguente del rispetto o meno del consumo del *budget* complessivo aziendale (che

deriva dalla somma dei costi previsti per ogni articolazione organizzativa), la reportistica illustrativa di tale andamento da fornire alle macro-aree e, soprattutto, alla direzione strategica (dalla qual cosa discende la possibilità di agire sulle leve atte a rallentare o ad accelerare i processi di reclutamento), spettano alla U.O. personale, ovvero sia a quella struttura amministrativa trasversale che, pur non avendo la responsabilità dei *budget* relativi alla risorsa umana, ne deve però garantire la gestione.

In conclusione, pur rimanendo la responsabilità di risultato in capo ai singoli responsabili dei *budget* dei CdR verticali, si attribuisce una responsabilità specifica sul monitoraggio dell'andamento della spesa ai CdR trasversali.

6.2. La revisione del ruolo del NISA

L'introduzione della responsabilità sul monitoraggio di alcune tipologie di spesa che trovano rappresentazione nei «*budget* trasversali», con il conseguente, cospicuo sforzo gestionale (verifica del consumo; correttivi; segnalazione degli sfondamenti; informazione diffusa; ...) richiede un ripensamento del ruolo del NISA, non tanto per come era stato originariamente pensato, quanto piuttosto in relazione a come si è concretamente esplicato nei primi anni di attuazione del nuovo sistema.

Occorre, infatti, rilanciare e ampliare la tesi di una funzione di supporto amministrativo (ai titolari di *budget*) che si svolge in modo diffuso, collocata nei luoghi organizzativi preposti alla gestione dei *budget* e tale, quindi, da risultare non più compatibile con i compiti attribuiti ad un piccolo nucleo di figure specializzate, collocato centralmente, in veste di *staff*, all'interno della dimensione operativa del controllo di gestione (fra Contabilità ana-

litica, Ufficio *budget* e Contabilità economica).

Le funzioni del NISA devono essere esplicitate in stretta correlazione con quelle che garantiscono l'approvvigionamento dei beni (in «transito» o a «magazzino») e dei servizi («piccoli» e «grandi»).

Allo scopo è indispensabile riproporre la distinzione fra le procedure di acquisto che si svolgono in riferimento ai budget trasversali e quelle che si sviluppano, invece, in relazione ai singoli *budget* dei vari CdR di ogni macro-area. Nel primo caso la funzione NISA dovrà essere garantita da una (o più) unità appartenente al personale amministrativo dedicato alla gestione dei procedimenti di acquisto dei beni o servizi afferenti a ciascuno dei *budget* trasversali.

Si tratta, certamente, di individuare alcune specifiche figure per addestrarle e specializzarle in rapporto ai processi, programmi, metodiche, ecc. che un così complesso sistema di codifiche e di elaborazioni informatiche, di produzione dati e di comunicazione inevitabilmente richiede.

Nel secondo caso (con riferimento ai singoli CdR di ogni macro-area), la funzione NISA dovrà essere svolta essenzialmente da una unità amministrativa individuata in ciascuna macro-area.

Poiché l'impegno prevedibile varia in misura consistente (da un massimo

per il Presidio ospedaliero e il Dipartimento socio-sanitario ad un minimo per l'Area dipartimentale delle attività distrettuali), vi possono essere situazioni in cui tale incombenza viene svolta utilizzando solamente una quota parte del tempo-lavoro settimanale e situazioni che richiedono, invece, il tempo pieno di una unità, a sua volta supportata, ove necessario, da un ulteriore, saltuario impegno di altre figure operanti nelle compartimentazioni amministrative di ogni macro-area.

Anche la funzione NISA così concepita non prevede, dunque, la esclusività di mansioni espletabili solo da dipendenti super-specializzati, pur richiedendo formazione e addestramento specifici per alcune figure a ciò più peculiarmente dedicate (cfr. figura 4).

Termina, in sostanza, l'autonomia strutturata in *staff* del «Nucleo intermedio di supporto amministrativo» e rimane la pura e semplice esigenza di un coordinamento funzionale esplicabile da una delle unità operativamente impiegate in rapporto ai «*budget* trasversali» e alle macro-aree.

Esiste comunque la necessità di mantenere una funzione NISA ancora collocata all'interno del Controllo di gestione e dialogante con l'Ufficio *budget* e la contabilità analitica allo scopo di fornire, a periodicità fissa, *report* che, assumendo come riferimento la classificazione dei «conti» e

dei «sotto-conti» della contabilità economica, comparino su base mensile (o bimestrale) le previsioni di *budget* originariamente stabilite con l'andamento reale del consumo dei corrispondenti fattori produttivi. Inoltre, è quanto mai opportuno non eliminare un «osservatorio» unitario degli eventuali, ulteriori errori, sfasature, improprietà, ecc. che il processo di avvicinamento al funzionamento a «regime» del sistema così ripensato non potrà non determinare ancora per qualche tempo.

(1) In particolare, nel volume «La progettazione della organizzazione aziendale», Il Mulino, 1985.

(2) Per Centri di responsabilità si intendono le unità organizzative titolari di *budget* i cui contenuti sono definiti all'interno di un processo negoziale che vede impegnati il vertice strategico, le macro-aree e le stesse U.O.

(3) Cfr. tavola in appendice.

(4) Cfr. tavola in appendice.

(5) Cfr. figura 2.

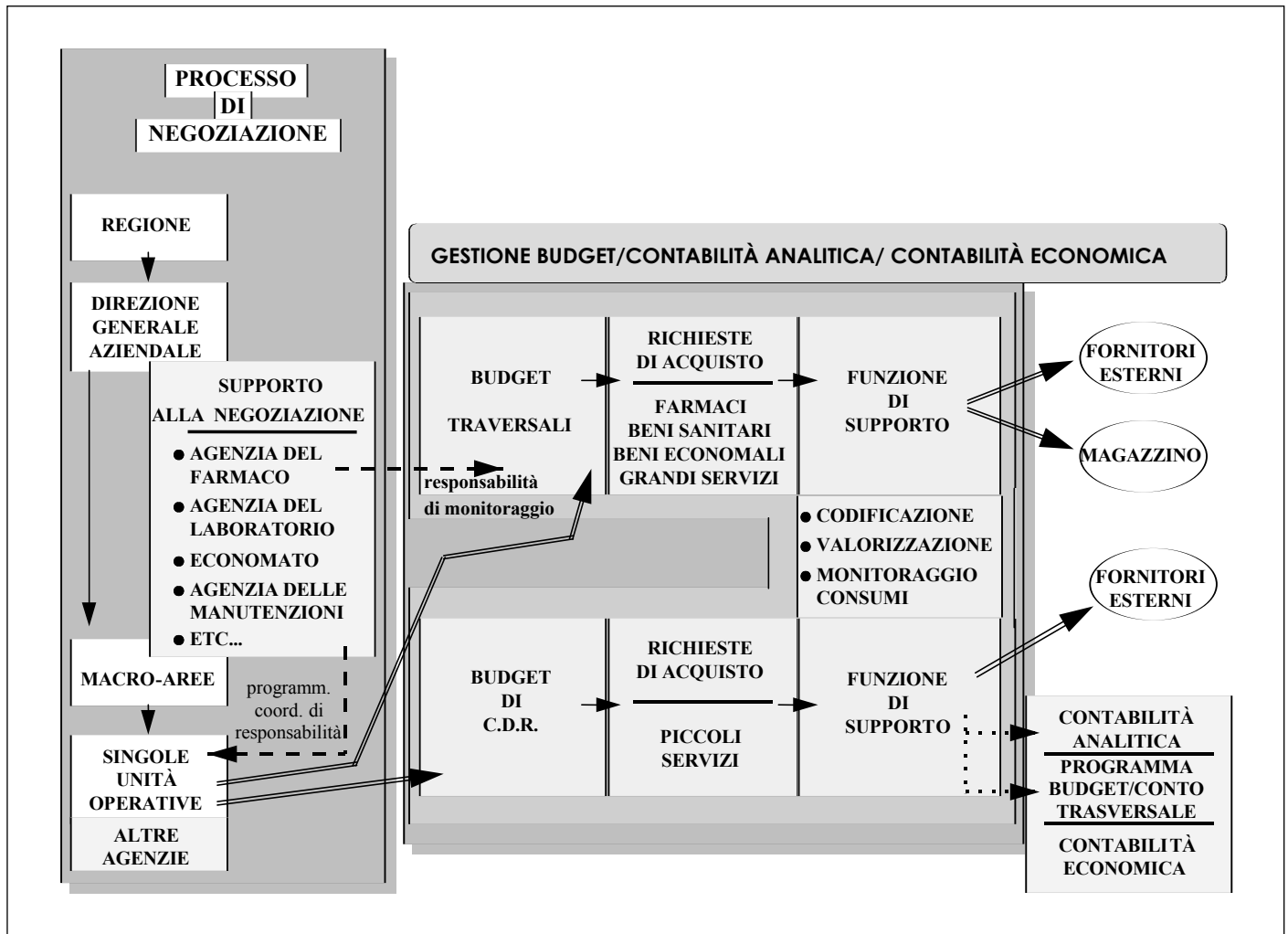
(6) I sistemi informatici utilizzati dall'azienda sono essenzialmente tre:

— il primo supporta la «contabilità analitica» alimentandola con i dati relativi ai consumi effettivamente realizzati;

— il secondo afferisce alla «contabilità generale» registrando i costi accertati formalmente (a seguito di fatturazione, note di addebito, assunzioni formalizzate, ecc.);

— il terzo è dedicato alla ricognizione dei costi all'atto dell'ordine effettuato per l'acquisizione dei fattori produttivi.

Figura 4 - Architettura del sistema contabile (nuova soluzione prospettata)



APPENDICE

Allo scopo di rendere più immediatamente comprensibile una serie di riferimenti tecnici ai «ferri del mestiere» della contabilità economica, si propongono le seguenti esemplificazioni:

Piano dei conti (estratto)

CONTO	SOTTO-CONTO
Acquisto beni	<ul style="list-style-type: none">● prodotti farmaceutici● materiali profilassi igienico-sanitaria, sieri e vaccini● reagenti e materiale di laboratorio● diagnostici radiologia● presidi medici e chirurgici● materiale protesico e prodotti per emodialisi● etc.
Manutenzioni e riparazioni	<ul style="list-style-type: none">● materiale per manutenzioni immobili● materiale per manutenzioni attrezzature sanitarie● materiale per manutenzioni attrezzature tecnico economiche● manutenzione ordinaria e assistenza <i>software e hardware</i>● etc.
Costi per prestazioni da servizio pubblico	<ul style="list-style-type: none">● assistenza riabilitativa da USL regionali● assistenza riabilitativa da USL fuori regione● assistenza termale da USL fuori regione● assistenza protesica da USL regionali● assistenza protesica da USL fuori regione● consulenze sanitarie da USL regionali● consulenze tecniche da USL regionali● consulenze amministrative da USL regionali● etc.

Articolazione dei fattori produttivi (estratto)

SOTTO-CONTI	FATTORI PRODUTTIVI
Prodotti farmaceutici	<ul style="list-style-type: none"> ● medicinali ● prodotti per terapia radioisotopica ● sangue umano ed emoderivati ● soluzioni ad uso medicale ● soluzioni per dialisi ● gas medicali ● etc.
Reagenti e materiali di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> ● radioimmunologia ● diagnostici di gestione farmaceutica ● diagnostici ● vetreria e materiale per uso diagnostico ● etc.
Presidi medici e chirurgici	<ul style="list-style-type: none"> ● materiale dentale ● prestazioni e materiali sanitari per anestesia e rianimazione ● strumentario chirurgico ● strumentario chirurgico ORL ● strumentario chirurgico-ortopedia

Servizi afferenti alle varie macro-aree (estratto)

Segreteria della Direzione generale	<ul style="list-style-type: none"> ● assicurazione R.C.A. ● assicurazione KASKO ● assicurazione responsabilità civile verso terzi e prestatori di lavoro ● etc.
Area dipartimentale delle attività distrettuali	<ul style="list-style-type: none"> ● assistenza di base farmaceutica ● assistenza di base riabilitativa ● radiologia convenzionata esterna ● chirurgia, cardiologia, etc. convenzionata esterna ● etc.
Presidio ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> ● ricoveri residenti in case di cura territorio USL ● ricoveri nostri residenti in case di cura extra-USL ● etc.
Area dipartimentale della prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> ● convenzione con guardie ecologiche volontarie ● indennizzo per abbattimento animali ● convenzione per vigilanza controllo molluschi ● etc.

Budget trasversali (estratto)

CONTO	COSTI PER PRESTAZIONI DI SERVIZI DA PRIVATO
SOTTOCONTO	SERVIZI DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO
Fattore produttivo	<ul style="list-style-type: none">● aggiornamento/formazione professionale● aggiornamento specifico vincolato● aggiornamento/formazione programmi informatici
CONTO	GODIMENTO BENI DI TERZI
SOTTOCONTO	CANONI PER CENTRI ELETTROCONTABILI
Fattore produttivo	<ul style="list-style-type: none">● noleggio/<i>leasing</i> attrezzature informatiche● noleggio/<i>leasing</i> fotocopiatori● noleggio sistema controllo fotocopiatori
CONTO	SERVIZI APPALTATI
SOTTOCONTO	SERVIZIO APPALTATO PER ELABORAZIONE DATI
Fattore produttivo	<ul style="list-style-type: none">● elaborazione dati servizi appaltati a ditte esterne● elaborazione dati servizi informatici professionali
Etc.	

Sanità e impresa

Sezione 5^a

L'OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE IN CINQUE PAESI EUROPEI: UN'ANALISI COMPARATIVA

Livio Garattini, Fabrizio Tediosi

CESAV, Centro di Economia Sanitaria dell'Istituto Mario Negri di Ranica (BG)

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Caratteristiche tecniche dell'ossigenoterapia domiciliare - 3. Materiali e metodi - 4. Italia - 5. Francia - 6. Germania - 7. Gran Bretagna - 8. Danimarca - 9. Analisi comparativa - 10. Considerazioni finali.

1. Introduzione

I sistemi sanitari sono oggetto di accesa discussione politica in quasi tutti i Paesi sviluppati, principalmente a causa del divario crescente fra la disponibilità limitata delle risorse finanziarie di natura pubblica e il livello costantemente in crescita delle aspettative della popolazione. Quest'ultimo fenomeno appare in aumento sotto il profilo sia quantitativo (per l'allungamento dell'età media), sia qualitativo (per una maggior sensibilità da parte dei cittadini rispetto alla propria salute e, di conseguenza, un più spiccato senso critico nei confronti delle cure disponibili).

Il dibattito a livello tecnico si concentra prevalentemente (secondo logica economica) sui servizi più diffusi e rilevanti sotto il profilo della spesa, quali l'assistenza ospedaliera e quella farmaceutica, di cui è potenziale fruitrice la maggioranza della popolazione. Quasi mai, invece, vengono approfondite le problematiche relative ai (tanti) settori di nicchia che caratterizzano la sanità, soprattutto quelli che, non riguardando patologie emozionali agli occhi dell'opinione pubblica, suscitano scarso interesse anche a livello politico.

Obiettivo dello studio in questione è stato, appunto, quello di analizzare approfonditamente in cinque Paesi europei un settore di nicchia, l'ossigenoterapia domiciliare, per verificare il livello di dettaglio con cui il legislatore ha affrontato le principali problematiche di un mercato caratterizzato da condizioni del tutto anomale rispetto a quelle repute ottimali dalla teoria economica classica. Infatti, nelle situazioni di nicchia vengono ulteriormente ingigantiti tutti i classici presupposti mancanti in sanità per il funzionamento delle leggi di mercato individuati dall'economia sanitaria (asimmetria informativa fra medico e paziente, presenza di terzi paganti, scarsità di produttori, eterogeneità dei prodotti, ecc.) (Arrow, 1963).

La scelta dell'ossigenoterapia domiciliare è stata volutamente condizionata dallo stretto legame con il crescente sviluppo di nuove forme distributive, più orientate alle necessità dei pazienti rispetto a quelle tradizionali (tipicamente farmacie e sanitarie), riconducibili al paradigma generale dell'assistenza domiciliare. Infatti, essendo l'ossigeno un prodotto tecnologicamente maturo, gli sviluppi più interessanti di tale mercato appaiono collegati a modalità innovative di con-

segna e supporto tecnico ai pazienti, inquadrabili nell'ambito della tendenza generale da parte dei servizi sanitari di porre al centro del sistema il paziente, riducendo, di conseguenza, la propria autoreferenzialità rispetto alle strutture e alle professionalità di cui sono composti.

La scelta dei quattro Paesi esteri analizzati, infine, è stata motivata dalla rilevanza territoriale e politica per Francia, Germania, Gran Bretagna e dalla capillarità diffusa del sistema di assistenza domiciliare nel caso della Danimarca (caratteristica probabilmente favorita anche dalla limitata estensione geografica e dalla morfologia pianeggiante del territorio).

Le considerazioni finali dello studio sono prevalentemente rivolte alle possibili indicazioni da trarre per l'Italia alla luce dell'analisi comparativa.

Ferma restando la completa responsabilità degli autori per quanto scritto, si ringrazia l'ing. Guido Matucci per i preziosi suggerimenti forniti e la disponibilità ripetutamente mostrata nell'arricchire di informazioni il testo. Si ringraziano, inoltre, Clara Chiantaretto per l'ottimo lavoro svolto in fase di *editing* dell'articolo e Paola De Compadri per la ricerca bibliografica.

2. Caratteristiche tecniche dell'ossigenoterapia domiciliare

L'ossigenoterapia domiciliare non è una forma prettamente riabilitativa e preventiva, come spesso viene definita, ma svolge piuttosto una funzione di rallentamento o arresto dell'evoluzione di molte patologie respiratorie; risulta utile, inoltre, nei casi di crisi respiratorie acute (Bateman e Leach, 1998). L'ossigenoterapia viene prescritta per la cura delle broncopatie croniche ostruttive, delle problematiche respiratorie croniche e, in generale, di tutti i problemi legati alle malattie polmonari (Rees e Dudley, 1998a).

In passato, essendo ritenuta critica la variabile quantità, veniva prescritta una dose di ossigeno per uno specifico arco temporale: il paziente entrava in ospedale ogni due settimane circa, sottoponendosi a una somministrazione intensiva. Attualmente, invece, viene sottolineata l'importanza di una cura domiciliare continuativa, attraverso una somministrazione mirata in funzione delle condizioni cliniche del paziente.

L'ossigenoterapia, già da tempo sviluppatasi negli Stati Uniti, è stata introdotta in Europa con molta cautela e si è diffusa in Italia solamente negli anni '80. Le modalità di erogazione dell'ossigenoterapia sono tre (Miselli, 1995; Muir e Cuvelier, 1998):

— l'ossigeno gassoso, distribuito in bombole, è la più tradizionale;

— i concentratori, apparecchiature del peso di circa dieci chilogrammi che necessitano di un supporto elettrico (batteria o corrente elettrica), capaci di filtrare l'aria in modo tale da arricchirla di ossigeno, permettono al paziente di poter usufruire della terapia al proprio domicilio in modo continuativo;

— l'ossigeno liquido, introdotto negli anni '90, ha aggiunto la novità del contenitore portatile, una tecnologia

che ha permesso ai pazienti di poter uscire di casa e svolgere le attività quotidiane con maggior disinvoltura; le caratteristiche tecniche più salienti di questa forma di ossigeno sono la possibilità di mantenere a domicilio una capacità di riserva fissa elevata (1 litro di ossigeno liquido si converte in 860 litri di ossigeno gassoso), ma anche la volatilità del prodotto che rende impossibile la conservazione per periodi superiori ai 50-60 giorni.

Ciascuna delle tre modalità di ossigenoterapia risulta più indicata per specifiche categorie di pazienti. Infatti, l'ossigeno liquido sembra adatto a pazienti con insufficienza respiratoria in attività lavorativa e/o ancora in grado di mantenere un certo tenore di vita sociale di relazione. Il concentratore è indicato per pazienti cronici gravi con difficoltà motorie. La scelta dell'ossigeno gassoso compresso in bombole è suggerita in modo residuale per tutti gli altri casi, tipicamente quelli dei malati acuti temporanei (affetti da insufficienza respiratoria o instabilità transitoria di una malattia polmonare o cardiaca). In realtà, all'estero è sempre più diffusa anche la fornitura combinata di concentratore e ossigeno gassoso: bombole di dimensione contenuta vengono associate all'apparecchiatura sia per questioni di emergenza (in caso di *black out* elettrico del concentratore) sia per permettere un minimo di capacità deambulatoria al paziente.

Il distributore di ossigeno generalmente fornisce, oltre al prodotto finale, anche il *kit* contenente gli accessori per inalare l'ossigeno che variano a seconda della via di somministrazione scelta (nasale, orale o tracheale). Attualmente, vengono utilizzati diversi tipi di accessori quali la cannula nasale, i sondini naso-faringei o, in alternativa, viene applicata la cannula transtracheale (particolarmente diffusa in Francia, Olanda e Stati Uniti). Sono

tecniche diverse che permettono di somministrare flussi differenti di ossigeno a seconda della tipologia di inalazione (Rees e Dudley, 1998b).

3. Materiali e metodi

L'analisi, condotta applicando uno schema comune a tutti i Paesi indagati (Italia, Francia, Germania, Gran Bretagna e Danimarca), si è concentrata inizialmente sugli aspetti legislativi specifici del settore. La definizione stessa del prodotto è in realtà tutt'altro che univoca. L'ossigenoterapia ha come principio attivo il gas ossigeno (classificabile come farmaco), ma non può prescindere, per una corretta erogazione, dai contenitori e dagli inalatori (classificabili come dispositivi).

Successivamente, sono stati esaminati l'iter prescrittivo e le modalità distributive dell'ossigenoterapia, al fine di cogliere gli aspetti organizzativi più salienti che la caratterizzano nei vari Paesi indagati. Infine, l'analisi è stata conclusa cercando di descrivere il mercato.

Le informazioni necessarie allo studio sono state raccolte attraverso:

— l'analisi della letteratura nazionale e internazionale;

— interviste condotte in ciascuna nazione indagata su un gruppo di esperti scelti fra i rappresentanti delle autorità sanitarie pubbliche, i medici e i dirigenti delle aziende fornitrici del settore.

Purtroppo, è stata confermata la sensazione iniziale di difficoltà di raccolta di informazioni quantitative affidabili su un mercato di nicchia così specifico: la maggior parte delle informazioni di mercato esposte proviene, infatti, dalle interviste effettuate con gli operatori del settore.

4. Italia

4.1. Normativa

In Italia i gas medicinali sono considerati farmaci a tutti gli effetti. L'ossigeno è attualmente registrato come galenico officinale: si tratta di prodotti venduti sotto la diretta responsabilità del farmacista, per i quali è vietata ogni forma di pubblicità; il loro prezzo è determinato conformemente alla Tariffa nazionale dei medicinali (D.M. 24 gennaio 1986). Questo tipo di classificazione normativa è storicamente giustificato dal fatto che, fino a quindici anni fa, le farmacie commercializzavano bombole da 7-10 litri, la cui operazione di riempimento, attraverso un travaso da una bombola di dimensioni maggiori, era effettuata direttamente dai farmacisti nei propri locali.

L'ossigeno non è soggetto all'autorizzazione all'immissione in commercio prevista dall'art. 8 del D.L. 29 maggio 1991 n. 178, indispensabile per tutte le specialità medicinali, né ha un confezionamento prestabilito come tutti i farmaci preconfezionati prodotti industrialmente. Di conseguenza, diversamente dalle specialità medicinali e dai farmaci preconfezionati prodotti industrialmente, non rientra nell'ambito di applicazione del prezzo medio europeo regolato dalle delibere CIPE 25 febbraio 1994 e 16 marzo 1994.

Per quanto riguarda i recipienti destinati a contenere i gas medicinali, sono applicabili tutte le norme nazionali (D.M. 3 gennaio 1990), ampiamente armonizzate con quelle internazionali, che disciplinano i recipienti per il trasporto dei gas compressi, liquefatti o disciolti e loro miscele nelle fasi di progettazione, costruzione e attribuzione allo specifico gas cui sono destinati, incluse revisioni periodiche per l'accertamento del permanere delle caratteristiche di idoneità a un loro impiego sicuro (Miselli, 1995).

Per quanto concerne i concentratori, la loro classificazione in Italia li vede inseriti fra le apparecchiature protesiche; pertanto, sono catalogati, unitamente a tutti i prodotti necessari per la somministrazione dell'ossigeno (cannule, maschere, ecc.), nell'elenco n. 3 (presidi acquistati direttamente dall'ASL e assegnati in uso agli invalidi) del Nomenclatore tariffario (la lista dei dispositivi medici rimborsabili da parte del SSN).

4.2. Iter prescrittivo

I prescrittori di ossigenoterapia sono solitamente pneumologi; in alcune regioni (ad esempio, Lombardia) la prescrizione è ristretta ai nominativi inclusi nelle apposite liste stilate presso i centri pneumologici abilitati. I medici di famiglia sono autorizzati a prescrivere solo in caso di emergenza o a supportare l'azione dei pneumologi, altrimenti si limitano a indirizzare il paziente nei centri specialistici.

La prima prescrizione è, quindi, affidata solitamente ai medici specialisti, dopo un'attenta valutazione clinica: una volta che i pazienti sono ricoverati nei centri specializzati, vengono sottoposti a vari *test* diagnostici (emogasanalisi, saturimetria, ecc.); in base ai risultati degli esami, viene rilasciata la prescrizione. Con la prescrizione il paziente si reca presso l'ASL di residenza, dove gli viene spiegata la procedura per il ritiro del prodotto o per la consegna a domicilio.

4.3. Distribuzione

In Italia sono disponibili due canali alternativi per la distribuzione dell'ossigenoterapia: la fornitura presso l'abitazione del paziente (sia fine a se stessa, sia rientrante nel programma di assistenza domiciliare) attraverso gara d'appalto delle ASL e quella attraverso le farmacie territoriali.

Per quanto riguarda gli appalti delle ASL, essi possono essere forfetari rispetto al paziente, ma più spesso sono forfetari rispetto all'intero lotto di fornitura che include il prezzo dell'ossigeno per metro cubo e il prezzo di noleggio giornaliero per le apparecchiature e per il servizio (Corsi, 1999). La durata dell'appalto varia da ASL a ASL, ma mediamente è di 2-3 anni.

In diverse regioni il contratto di fornitura prevede un'opzione di rinnovo per gli anni successivi: questo meccanismo comporta da un lato un risparmio in termini di tempo, burocrazia e denaro da parte delle ASL, dall'altro rende più difficoltoso alle aziende concorrenti il compito di sostituire la aggiudicataria esistente nel caso in cui abbia creato un legame solido con i clienti.

Estremizzando, si possono riassumere in due modelli le tipologie di gare attualmente espletate in Italia, in base al livello di complessità delle stesse. Le più semplici focalizzano la loro attenzione solo sul prezzo, con risultati che variano anche in funzione della densità demografica del territorio. All'interno della stessa regione si sono, infatti, verificate differenze di prezzo consistenti fra ASL confinanti. D'altronde, come è facilmente intuibile, per l'ossigeno medicale esistono vere e proprie economie di scala in termini distributivi, ragion per cui i prezzi stabiliti per ASL confinanti, ma di dimensioni diverse, possono anche essere giustificatamente molto diversi.

Le gare più complesse attribuiscono un certo punteggio a più elementi che possono essere inglobati nel termine di qualità del servizio, prediligendo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. L'esigenza che emerge da un'analisi delle singole realtà regionali è quella di fissare dei criteri più uniformi, attribuendo gli stessi pesi e le stesse misure indipen-

dentemente dalla regione in cui si indice la gara.

In caso di consegna domiciliare aggiudicata attraverso gara, una volta espletata quest'ultima, l'ASL comunica l'anagrafe dei pazienti al vincitore dell'appalto.

Infine, in molte regioni (tipicamente in quelle meridionali) le gare non vengono espletate: il farmacista territoriale, una volta in possesso della richiesta del paziente, è libero di chiamare a sua discrezione un fornitore qualsiasi; sarà compito di quest'ultimo occuparsi anche del servizio a domicilio. L'ossigeno richiesto dal paziente viene ordinato dal farmacista al fornitore; quest'ultimo passa dal farmacista per sottoporre il proprio prodotto al controllo di qualità (in realtà, si tratta solitamente di un mero controllo formale), per poi consegnarlo a domicilio. I margini del farmacista sono uguali a quelli per i farmaci etici, con un'eventuale detrazione per il costo del servizio domiciliare offerto dal fornitore.

Il passaggio attraverso le farmacie avviene ancora per circa il 70% dei pazienti; va ribadito che il farmacista ha il solo compito di verificare la qualità/quantità del prodotto, senza doversi fare carico di giacenze e consegne (per stoccare il prodotto, servono, oltre ad ampi spazi, le autorizzazioni dei vigili del fuoco, essendo l'ossigeno un comburente). Di solito, in farmacia è presente in deposito solamente l'ossigeno gassoso di primo intervento (per obbligo di legge).

4.4. Mercato

L'ossigenoterapia è balzata nel 1998 agli onori della cronaca sanitaria in Italia perché è stata inserita, generando polemiche, nei congegni del tetto della spesa farmaceutica pubblica (Moscetti, 1998). Probabilmente per questo motivo, del tutto occasionale,

l'Italia è l'unico fra i Paesi indagati per cui è possibile esporre stime di mercato piuttosto recenti e significative.

In Italia, nel 1998, i pazienti in cura con l'ossigenoterapia domiciliare erano stimati in circa 40.000 unità, per un giro di affari annuo di circa 130 miliardi di lire (Repossi, 1998). Essendo il concentratore assai raramente utilizzato nel nostro Paese (Neri *et al.*, 1999), il mercato risulta pressoché esclusivamente composto da ossigeno liquido e gassoso. Ben l'84% circa dei pazienti utilizzava ossigeno liquido, mentre il restante 16%, riconosciuto come istituzionalizzato, faceva uso di ossigeno gassoso.

I produttori primari presenti sono attualmente 12, con 21 centri di produzione complessiva. Esistono, inoltre, 150 società di produzione secondaria (cioè dotate di serbatoi per il cui riempimento ricorrono ai produttori primari).

I problemi legati all'ossigenoterapia aumentano spostandosi dal nord al sud d'Italia. Il servizio offerto dalle numerose società di distribuzione di piccola dimensione viene spesso ritenuto insufficiente sotto il profilo tecnico. Tali aziende sono sfavorite anche dall'ostilità delle aziende più grandi, restie a «insegnare il mestiere» ai concorrenti, giudicati «abusivi» del settore che approfittano della mancanza di controlli efficaci da parte delle autorità competenti.

5. Francia

5.1. Normativa

In Francia l'ossigeno medicale è registrato presso il Ministero della sanità come specialità (e non come farmaco generico).

Vista la classificazione di questo farmaco come specialità riguardante patologie gravi e onerose, i pazienti

che necessitano di ossigenoterapia non devono sostenere alcun costo per ricevere il prodotto, in quanto l'ossigeno è rimborsato completamente dalla *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* (CNAM).

In Francia non sono mai state effettuate gare pubbliche per la scelta dei fornitori di ossigenoterapia: il farmacista (o il distributore, qualora l'incarico venga delegato a quest'ultimo) ha storicamente piena libertà d'azione nella scelta del fornitore, una volta entrato in possesso della ricetta del prescrittore. Tuttavia, bisogna tenere presente che il pneumologo (il prescrittore di gran lunga più importante) indica quasi sempre il nominativo di un produttore al paziente su un modulo prestampato; in tal caso, qualora il fornitore suggerito sia accreditato presso la CNAM, il paziente può ottenere direttamente l'ossigenoterapia senza alcun obbligo di esibire la ricetta medica in farmacia.

Come non esiste l'esclusiva della farmacia sulla dispensazione dell'ossigeno, allo stesso modo non vigono disposizioni normative sul margine di distribuzione dei farmacisti, la cui determinazione (solitamente espressa in percentuale sul valore della fornitura) è lasciata alla libera negoziazione con il produttore.

Anche in termini di prezzo di rimborso dell'ossigeno, non erano mai stati storicamente fissati valori nazionali univoci: a seconda della tipologia del soggetto erogatore, il prezzo differiva. Infatti, caratteristica peculiare del mercato francese è la presenza delle associazioni *non profit* di pneumologi (vedi sotto) accanto alle abituali imprese private fornitrici di ossigeno. In particolare, a tali associazioni venivano abitualmente riconosciuti prezzi di rimborso inferiori a quelli delle aziende (mediamente del 10-20%), anche perché erano sottoposte a un regime fiscale privilegiato (essendo

soggetti esentati dal pagamento dell'imposta sul valore aggiunto). Peraltro, a partire dal 1999 (secondo un progetto di legge del 15 settembre 1998 del Ministero della sanità), la tariffa è diventata unica e nazionale per tutti i fornitori e anche il trattamento fiscale è stato reso indifferenziato. Infatti, l'ossigeno rientra ora nel regime TIPS (*Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires*) anche per le associazioni senza fini di lucro, per le quali in precedenza le tariffe erano locali e fissate dalle 22 *Caisses Régionales Assurance Maladie* (CRAM) (Nègre, 1996).

Viene rimborsato un forfait settimanale differenziato per le tre forme di ossigenoterapia domiciliare indicate (a lungo termine con postazione fissa, a lungo termine intensiva e con deambulazione e a breve termine) sostanzialmente riconducibili all'utilizzo prevalente di concentratore, ossigeno liquido e gassoso. Nel caso di consegna di concentratori, il fornitore deve rimborsare, a titolo forfetario, una cifra pari a 14,45 franchi settimanali per il consumo di energia elettrica al paziente utilizzatore di tale macchinario.

Le nuove tariffe sono previste in modo tale che la CNAM usufruisca del servizio (assistenza tecnica inclusa) senza entrare direttamente in possesso di alcun tipo di prodotto (macchinari e materiali).

5.2. Iter prescrittivo

L'ossigenoterapia è prescrivibile da parte sia dei pneumologi (ospedalieri e ambulatoriali) sia dei medici di famiglia; peraltro, la stragrande maggioranza delle prescrizioni passa attraverso la prima categoria di medici.

Come già anticipato, il pneumologo indica quasi sempre su un apposito modulo prestampato (*entente préalable*) il nominativo di uno speci-

fico fornitore, solitamente scelto fra quelli accreditati presso la CNAM. Una volta entrato in possesso di tale documento, valido per tre mesi e ripetibile, il paziente può rivolgersi direttamente (senza l'intermediazione del farmacista) al fornitore, con l'autorizzazione implicita della CNAM. Quest'ultima effettua comunque un controllo formale per verificare l'appropriatezza della prescrizione.

Nei rari casi di prescrizione da parte dei medici di famiglia, viene compilata la classica ricetta medica, con un'indicazione di tipo solitamente generico: sulla ricetta non compare, infatti, il nome dell'azienda produttrice, ma solo la dicitura «ossigeno», con l'indicazione aggiuntiva della forma in cui va somministrato. Quindi, in questo caso la decisione della scelta del fornitore spetta al farmacista.

Va, infine, sottolineato che la procedura di accreditamento dei fornitori presso la CNAM è una prassi prettamente amministrativa: ai fini dell'autorizzazione, infatti, è sufficiente che la società richiedente compili un semplice modulo di tipo anagrafico.

5.3. Distribuzione

In Francia si registra da alcuni anni la presenza di aziende possedute dai principali grossisti, create espressamente per distribuire servizi a livello domiciliare (fra cui l'ossigenoterapia); tale mansione, per frequenza e tipologia, si discosta notevolmente dalla fornitura tradizionale di farmaci dei grossisti. Considerata la stretta dipendenza dalle aziende proprietarie, queste società sono fortemente condizionate nella possibilità di consegnare direttamente a domicilio farmaci e dispositivi, essendo il farmacista il cliente tradizionale dei grossisti; peraltro, queste aziende avrebbero tutto l'interesse a scavalcare la distribuzione finale per incrementare i propri

profitti. Infatti, fornendo anche il servizio domiciliare, la commissione abitualmente riconosciuta al farmacista finisce per risultare troppo onerosa.

In generale, la farmacia tiene in scorta solamente le bombole di ossigeno gassoso.

Si ribadisce comunque che la maggioranza dei pazienti cronici non entra in farmacia per acquistare il prodotto, essendo autorizzata a prendere contatti direttamente con la società indicata dal pneumologo. Nel caso (raro) di prescrizione del medico di famiglia, caratteristico delle aree rurali in cui il servizio domiciliare delle aziende non è ancora capillare per ragioni organizzative e (soprattutto) economiche, il farmacista suggerisce un fornitore di propria fiducia (tipicamente le aziende collegate ai grossisti di cui sopra); la ricompensa offerta dall'azienda fornitrice al farmacista per ogni cliente ottenuto può risultare un ammontare fisso (solitamente circa 200 franchi) o una percentuale sulla fornitura.

5.4. Mercato

In Francia si stima che i pazienti bisognosi di ossigenoterapia siano circa 39.000; in particolare, in base alla forma e alla gravità della malattia, si stimano circa 8.000 pazienti acuti temporanei (e quindi utilizzatori di ossigeno gassoso) e circa 31.000 pazienti cronici continuativi, suddivisi a loro volta fra utilizzatori di concentratori unitamente a bombole (circa 24.000) e consumatori di ossigeno liquido (circa 7.000).

Una peculiarità del mercato francese nel panorama europeo è quello di essere caratterizzato dalla presenza di due categorie ben distinte di fornitori di ossigenoterapia. Infatti, accanto alle imprese private, agiscono anche le già citate associazioni *non profit* dei pneumologi (*Services d'Assistance Respiratoire à Domicile - SARD*), 33

organizzazioni regionali raggruppate a livello nazionale nell'*Association Nationale pour le Traitement A Domicile de l'Insuffisance Respiratoire chronique* (ANTADIR) (Voisin, 1998). Trattasi di associazioni gestite direttamente da medici pneumologi, fondate per assicurare ai pazienti in ossigenoterapia una rete di distribuzione efficiente in un periodo storico (inizio anni '70) in cui le aziende private erano scarsamente presenti sul mercato. Un vantaggio commerciale facilmente intuibile (e invero discutibile sotto il profilo della libera concorrenza) goduto dalle associazioni *non profit* dei pneumologi è quello di essere prive di una vera e propria rete di vendita (e di non doverne quindi sostenere gli oneri), rivestendo i propri funzionari contemporaneamente il ruolo di prescrittori e fornitori.

I clienti delle associazioni *non profit* dei pneumologi sono tipicamente i grossi centri ospedalieri dove sono presenti i reparti di pneumologia; i fornitori privati, invece, hanno un livello di penetrazione maggiore nei piccoli ospedali, nelle cliniche private e presso i pneumologi ambulatoriali. I medici di famiglia, salvo rare eccezioni, non costituiscono un target commerciale primario per nessuna delle due categorie di fornitori.

Il segmento degli acuti temporanei è gestito quasi interamente dai fornitori privati (più del 90% del totale). Nel mercato dei cronici continuativi, invece, i rapporti di forza si invertono (Pelletier-Fleury *et al.*, 1997): stimando un numero complessivo di 24.000 pazienti che beneficiavano dell'ossigenoterapia domiciliare nel 1997, il 70% era gestito dalle associazioni *non profit* (prevalentemente attraverso l'impiego di concentratori), il restante 30% dai privati (con l'ossigeno liquido e gassoso come forma principale).

I primi due produttori di ossigeno medicale coprono più di tre quarti del-

la quota di mercato detenuta dalle aziende private.

Infine, si ricorda che l'ossigeno rimborsato attraverso l'intermediazione della farmacia, distribuito quasi esclusivamente dalle aziende di proprietà dei grossisti di cui sopra, rappresenta una quota molto marginale del fatturato complessivo del settore.

6. Germania

6.1. Normativa

In Germania l'ossigeno è considerato un dispositivo medico (più che un farmaco); ciò è dovuto al fatto che, per ragioni probabilmente storiche, è stata attribuita sempre maggior importanza ai dispositivi di erogazione rispetto alla sostanza contenuta. Infatti, l'ossigenoterapia è tuttora prevalentemente praticata tramite ossigeno gassoso e concentratori. La classificazione dell'ossigenoterapia come dispositivo deriva dalla definizione ufficiale contenuta nel *Hilfsmittel Verzeichnis*, il prontuario nazionale degli ausili medici.

In Germania non esiste un riferimento nazionale fisso per i prezzi dei dispositivi medici, ma tutto viene negoziato a livello regionale. Il sistema dei prezzi di riferimento (*festbetrag*), introdotto nel 1989 a livello di *länder* (diversamente dai farmaci, in cui il riferimento è nazionale), è stato vivamente contestato dalle aziende produttrici che hanno avviato un'azione legale nei confronti delle *kranken-kassen* di alcuni *Länder*, appellandosi al fatto che la definizione di tali prezzi dovrebbe formalmente essere compito esclusivo del Ministero. Tale ricorso è stato già accolto in primo appello dai tribunali di quattro *Länder* (*Saarland, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein Westfalen*).

Dei 16 *Länder* in cui è suddivisa la Germania, sei non hanno mai intro-

dotto il sistema dei prezzi di riferimento per i dispositivi medici, quattro li hanno dovuti abbandonare in seguito al giudizio della Corte (come appena detto) e i restanti sei li hanno ancora in essere. I quattro *Länder* che hanno perso la causa, unitamente ai sei che non hanno mai adottato un sistema di prezzi di riferimento, tendono a stipulare convenzioni direttamente con i distributori di dispositivi medici, o con l'associazione delle farmacie, oppure con le catene di sanitarie. In particolare, in presenza di convenzioni, queste ultime vengono stipulate per tipologia di prodotto (e non per singola marca), lasciando aperto il mercato a tutti i possibili fornitori e mantenendo, quindi, la possibilità di far coesistere più aziende che forniscono prodotti similari.

La scelta del fornitore non è, quindi, regolamentata da pratiche specifiche, ma è concessa ampia libertà agli operatori di mercato. L'unica eccezione a tale proposito riguarda la *kranken-kasse* dei minatori (la *Bundesknappschaft*), sicuramente più interessata alle problematiche delle patologie respiratorie (visto che molti dei suoi iscritti sono esposti professionalmente a queste ultime): fino ad oggi, infatti, è l'unica ad aver indetto una vera e propria gara di appalto per l'acquisto dei concentratori, tendendo a limitare di fatto l'acquisto di ossigeno liquido (presumibilmente per motivi di convenienza economica).

Le *kranken-kassen* comprano solitamente le unità base (cilindri) di ossigeno gassoso, la ricarica e il servizio nel caso venga assicurata l'assistenza domiciliare. Anche il concentratore, nella quasi totalità dei *Länder*, non è concesso in affitto dalla ditta fornitrice, bensì è acquistato dalle *kranken-kassen* che ne affidano poi la manutenzione a società specializzate. Peraltro, la tendenza attuale è quella di passare al noleggio delle apparecchiature.

ture, rendendo più flessibile la gestione commerciale delle stesse.

6.2. Iter prescrittivo

Le *Krankenkassen* possono effettuare un controllo di merito sulle prescrizioni; peraltro, si tratta nella maggior parte dei casi di un controllo più formale che sostanziale. L'unico tipo di controllo effettivamente svolto è quello riguardante le spese superiori ai 300 marchi per prescrizione; in quest'ultimo caso i medici di famiglia devono comunque ottenere un'autorizzazione scritta da parte delle *Krankenkassen*.

La prescrizione dev'essere effettuata da un pneumologo, presso centri sia ospedalieri sia extraospedalieri. Il medico può rilasciare la ricetta al paziente garantendogli la libertà di scelta della farmacia o della sanitaria, oppure invia direttamente la prescrizione alla *krankenkasse*, indicando, nella quasi totalità dei casi, il nome di un'azienda di riferimento. La *krankenkasse* può in teoria eseguire un controllo di merito sull'appropriatezza della prescrizione e, inoltre, è libera d'imporre un proprio fornitore. Tuttavia, nella maggior parte dei casi effettua un controllo solamente burocratico e, qualora non emergano discrepanze eccessive con i prezzi dei principali concorrenti o non siano stati stipulati accordi specifici, conferma la scelta del fornitore indicato dal medico. L'unica eccezione in merito può avvenire quando la prescrizione riguarda un concentratore. Infatti, qualora la *krankenkasse* ne abbia di propria proprietà ancora di disponibili in giacenza, riutilizzerà questi ultimi (vanificando in un certo senso l'eventuale sforzo promozionale effettuato *ad hoc* dall'azienda sul pneumologo).

6.3. Distribuzione

La dispensazione dei prodotti avviene principalmente tramite tre canali: le farmacie, le *Sanitaetshaeuse* (negozi e catene di negozi privati, per un totale di circa 2.800 punti vendita, gestiti da soggetti in possesso di un diploma e sostanzialmente equiparabili alle nostre sanitarie) e la fornitura diretta domiciliare da parte delle imprese. Si stima che quest'ultimo canale rappresenti oramai circa il 50% del volumi d'affari.

Le farmacie tedesche, oltre alla vendita al banco, tendono sempre più a fornire un servizio di distribuzione a domicilio, nonostante non sia riconosciuta loro alcuna forma di remunerazione specifica. Molti farmacisti hanno deciso di garantire la consegna dell'ossigeno a domicilio stipulando accordi direttamente con i grossisti. La scelta del fornitore di ossigeno è, quindi, operata dal distributore nel caso la consegna sia gestita dalle farmacie: quando quest'ultima invia l'ordine al proprio distributore, richiede il prodotto e non la marca; sarà il grossista a girare l'ordine al proprio fornitore di fiducia. Nel caso, invece, di consegna gestita dalle sanitarie, la scelta del fornitore (a cui di fatto vengono cedute, a fronte di un compenso forfetario, le ricette) è effettuata direttamente da queste ultime, senza ricorrere all'intermediazione di grossisti.

Come già sottolineato, alla prima fornitura le *krankenassen* acquistano abitualmente non solo il prodotto ossigeno, ma anche i dispositivi veri e propri come i concentratori e le bombole. Si registra, per questo motivo, un piccolo di spesa iniziale per ogni nuovo paziente, mentre le forniture successive prevedono un esborso minore, in quanto viene pagata la sola ricarica di ossigeno.

6.4. Mercato

Le *krankenassen* non forniscono statistiche routinarie sui pazienti in ossigenoterapia; tutti i dati disponibili provengono, quindi, da stime più o meno significative rilasciate da operatori del settore. Il numero presunto di pazienti bisognosi di ossigenoterapia a lungo termine in Germania dovrebbe aggirarsi complessivamente sulle cinquantamila unità.

La quasi totalità del mercato di ossigenoterapia (circa l'80-90% del totale) è ancora rappresentato da ossigeno gassoso e concentratori per uso domestico (Mitlehner e Vogel, 1999) e circa la metà passa ancora attraverso le farmacie e le sanitarie; in particolare, considerando esclusivamente i due canali tradizionali, risulta nettamente prevalente, in termini di fatturato, il secondo canale (circa il 90%, contro il 10% delle farmacie). La maggioranza dell'ossigeno liquido viene, invece, distribuita direttamente al domicilio del paziente dalle aziende fornitrici.

I primi due fornitori di ossigenoterapia detengono una quota di mercato intorno al 50% del totale.

I veri decisori d'acquisto a cui le aziende pongono maggiore attenzione per promuovere il proprio prodotto sono il medico prescrittore e, in via subalterna, i farmacisti e le sanitarie. Tuttavia, stanno assumendo un ruolo sempre più rilevante i dirigenti amministrativi delle *krankenassen*, diventando più importante il loro ruolo finanziario in un periodo in cui il contenimento della spesa sanitaria rappresenta un obiettivo primario.

È interessante sottolineare, infine, come, per ragioni storiche, nei *Länder* della ex Germania Est l'ossigeno liquido sia ancora pressoché inutilizzato.

7. Gran Bretagna

7.1. Normativa

L'ossigeno medicale nel Regno Unito è registrato come farmaco generico.

A differenza degli altri Paesi analizzati, l'ossigeno liquido non viene attualmente rimborsato: le uniche forme di ossigenoterapia riconosciute dal *National Health Service* (NHS) sono quelle somministrate tramite concentratori e ossigeno gassoso in bombole (Heaney *et al.*, 1999). Peraltro, a causa delle continue pressioni da parte delle associazioni di pazienti, è da tempo in discussione a livello ministeriale la possibilità di rimborsare anche l'ossigeno liquido. Il *Department of Health* ha incaricato il *Royal College of Physicians* di produrre un documento tecnico in merito. Il giudizio è già stato rinviato da tre anni con espedienti vari, ma la decisione finale sembra ormai imminente; in caso di esito positivo, come parrebbe probabile, si tratterà comunque di un'introduzione graduale per tipologia di pazienti, anche al fine di non accusare aggravii di spesa eccessivi da parte del NHS.

L'ossigeno rimborsabile, quindi, può essere fornito tramite bombole o, quando la quantità richiesta lo giustifichi, tramite concentratore (da solo e in combinazione con l'ossigeno gassoso). L'erogazione è strettamente collegata al tipo di terapia prescritta, definita come alternata nel caso sia prescritta saltuariamente (tipicamente pazienti asmatici), o di lunga durata quando riguarda pazienti cronici (tipicamente affetti da ipossiemia).

Il Ministero della sanità ha recentemente pianificato di sperimentare le gare d'appalto per la distribuzione dell'ossigenoterapia a livello domiciliare. Ciò significa che l'azienda aggiudicataria si impegna a garantire l'installazione a domicilio dei concen-

tratori (che rimangono comunque di proprietà della stessa) e la manutenzione degli stessi (pulizia filtri, ecc.); inoltre, l'azienda è responsabile anche della fornitura delle bombole ad aria compressa per quei pazienti a cui il medico ha prescritto contestualmente questa forma (come *back up* del concentratore in caso di emergenza). Dal punto di vista territoriale, l'Inghilterra è stata suddivisa in nove aree per l'ossigenoterapia; tutte le gare territoriali, di durata quinquennale, sono oramai state bandite e aggiudicate.

7.2. Iter prescrittivo

La *Drug Tariff List* (DTL), la lista ufficiale dei farmaci rimborsati dal NHS, precisa che l'ossigeno può essere somministrato a domicilio solo dopo attenta valutazione medica, e non come risultato di una percezione soggettiva.

All'atto della prescrizione il *General Practitioner* (GP) deve saper distinguere fra ossigenoterapia alterata e di lunga durata.

Ai medici di medicina generale viene richiesto di collaborare per rendere la terapia sostenibile anche economicamente: qualora, ad esempio, la terapia richieda la fornitura regolare per un certo periodo di una o due bombole a pazienti in cura domiciliare, concedendo la prescrizione di un quantitativo leggermente superiore si permette di limitare la frequenza di consegna e di ottenere una riduzione dei costi di trasporto (Department of Health, 1998). Tuttavia, tale forma di collaborazione non è sempre agevole, a causa sia dell'uso infrequente dell'ossigenoterapia sia dei disagi spesso generati dall'ingombro delle bombole presso l'abitazione del paziente.

7.3. Distribuzione

Il NHS regola in termini generali la distribuzione attraverso il canale farmacia, mentre l'eventuale ricorso al servizio domiciliare è oramai delegato all'iniziativa delle *Health Authorities* (HAs) locali.

Il farmacista acquista in proprio l'ossigenoterapia, scegliendo in modo discrezionale il fornitore, e viene poi rimborsato dal NHS in base ai prezzi indicati nella DTL; ottiene, in aggiunta, una *fee for service* (circa otto sterline) dal NHS e può negoziare sconti con il fornitore sui prezzi ufficiali di rimborso, peraltro in parte restituiti al NHS in base al cosiddetto *claw back system* (Garattini e Salvioni, 1996). Quest'ultimo è un meccanismo finanziario introdotto dal NHS per evitare che i rimborsi complessivi siano eccessivamente superiori agli esborsi dei farmacisti al netto degli sconti ottenuti; il prezzo di rimborso dei prodotti viene decurtato di una certa percentuale, in funzione inversa al volume di fatturato del punto di vendita. Tali percentuali vengono ricalcolate annualmente (in base agli sconti dichiarati da grossisti e farmacisti) e il meccanismo funziona, quindi, con un ritardo temporale di un anno: lo sconto medio calcolato *ex-post* alla fine dell'anno rappresenta il *claw back* dell'anno successivo. Il farmacista è, pertanto, spinto a negoziare comunque degli sconti superiori a quelli goduti l'anno precedente per motivi finanziari; questo meccanismo costituisce indubbiamente un valido freno alla crescita della spesa sanitaria pubblica (ossigenoterapia inclusa) che passa attraverso il canale farmacia, tendendo a minimizzare le posizioni di rendita.

Le nove aree territoriali individuate dal Ministero della sanità per effettuare le gare (vedi sopra) riguardano solamente i concentratori e l'eventuale terapia gassosa (di emergenza) ad essi

associata. Le bombole ad aria compressa vengono, quindi, tuttora distribuite prevalentemente attraverso le farmacie alle condizioni appena accennate (peraltro, la bombola rimane di proprietà del produttore). In questo caso, il paziente (o un suo rappresentante) può venire di persona a ritirare la bombola in farmacia. Infatti, molte farmacie non sono disposte a distribuire l'ossigeno a domicilio, perché hanno pochi pazienti e il costo di stoccaggio incide notevolmente sul fatturato. Le farmacie che, invece, accettano di offrire contemporaneamente il servizio domiciliare negoziano con le HAS, attraverso la propria associazione di categoria locale, un'apposita fee, variabile quindi da zona a zona. Si tratta dell'unico caso in cui le farmacie percepiscono dal NHS una fee specifica anche per la distribuzione domiciliare (mediamente circa 20-30 sterline).

7.4. Mercato

Non è stato possibile, purtroppo, ottenere stime specifiche sul numero di pazienti che usufruiscono dell'ossigenoterapia in Inghilterra. Fra i produttori di ossigeno gassoso, il più importante copre quasi l'80% del mercato, mentre la parte rimanente è gestita da due aziende di importanza secondaria. Tutte e tre le aziende sono state, comunque, aggiudicatrici di almeno due delle nove gare indette dal NHS.

8. Danimarca

8.1. Normativa

In Danimarca l'ossigeno è classificato come farmaco generico ed è incluso nella Farmacopea danese; tuttavia, non rientra nei farmaci oggetto di monopolio delle farmacie territoriali.

Per l'appalto dell'ossigenoterapia il SSN danese ricorre a gare di acquisto,

considerando predominante il servizio rispetto al prodotto; si tratta, perciò, di contratti di appalto del servizio domiciliare, stipulati a livello di singole Contee (l'equivalente danese delle regioni italiane). I capitolati delle gare sono generalmente espressi in termini di costo giornaliero per paziente, mentre la durata della fornitura è abitualmente triennale.

Nelle contee di maggiori dimensioni vengono indette le procedure aperte e ristrette, mentre in quelle meno popolate le autorità competenti prediligono la trattativa privata che snellisce le procedure burocratiche e rispetta in pieno la normativa europea, in base alla quale, sotto un limite minimo di spesa (200.000 ECU), è concesso il ricorso a questa tipologia di gara.

Una volta stabilita l'azienda vincitrice dell'appalto, si pone il problema operativo, da parte della ditta aggiudicataria della fornitura, di organizzare il servizio di consegna domiciliare, divenuto ormai consuetudine in tutte le Contee. A questo proposito, i produttori dispongono di due soluzioni: ricorrere a terzi specializzati nelle consegne di questa categoria di prodotti, oppure adottare soluzioni interne, vale a dire dotarsi di una struttura propria in grado di fornire il binomio «prodotto-servizio».

8.2. Iter prescrittivo

Il paziente affetto da difficoltà respiratorie si sottopone solitamente alla visita specialistica di pneumologia. Se viene riconosciuta al paziente la necessità di ricorrere all'ossigenoterapia, gli viene rilasciata una dichiarazione in merito. Successivamente, il medico di famiglia autorizza la richiesta di rimborso e invia il modulo all'autorità sanitaria regionale per l'approvazione. Peraltro, in alcune contee la prescrizione può essere effettuata

direttamente anche dallo stesso medico di famiglia.

Una volta riconosciuto il diritto all'assistito, la ricetta viene spedita per il controllo dalla Contea al farmacista ospedaliero (o territoriale) più vicino alla residenza del paziente, dopodiché viene inoltrata direttamente all'azienda produttrice vincitrice dell'appalto di fornitura. Va sottolineato che il farmacista privato non percepisce alcun tipo di remunerazione nell'eventualità in cui sia chiamato a verificare la corrispondenza fra prescrizione medica e consegna del grossista al posto di quello pubblico (tipicamente nelle aree rurali a bassa densità di popolazione).

8.3. Distribuzione

Ogni contea fornisce all'azienda vincitrice dell'appalto, inclusivo del servizio di consegna domiciliare, la lista dei nominativi dei pazienti aventi diritto all'ossigenoterapia, unitamente al relativo programma clinico personale.

Solitamente, l'attività distributiva include anche un servizio di assistenza ai pazienti, reso possibile grazie alla professionalità e alla preparazione dei trasportatori.

8.4. Mercato

Il totale dei pazienti che necessitano di ossigenoterapia in Danimarca è stimato in circa 2.800 unità. Circa il 10% dei pazienti usufruisce dell'ossigeno liquido, mentre alla gran maggioranza dei pazienti viene prescritto il concentratore in combinazione con l'ossigeno gassoso, per garantire loro un livello accettabile di mobilità (Ringbaek *et al.*, 1996).

Il mercato dell'ossigeno è principalmente suddiviso fra tre aziende. La prima controlla la maggior parte del mercato (ha stipulato contratti con 9

contee sulle 14 totali) ed è una joint-venture fra un'azienda operante nel campo dei servizi di emergenza e un'impresa produttrice di ossigeno. Le altre due, invece, hanno un'importanza minore e si sono organizzate internamente per gestire il servizio domiciliare.

9. Analisi comparativa

I paesi analizzati nello studio hanno sistemi sanitari con caratteristiche molto diverse dal punto di vista istituzionale e conseguentemente organizzativo: Italia, Gran Bretagna e Danimarca hanno adottato un servizio nazionale pubblico, mentre Francia e Germania sono caratterizzate da un sistema mutualistico di tipo pluralistico (soprattutto la seconda). L'analisi ha evidenziato che non esiste una correlazione diretta fra organizzazione complessiva del servizio sanitario e grado di attenzione al mercato dell'ossigenoterapia, sebbene si possa notare in generale una maggior propensione all'assistenza domiciliare da parte dei servizi pubblici.

La figura 1 riassume sinotticamente la situazione normativa e di mercato dell'ossigenoterapia nei cinque Paesi indagati. L'ossigeno medicale presenta una notevole eterogeneità in termini classificatori: in Italia, infatti, è tuttora riconosciuto come galenico officinale, probabile retaggio storico dell'attività tradizionale del farmacista; in Germania è assimilato al dispositivo medico, perché viene attribuita maggiore importanza ai contenitori (rispetto al prodotto) e i concentratori sono molto diffusi; in Francia è inserito fra le specialità medicinali (peraltro, senza le conseguenze del caso in materia di registrazione, prezzi e dispensazione obbligatoria in farmacia); infine, in Gran Bretagna e in Danimarca è registrato come farmaco generico.

In tutti i paesi analizzati l'ossigenoterapia è rimborsata dal servizio pubblico e dalle casse mutue, mentre esistono differenze rilevanti nel livello di utilizzo delle forme di somministrazione disponibili. In Gran Bretagna e in Germania si è soliti prescrivere l'ossigeno gassoso o l'installazione dei concentratori (spesso in combinazione con le bombole), mentre quello in forma liquida inizia solamente ora ad affermarsi in Germania; in Francia e Danimarca esistono tutte e tre le forme di ossigeno medicale, mentre in Italia è prevalente la forma liquida.

Il prezzo di rimborso dell'ossigeno in Italia e in Gran Bretagna è regolato, rispettivamente, dalle norme previste dalla Tariffa nazionale del PTN e dalla *Drug Tariff List*; tuttavia, le ASL italiane possono ottenere prezzi inferiori al valore massimo stabilito attraverso gare di appalto, come del resto il NHS ha incominciato a ricorrere a gare di appalto (limitatamente ai concentratori) suddividendo il proprio territorio in nove aree. In Francia sono stati recentemente introdotti prezzi unici su tutto il territorio nazionale per le diverse

forme di ossigenoterapia, con le tariffe di rimborso del TIPS. Diversamente, in Germania e Danimarca non esistono tariffe nazionali. In Germania il tentativo di introdurre prezzi di riferimento a livello regionale è sostanzialmente fallito per motivi legali e il prezzo scaturisce da negoziazioni dirette fra le *krankenkassen* e le associazioni di farmacie e sanitarie locali (peraltro, sembra, con prezzi molto simili in tutto il Paese). In Danimarca, invece, il prezzo è frutto di contratti fra il fornitore e le Contee, stipulati attraverso gare d'appalto.

La prima prescrizione in Italia e Germania è necessariamente effettuata da specialisti (tipicamente i pneumologi); in Inghilterra tale compito è svolto dal medico di medicina generale, mentre in Francia e in Danimarca la prescrizione può essere teoricamente rilasciata da ambedue le professioni mediche (di fatto, peraltro, sono nettamente prevalenti quelle degli specialisti). La prescrizione medica in Italia, Regno Unito e Danimarca è solitamente generica: sulla ricetta non compare, infatti, il nome dell'azienda pro-

Figura 1 - Situazione normativa e di mercato

Ossigenoterapia	Italia	Francia	Germania	Inghilterra	Danimarca
<i>Registrazione</i>					
Galenico officinale	X				
Specialità farmaceutica		X			
Dispositivo medico			X		
Farmaco generico				X	X
<i>Rimborsabilità</i>					
Sì	X	X	X	X *	X
<i>Prezzo di rimborso</i>					
Tariffe nazionali/regionali	X	X	X	X	
Gare d'appalto	X			X	X
Negoziazione			X		X
<i>Distribuzione</i>					
Farmacie	X	X	X	X	
Sanitarie			X		
Domicilio	X	X	X	X	X

* La rimborsabilità è limitata alla forma gassosa e ai concentratori, essendo tuttora escluso dal rimborso l'ossigeno liquido.

dittrice, ma solo la dicitura «ossigeno» con la specificazione della forma di somministrazione. In Germania e in Francia i medici inviano solitamente la prescrizione alle *krankenkassen* e alla CNAM con l'indicazione del nome di un'azienda di riferimento.

In Italia, dove la forma di ossigeno liquido è predominante, molte ASL prediligono l'appalto delle forniture a domicilio, come avviene in tutte le Contee danesi. All'azienda aggiudicataria viene fornita la lista dei nominativi dei pazienti aventi diritto all'ossigenoterapia, unitamente al relativo programma clinico personale.

Anche in Francia il paziente cronico passa molto raramente per la farmacia, potendo entrare direttamente in contatto con l'azienda distributrice suggerita dal pneumologo (qualora sia accreditata presso la CNAM). In caso contrario, il farmacista indica un fornitore di sua fiducia, da cui ottiene un compenso ad hoc, come avviene ancora in molte regioni d'Italia. La peculiarità principale del mercato francese è rappresentata dalle associazioni non profit dei pneumologi che, distribuendo in proprio l'ossigeno, godono di un indiscutibile (ma anche molto opinabile sotto il profilo della libera concorrenza) vantaggio commerciale.

In Germania, a differenza degli altri paesi analizzati, l'ossigeno può essere dispensato anche dalle sanitarie, solitamente dietro cessione (a fronte di un compenso forfetario) delle ricette ad aziende produttrici nel caso di ossigeno gassoso e liquido; queste ultime effettuano poi a proprie spese la distribuzione domiciliare.

Nel Regno Unito, dove l'ossigeno liquido tuttora non è rimborsabile, l'ossigeno gassoso è tradizionalmente erogato attraverso la figura del farmacista territoriale, il quale percepisce un pagamento a prestazione (*fee for service*) per lo stesso e, soprattutto, ha la possibilità di ottenere dal fornitore

prescelto sconti sui prezzi del tariffario. In generale, il paziente (o un suo congiunto) si reca personalmente a ritirare la bombola in farmacia. Le farmacie che, invece, accettano di occuparsi di ossigenoterapia e offrono contemporaneamente il servizio domiciliare negoziano, attraverso il proprio comitato di categoria locale, una fee aggiuntiva con le HAS locali per tale servizio.

L'analisi di mercato evidenzia che in Italia è presente un numero di produttori decisamente superiore rispetto a quello degli altri Paesi analizzati. I primi 21 produttori coprono il 75% del mercato italiano, percentuale complessivamente raggiunta dai primi tre nel Regno Unito e dai primi due in Francia e in Danimarca; in Germania le due aziende *leader* coprono circa il 50% del mercato (peraltro, anche in questo paese il numero totale dei produttori è relativamente elevato).

10. Considerazioni finali

La situazione dell'ossigenoterapia nei vari Paesi indagati risulta molto variegata. Al di là della definizione classificatoria, la cui eterogeneità non sembra incidere più di tanto a livello pratico, anche il ricorso alle diverse forme di erogazione disponibili (concentratori, ossigeno gassoso e liquido) varia molto. Concretamente, è logico ipotizzare che possa esistere un ragionevole compromesso fra l'eccessiva cautela nell'introdurre l'ossigeno liquido da parte della Germania e (soprattutto) della Gran Bretagna da una parte e il ricorso indiscriminato allo stesso da parte dell'Italia.

In Italia molte gare d'appalto per i pazienti cronici sono ancora impostate in funzione del costo per volume di ossigeno, mentre il ricorso generalizzato a quello giornaliero per paziente apparirebbe più logico, essendo noto che i contratti basati sulla quantità consu-

mata spingono ineluttabilmente i fornitori a eccedere nella stessa.

Un'ulteriore riflessione merita il riconoscimento di un margine proporzionale alla farmacia territoriale sul volume di ossigeno prescritto attraverso questo canale. A parte la detenzione in scorta di bombole di ossigeno gassoso per pazienti acuti, tale margine tende a configurarsi come una vera e propria rendita e trova scarso riscontro negli altri Paesi europei indagati, non avendo giustificazione logica sotto il profilo economico: il servizio reso dal farmacista si riduce a un mero controllo formale di corrispondenza fra ricetta medica e consegna a domicilio del fornitore. È lecito chiedersi se tale funzione ispettiva, di natura pubblica, non potrebbe essere periodicamente esercitata dalla farmacia dell'ASL, senza gravare in modo improprio sul costo del servizio.

A livello di offerta, la parcellizzazione del mercato italiano costituisce un ostacolo considerevole al controllo del settore, con probabili ripercussioni sull'uniformità e la qualità del servizio offerto. Tale frammentazione di mercato (plausibilmente favorita in molte situazioni locali anche dall'interesse economico di cui sopra della farmacia territoriale) risulta piuttosto anomala rispetto alle altre nazioni analizzate e non sembra fornire garanzie adeguate in materia di sicurezza e qualità complessiva del servizio erogato.

BIBLIOGRAFIA

- ARROW K.J. (1963), «Uncertainty and the Welfare of Medical Care», *American Economic Review*, 53(5): pagg. 941-973.
- BATEMAN N.T., LEACH R.M. (1998), «Acute oxygen therapy», *British Medical Journal*, 317: pagg. 798-801.
- CORSI F. (1999), «Italia», in Garattini L. (a cura di): *I dispositivi medici nei principali Paesi europei*, Kappadue editore, Milano.
- DEPARTMENT OF HEALTH (1998), *Drug Tariff*, The Stationery Office, London.

- GARATTINI L., SALVIONI F. (1996), «Distribution Margins: A European Overview», *Pharma Pricing Review*, 1(8): pagg. 154-158.
- HEANEY L.G., MCALLISTER D., MACMAHON J. (1999), «Cost minimisation analysis of provision of oxygen at home: are the Drug Tariff Guidelines cost effective?», *British Medical Journal*, 319: pagg. 19-23.
- MISELLI V. (1995), *Assistenza al paziente domiciliare*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- MITLEHNER W., VOGEL J.P. (1999), «Zur sozialrechtlichen Situation der Versorgung mit tragbaren Flüssigsauerstoffgeräten in der Bundesrepublik Deutschland», *Pneumologie*, 53: pagg. 83-87.
- MOSCETTI F. (1998), «I gas medicinali: questi sconosciuti», *Agenzia Sanitaria Italiana*, 40: pagg. 39-40.
- MUIR J.F., CUVELIER A. (1998), «Prise en charge instrumentale respiratoire chronique: apport des thérapeutiques de suppléance au long cours à domicile», *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 182(6): pagg. 1139-1158.
- NÈGRE M. (1996), «Le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique grave et le marché», *Journal d'Economie Médicale*, 14(7-8): pagg. 455-470.
- NERI M. ET AL. (1999), «Savings obtained using an oxygen economizer device: a cost-minimization analysis», *Monaldi Archives of Chest Disease*, 54(4): pagg. 311-314.
- PELLETIER-FLEURY N., LANOE J.L., FLEURY B., FARDEAU M. (1997), «Étude cout-efficacité de deux structures de prise en charge de l'oxygénothérapie de longue durée à domicile», *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, 45: pagg. 53-63.
- REES P.J., DUDLEY F. (1998a), «Oxygen therapy in chronic lung disease», *British Medical Journal*, 317: pagg. 871-874.
- REES P.J., DUDLEY F. (1998b), «Provision of oxygen at home», *British Medical Journal*, 317: pagg. 935-938.
- REPOSSI G. (1998), «Giornata di studio in Lombardia e rinnovo delle cariche», *Teme*, 3.
- RINGBAEK T.J., LANGE P., VISKUM K. (1996), «Flydende ilt til anvendelse i hjemmet», *Ugeskrift for Laeger*, 158 (16): pagg. 2279-80.
- VOISIN C. (1998), «Prise en charge médico-sociale de l'insuffisance respiratoire grave. Role des Associations», *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 182(6): pagg. 1159-1172.

Biblioteca

Sezione 6^a

RECENSIONI

**Dirigere i servizi
socio-sanitari**

Roberto Alfieri

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 240, L. 45.000(a cura
di Mario Del Vecchio)

Il libro di Roberto Alfieri si caratterizza in modo molto deciso per la teoria di riferimento che viene posta a base dell'intera analisi. Più che una teoria si tratta in effetti — come viene evidenziato nel capitolo introduttivo — «di un insieme di modelli e di teorie in cerca di un loro equilibrio, all'interno di una trama di connessione di diversi saperi, nessuno dei quali è esclusivo o preminente». Questo approccio dichiaratamente eclettico trova due fondamentali punti di aggancio che sono alla base dell'intero libro.

Il primo è rappresentato dal ruolo centrale assegnato alla cooperazione tra i diversi attori che interagiscono sulla scena dei servizi socio-sanitari, cooperazione che viene considerata come «lo strumento più potente per affrontare la complessità». Per usare ancora una volta le parole dell'autore: «Il libro tratta di valori, principi, di strategie, metodi, strumenti, di uso della tecnologia, di processi che conducono alla cooperazione e tendono a realizzare, per questo tramite, i cambiamenti migliorativi. Non viene proposta l'applicazione di soluzioni per i vari problemi, ma si vuole estendere, nei vari attori, la gamma delle possibilità di cooperazione, migliorando la loro capacità di dialogo e di giudizio».

Il secondo è uno schema concettuale che sintetizza lo spazio di azione a disposizione di chi dirige attraverso quattro elementi posti in mutua interazione tra loro: l'analisi dei problemi; la definizione degli obiettivi; l'identificazione degli interventi possibili in relazione alle loro caratteristiche di appropriatezza, efficacia e fattibilità; i cambiamenti generati che modificano progressivamente il quadro.

Sono proprio questi ultimi elementi che definiscono il filo conduttore dello scritto. Infatti dopo una parte essenzialmente introduttiva — in cui vengono analizzate le peculiarità del sistema sanitario ed alcuni dei numerosi riflessi di tali peculiarità sui processi di direzione dei servizi — i capitoli centrali affrontano in sequenza le diverse componenti del quadro concettuale a partire dalla definizione dei problemi fino ai processi di cambiamento e alle diverse strategie per attuarli.

Il volume si chiude affrontando tre temi puntuali variamente correlati agli argomenti principali: quello del sistema informativo, della comunicazione e di quella specifica parte del sistema sanitario identificabile come la «sanità pubblica».

Si tratta di libro stimolante e di agevole lettura, fortemente segnato dall'approccio prescelto.

È vero che le discipline e le diverse matrici teoriche sono per definizione limitate rispetto alla complessità del reale in quanto ne privilegiano un determinato aspetto o una determinata interpretazione, ma altrettanto vero che consentono un «orientamento» rispetto alla stessa realtà definendo specifici oggetti di analisi e prospettive di intervento. Così anche assumendo la possibilità di definire un medesimo oggetto, il sistema sanitario, la prospettiva sociologica interpreterà tale oggetto alla luce delle interazioni che si instaurano tra gruppi più o meno estesi di individui, quella aziendalista attraverso le unità nelle quali si svolgono

no i processi economici, e così di seguito per le altre discipline e approcci. È questa limitazione o selezione che deriva da un approccio definito e che consente di collocare il piano della riflessione ciò di cui a tratti si avverte la mancanza nel libro in questione. In altri termini, ci pare che proprio la complessità del sistema sanitario imponga l'esplicitazione di una prospettiva se non si vuole rischiare una certa «genericità sistemica».

È necessario però sottolineare che se l'intento era quello di stimolare e di aprire alla riflessione i diversi attori, l'approccio aperto e la scelta di una prospettiva personale hanno raggiunto probabilmente il proprio scopo contribuendo a produrre un testo che interroga e fa riflettere.

**L'aziendalizzazione
della sanità in Italia:
rapporto OASI 2000**

E. Anessi Pessina
E. Cantù (a cura di)

Egea
Milano, 2000
pagg. 443

(a cura
di Emidia Vagnoni)

L'introduzione nella legislazione del Servizio sanitario nazionale del «modello di gestione aziendale» realizzata attraverso l'emanazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 prima e il decreto legislativo 229/99 poi, ha richiesto la modificazione dei meccanismi di gestione delle aziende del settore. Pertanto, l'osservazione degli effetti di tali provvedimenti sui processi gestionali costituisce oggetto di profondo interesse per gli operatori, così come per il mondo accademico.

Il volume presenta le prime risultanze dell'attività dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende sanitarie italiane (OASI), istituito dal Ce.R.G.A.S. Il rapporto OASI «osserva», in una impostazione economico-aziendale, la realtà delle Aziende sanitarie italiane descrivendola criticamente, ma evitando di imporre «ricette» risolutive. L'approccio economico-aziendale ha consentito di osservare il complesso insieme delle aziende sanitarie non come un soggetto unitario, bensì come un «sistema di aziende dotate di loro autonomia». Il rapporto OASI, quindi, affronta separatamente i diversi elementi di interesse della struttura del sistema sanitario sviluppandone sia la dimensione verticale, sia quella orizzontale.

I numerosi contributi, raccolti in cinque sezioni, permettono di indagare lo stato di attuazione delle riforme sopra citate e le possibili linee di evoluzione delle Aziende sanitarie italiane. Nella prima parte si prende in considerazione il quadro di riferimento generale del sistema sanitario nazionale. Dopo una descrizione del modello di analisi e dell'impostazione adottata, si procede alla descrizione della struttura del Sistema sanitario nazionale (SSN) e della composizione ed evoluzione della spesa sanitaria.

La parte seconda indaga le tematiche economico aziendali riguardanti i sistemi sanitari regionali, i quali sono stati oggetto di continui incrementi di responsabilità e funzioni nel corso dell'ultimo decennio. Di conseguenza gli aspetti relativi alle modalità di finanziamento delle aziende sanitarie, e con esso l'istituto dell'accreditamento, sono affrontati in maniera dettagliata. L'accresciuta delega ricevuta dalle regioni riguardo l'organizzazione del sistema sanitario regionale pone un interessante interrogativo sulle modalità di attuazione previste dalle diverse leggi regionali. Leggi regionali che incidono fortemente, come confermato dal rapporto, sul sistema di contabilità regionale e sui modelli organizzativi.

L'organizzazione è anche l'oggetto di analisi della terza parte del rapporto OASI. L'organizzazione delle diverse tipologie di aziende sanitarie è analizzata nei suoi aspetti descrittivo-evolutivi, grazie all'ausilio di casi empirici, soprattutto riferiti all'area regionale lombarda. Gli ultimi due contributi, in particolare, mettono in luce alcuni aspetti soggettivi dell'organizzazione delle aziende sanitarie: il ruolo e la gestione delle «professioni sanitarie non mediche», le quali rappresentano un'importante aspetto verso il miglioramento delle *performance*, e le novità introdotte dal nuovo contratto del personale del comparto con particolare attenzione alla valutazione e alla progressione di carriera.

La parte seguente osserva e propone spunti di riflessione sul sistema delle rilevazioni in questa tipologia di azienda. Il sistema di programmazione di controllo e di gestione, as-

sieme a quello di contabilità generale sono presi in considerazione, prima di affrontare più in generale una riflessione di ricerca sul sistema informativo.

L'ultima parte descrive un interessante caso di forme innovative di gestione dei servizi, quello di medicina generale. In particolare ne è messo in evidenza lo stato dell'arte ed i suoi aspetti evolutivi, nonché le potenzialità future.

Il volume rappresenta quindi un'efficace chiave di osservazione economico-aziendale del complesso sistema delle Aziende sanitarie italiane.

Rapporto sanità 2000. L'ospedale del futuro

N. Falcitelli

M. Trabucchi

F. Vanara (a cura di)

Il Mulino

Bologna, 2000

pagg. 428

L. 65.000 (€ 33,57)

(a cura di Elena Cantù)

Il «Rapporto sanità 2000. L'ospedale del futuro» rappresenta il quarto rapporto di una serie pubblicata annualmente dalla Fondazione Smith Kline.

Il Rapporto affronta il tema dell'ospedale, un'istituzione che, in tutto il mondo, è al centro di un processo di continua trasformazione. Si articola in quattro parti. La prima analizza l'evoluzione del ruolo dell'ospedale, la seconda parte si focalizza sull'organizzazione interna dell'ospedale, nella terza parte si approfondisce il ruolo del paziente e dei professionisti mentre l'ultima parte è dedicata all'approfondimento degli strumenti economici e di gestione.

L'analisi dell'evoluzione del ruolo dell'ospedale viene presentata sia sotto il profilo storico che attraverso il ricorso alla teoria dei sistemi in rapporto con l'ambiente. Questo secondo metodo di osservazione e di diagnosi permette di analizzare l'ospedale non come «identità autoregolabile per decisioni del *management* interno» ma come un'organizzazione che risponde all'ambiente e si integra in esso. Il contributo di Ardigò evidenzia, infatti, la possibilità di applicare la teoria dei sistemi secondo diversi approcci: quello che studia l'ospedale come un sistema sociale che identifica la sua mission rispetto alle sfide ambientali, quello che lo considera come un sotto-sistema del più ampio sistema sanitario e sociale (ponendo l'enfasi sul ruolo dell'ospedale all'interno di una rete di strutture sanitarie) e infine l'approccio che osserva la popolazione in cura come parte del sistema sociale dell'ospedale e non come «ambiente», evidenziando quindi il ruolo dei pazienti nell'elaborazione di domande ed esperienze cliniche.

L'evoluzione del ruolo dell'ospedale viene inoltre letta in rapporto alle tendenze demografiche ed epidemiologiche (con una particolare attenzione ai crescenti bisogni di assistenza a lungo termine) e all'interno del processo di programmazione dei servizi sanitari ed ospedalieri (di cui vengono presentate alcune significative esperienze di Regioni italiane). Moruzzi nel suo contributo approfondisce il tema delle nuove tecnologie comunicative attraverso un'interessante analisi che associa le nuove strategie di comunicazione adottabili alla necessità di una completa riprogettazione dell'ospedale tradizionale.

La seconda parte del Rapporto analizza alcune tematiche relative all'organizzazione interna dell'ospedale, enfatizzando la necessità del passaggio dai modelli predeterminati per legge a quelli disegnati in base all'analisi della situazione di partenza delle singole strutture, della casistica trattata, della domanda che ad esse si rivolge. Viene inoltre evidenziata la necessità di sviluppare adeguati indicatori per la misurazione dell'*outcome* basati sia su indicatori di appropriatezza clinica che di livelli di soddisfazione dei pazienti, indicatori che possono favorire l'introduzione di meccanismi di responsabilizzazione degli «owner of the process». Un altro contributo interessante è quello che approfondisce le problematiche legate all'edilizia e alla tecnologia dove si evidenzia in particolare il «mancato e conflittuale rapporto tra coloro che in reciproca collaborazione dovrebbero realizzare l'ospedale: la committenza, il progettista, l'impresa» e vengono proposte alcune modalità di valutazione del patrimonio ospedaliero esistente per decidere se ed in che modo intervenire.

Nella terza parte del Rapporto vengono presentate alcune riflessioni sul rapporto tra l'ospedale e i suoi professionisti e utenti. I contributi sul tema enfatizzano in particolare l'e-

sigenza di lavorare per processi e per obiettivi, di integrare le professionalità (vecchie e nuove) e di ricercare la qualità.

L'ultima parte del Rapporto raccoglie alcuni scritti sugli strumenti economici e di gestione dell'ospedale e, tra gli altri, vengono presentati due contributi interessanti: uno che riporta i risultati del confronto sui livelli di efficienza tecnica e di scala di alcune unità di degenza di medicina generale in Liguria e il contributo di Giorgi che approfondisce il ruolo del controllo manageriale e la sua possibile integrazione con lo strumento dei PDT (percorsi diagnostico terapeutici).

Nel complesso il rapporto è ricco di contributi (alcuni accompagnati da un'ampia bibliografia) che si caratterizzano per approcci multidisciplinari e che offrono stimoli per l'approfondimento delle tematiche attuali che gli ospedali stanno affrontando o affronteranno nel futuro. Agli ampi approfondimenti dedicati ad alcuni temi si affiancano sintetiche riflessioni su altri aspetti. In particolare uno spazio limitato viene dedicato alle modalità di applicazione dei meccanismi operativi per la gestione degli ospedali (sistemi di programmazione e controllo, di gestione del personale, dei sistemi informativi). Nel complesso il rapporto si caratterizza comunque per essere ricco di contributi e riflessioni soprattutto provenienti da coloro che occupano posizioni dirigenziali nelle strutture e che stanno vivendo i cambiamenti del ruolo dell'ospedale «dall'interno».

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

GIANLUCA FIORENTINI
(a cura di)

I servizi sanitari in Italia - 2000

il Mulino
Bologna, 2000
pagg. 325, L. 45.000

Il cambiamento delle caratteristiche strutturali che determinano la domanda dei servizi sanitari e la rapida evoluzione delle tecnologie e dei modelli organizzativi da parte dell'offerta impongono oggi lo sviluppo di nuovi meccanismi di finanziamento e di erogazione di tali servizi. All'interno di questo quadro, nel volume si individuano due argomenti fondamentali quali i livelli essenziali di assistenza e i controlli a tutela della qualità. Si tratta di temi rilevanti il cui approccio implica l'integrazione dell'analisi economica con quella istituzionale. La definizione dei livelli essenziali richiede un esame dei problemi clinici, etici ed economici ad essa connessi e contemporaneamente sono necessarie valutazioni di copertura finanziaria che, nel contesto italiano, sono al centro della riforma del federalismo fiscale. Per quanto concerne il secondo tema, vengono presi in considerazione l'evoluzione legislativa sino alla riforma ter, gli strumenti più propriamente di tutela, quali l'autorizzazione e l'accreditamento, e i meccanismi di valutazione e controllo.

INDICE: INTRODUZIONE. FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E REGOLAMENTAZIONE DELLA QUALITÀ (GIANLUCA FIORENTINI) - I. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA: SOGNO, MIRAGGIO O NEMESI? (FRANCESCO TARONI) - II. IL FINANZIAMENTO PUBBLICO DELLA SANITÀ IN UNA PROSPETTIVA DI FEDERALISMO FISCALE (STEFANIA LORENZINI, ALESSANDRO PETRETTO) - III. LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI NEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI (VINCENZO REBBA) - IV. L'ACCREDITAMENTO IN SANITÀ (RENATO BALMA, GIUSEPPE CLERICO) - V. COMPORTAMENTI OPPORTUNISTICI E RIFORMA SANITARIA: RICOVERI RIPETUTI E TRASFERIMENTI NEGLI OSPEDALI DELL'EMILIA-ROMAGNA (DANIELE FABBRI).

La Fondazione Leonardo intende promuovere il diffondersi di una cultura che, favorendo l'incontro solidale tra le generazioni, valorizzi l'età anziana come ricchezza della persona e come risorsa per la comunità. Sulla base di questa opzione di fondo, il rapporto, in cui compaiono i primi risultati dell'osservatorio permanente che la Fondazione ha costituito, offre il panorama degli aspetti di rilievo, con diversi approcci disciplinari alle tematiche della condizione anziana, che non si limitano agli aspetti assistenziali, ma valorizzano il diritto e il bisogno di una vita sociale, relazionale e culturale soddisfacente.

INDICE: PRESENTAZIONE (CAMILLO FERRARI) - INTRODUZIONE (VINCENZO CESAREO) - 1. INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE: GLI ANDAMENTI DEMOGRAFICI (DOMITIA MAZZI) - 2. L'ANZIANO NELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA: PROBLEMI DI IDENTITÀ E DI RUOLO (FRANCESCO VILLA) - 3. L'AUTOPERCEZIONE DELL'ANZIANO (GUIDO LAZZARINI) - 4. L'ANZIANO ATTIVO COME RISORSA SOCIALE: ALCUNE ESPERIENZE (LUCIA BOCCACIN) - 5. GLI ASPETTI BIOLOGICI DELL'INVECCHIAMENTO (GIORGIO ANNONI) - 6. GLI ANZIANI E LA SALUTE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA (RITA BICHI).

FONDAZIONE LEONARDO

**Primo rapporto sugli anziani
1999**

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 200, L. 30.000

SERGIO CHERUBINI
(a cura di)

**Esperienze
di marketing sanitario**

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 108, L. 25.000

La pubblicazione, a seguito della Giornata di studio promossa dalla cattedra di marketing della Facoltà di economia dell'Università di Roma «Tor Vergata», vuole essere un'occasione aggiuntiva per allargare l'ambito di discussione e contribuire a formare una base di contenuti in materia di marketing sanitario, definendone potenzialità e modalità applicative, da un lato, e illustrandone alcuni casi di attuazione, dall'altro. Contrariamente a quanto avvenuto in altri settori, l'esperienza del marketing dei servizi non appare ancora ben presente nella sanità, sebbene sia convinzione dell'autore che uno sviluppo della sua applicazione sarebbe di grande utilità anche per tale settore. Dallo scambio delle esperienze riportate emergono alcune tematiche specifiche quali il micromarketing locale, l'esperienza dell'Ufficio relazioni con il pubblico, la gestione dell'accesso al servizio, l'uso delle nuove tecnologie e la teleassistenza, il security management, le potenzialità di un sito internet.

INDICE: PREMessa (S. CHERUBINI) - INTRODUZIONE (L. PAGANETTO) - 1. IL PROGETTO SANITÀ DI CONFINDUSTRIA (E. VERONESI) - 2. IL MARKETING APPLICATO AL SETTORE SANITARIO (S. CHERUBINI) - 3. LE SFIDE PER L'ATTUAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI IN SANITÀ (R. TASCIA) - 4. L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO UMBERTO I (R. FATARELLA) - 5. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO E FORLANINI (M. RASTRELLI) - 6. IL PUNTO DI VISTA DI UN'AZIENDA PRIVATA (P.L. BARTOLONI) - 7. L'ESPERIENZA DI RIPOSIZIONAMENTO STRATEGICO DEL CENTRO DIAGNOSTICO (S. D'AGOSTINO) - 8. L'ESPERIENZA DELLA ASL DI ROMA B NEL MICROMARKETING (C. SAFFIOTI) - 9. L'ESPERIENZA DELL'URP DEL COMPLESSO OSPEDALIERO S. GIOVANNI ADDOLORATA (L.S. ATTOLINI) - 10. UN'ESPERIENZA DI GESTIONE DELL'ACCESSO AL SERVIZIO: IL CUP DI BOLOGNA (T. CAVALLARO) - 11. UN'ESPERIENZA DI TELEASSISTENZA (N. TERESI, G. CASALE) - 12. SECURITY E MARKETING SANITARIO: UN APPROCCIO INTEGRATO AL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI SANITARI IN UN'OTTICA DI QUALITÀ GLOBALE E SODDISFAZIONE DEL CLIENTE (G. TARELLI, S. PORCARI) - 13. L'OFFERTA SANITARIA SU INTERNET (M. COLASANTI) - 14. LE PROSPETTIVE DEL MARKETING SANITARIO (L. HINNA) - 15. LA FUNZIONE DEL MARKETING NELLE ASL: URP, QUALITÀ, COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA, ORIENTAMENTO AGLI UTENTI ED AL MERCATO (M. MENEGUZZO).

Nel testo sono analizzati gli elementi centrali che intervengono nelle dinamiche competitive, strategiche e organizzative nelle aziende sanitarie, e ospedaliere in particolare, con particolare riguardo ai fattori ambientali e istituzionali. Attraverso un'indagine empirica, svolta con la raccolta documentale e di dati quantitativi presso le maggiori aziende ospedaliere italiane, si vuole contribuire ad una migliore comprensione degli effetti generati dal modello competitivo negli ultimi cinque anni. Lo studio si sofferma sui modelli di pianificazione strategica adottati dal top-management ospedaliero in relazione allo spazio di autonomia percepito, con il fine di contribuire al dibattito sul possibile ruolo degli elementi di mercato nell'accrescimento dei livelli di efficacia e efficienza del sistema, rispettando l'esigenza di equità posta dai principi del welfare a cui sono ispirate le politiche sanitarie dei paesi europei.

FRANCO FONTANA
GIANNI LORENZONI
(a cura di)

**L'architettura strategica
delle aziende ospedaliere:
un'analisi empirica**

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 159, L. 36.000

INDICE: PRESENTAZIONE (FRANCO FONTANA, GIANNI LORENZONI) - 1. IL GOVERNO DELLO SCAMBIO ECONOMICO NEI SISTEMI SANITARI: TRA PROGRAMMAZIONE E COMPETIZIONE (AMERICO CICCETTI, LUCA GIUSTINIANO) - 2. LA FORMAZIONE DELLE STRATEGIE NELLE AZIENDE SANITARIE (PAOLA O. ACHARD, AMERICO CICCETTI, SILVIA PROFILI) - 3. UN CONFRONTO INTERNAZIONALE: IL SISTEMA SANITARIO SVEDESE (LUCA GIUSTINIANO) - 4. LO SPAZIO STRATEGICO: UNA VALUTAZIONE EMPIRICA (PAOLA O. ACHARD, VALENTINA CASTELLA, SILVIA PROFILI) - 5. LE ARCHITETTURE STRATEGICHE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE: UNA PROSPETTIVA BASATA SULLE CONOSCENZE (AMERICO CICCETTI, GIANNI LORENZONI) - ALLEGATO - L'ARCHITETTURA STRATEGICA DELLE AZIENDE OSPEDALIERE: UN'ANALISI EMPIRICA.

EMANUELE RANCI
ORTIGOSA
(a cura di)

**La valutazione di qualità
nei servizi sanitari**

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 293, L. 40.000

Il testo, che nasce dalla collaborazione di più aree di ricerca dell'Irs e le cui finalità sono sia didattiche che critiche, offre una visione d'insieme dei sistemi di valutazione della qualità e del miglioramento in sanità a partire dalle realtà professionali, organizzative, economiche, culturali in cui essi si sviluppano, descrivendone le origini, le teorizzazioni, le metodologie e gli strumenti, anche con schede specifiche di analisi e riferimenti bibliografici. Approfondisce successivamente alcuni sistemi di valutazione, quali l'accreditamento d'eccellenza, il controllo di gestione direzionale strategico, la rilevazione della qualità percepita, strumenti che, non essendo ancora diffusi in Italia, possono costituire un apporto innovativo per la cultura e la prassi valutativa.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. LA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI (E. RANCI ORTIGOSA) - PARTE PRIMA. APPROCCI ALLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ - 2. L'APPROCCIO TECNICO-PROFESIONALE (M.C. SETTI BASSANINI) - 3. L'APPROCCIO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE (D. OLIVA, R. GIORGETTI) - 4. L'APPROCCIO ECONOMICO (P. BELLÌ, E. ANTONAZZO) - 5. L'APPROCCIO UMANISTICO-PARTECIPATIVO (U. DE AMBROGIO) - PARTE SECONDA. SVILUPPO DI ALCUNE TIPOLOGIE DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ - 6. L'ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA (M.C. SETTI BASSANINI) - 7. IL CONTROLLO DI GESTIONE DIREZIONALE-STRATEGICO (D. OLIVA, R. GIORGETTI) - 8. LA RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA (U. DE AMBROGIO).

Lo scopo principale del libro è di fornire un aiuto a chi ha responsabilità decisionali relativamente a gruppi di pazienti o di popolazioni di assistiti in modo che tali decisioni siano ispirate alla valutazione delle informazioni scientifiche disponibili. A tale fine è presentato il quadro concettuale di riferimento per promuovere nei servizi sanitari processi decisionali basati su prove di efficacia. In particolare si offrono strumenti per rintracciare e valutare criticamente le informazioni scientifiche, per sviluppare le capacità, a livello individuale e di organizzazione, per utilizzare le informazioni scientifiche, per implementare le informazioni scientifiche, ovvero trasferirle nella pratica dei servizi.

INDICE: COME USARE QUESTO LIBRO - LA GLOBALIZZAZIONE DEI PROBLEMI SANITARI - L'ASSISTENZA SANITARIA BASATA SULLE PROVE: UNA SFIDA TUTTA DA GIOCARE PER IL SSN ITALIANO - CAPITOLO 1. UN'ASSISTENZA SANITARIA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA - CAPITOLO 2. FARE BENE LE COSE GIUSTE - CAPITOLO 3. PRENDERE DECISIONI IN AMBITO SANITARIO - CAPITOLO 4. LA RICERCA DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE - CAPITOLO 5. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA RICERCA SCIENTIFICA - CAPITOLO 6. VALUTAZIONE DEGLI ESITI - CAPITOLO 7. GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI NECESSARI ALLO SVILUPPO DI UN'ASSISTENZA SANITARIA BASATA SU PROVE DI EFFICACIA - CAPITOLO 8. COME SVILUPPARE CAPACITÀ AMMINISTRATIVE BASATE SU PROVE - CAPITOLO 9. LE SCELTE DEL PAZIENTE BASATE SU PROVE E LA PRATICA CLINICA - APPENDICE 1. LE FONTI DELLE PROVE - APPENDICE 2. RICERCA DELLE FONTI - APPENDICE 3. VALUTAZIONE - APPENDICE 4. ARCHIVIARE LE INFORMAZIONI - APPENDICE 5. L'IMPLEMENTAZIONE.

J.A. MUIR GRAY

**L'assistenza sanitaria
basata sulle prove
Come organizzare
le politiche sanitarie**

Centro Scientifico Editore
Torino, 1999
pagg. 272, L. 48.000

RODOLFO GIANANI
ANNA MARIA MASSARA

Outsourcing e sanità

FrancoAngeli
Milano, 2000
pagg. 238, L. 45.000

Il breve manuale, che nasce come frutto di una concreta esperienza di outsourcing in un'azienda sanitaria italiana, fornisce basi teoriche e di analisi per inquadrare l'outsourcing in ambito economico-aziendalistico e diversi esempi di capitolati, gare d'appalto, contratti relativi alle singole procedure, che ne agevolano la realizzazione inquadrandone anche gli aspetti amministrativi. Gli autori si rivolgono in special modo a coloro che, ai vertici dirigenziali sanitari o amministrativi, devono migliorare i servizi esistenti o realizzarne di nuovi con i vincoli imposti dal conto capitale.

INDICE: PREMessa - 1. OUTSOURCING: ASPETTI TEORICI - 2. OUTSOURCING: ELEMENTI DI VALUTAZIONE - 3. OUTSOURCING E MANAGERIALITÀ - 4. OUTSOURCING: LA FIGURA «MANAGER» QUALE COMPIUTA SINTONIA DI CAPACITÀ MANAGERIALI, CONOSCENZA DI FUNZIONI/COMPITI AMMINISTRATIVI, TECNICHE DI COMUNICAZIONE E STILI REDAZIONALI - 5. OUTSOURCING, LAVANDERIA E LAVANOLO - 6. OUTSOURCING E PULIZIE OSPEDALIERE - 7. OUTSOURCING, RISTORAZIONE COLLETTIVA E PUNTI MENSA - 8. A.D. (ASSISTENZA DOMICILIARE). IL CONCETTO DI DELEGA IN MATERIA SOCIALE. LE BASI TEORICHE. LE CONVENZIONI. GLI ATTI DELIBERATIVI DEL COMUNE. GLI ATTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA - 9. TELESOCORSO - 10. OUTSOURCING, RELAZIONI SINDACALI E PATTO D'INTESA.

Il Sistema qualità è uno strumento di carattere organizzativo/gestionale centrato sul monitoraggio/controllo dei processi che hanno un impatto diretto sulla qualità del prodotto/servizio, sulla definizione delle responsabilità e sulla predisposizione di risorse adeguate, al fine di prevenire le criticità e di assicurare la conformità ai requisiti del cliente e la sua soddisfazione. Occorre tuttavia sottolineare che l'uso di questo riferimento normativo, nato in ambito manifatturiero, richiede notevoli capacità di interpretazione e di adattamento al contesto dei servizi sanitari. L'UNI, nell'ambito delle attività svolte all'interno dell'Osservatorio regionale sulla qualità dei servizi sanitari, ha collaborato alla stesura di queste linee guida e di un sistema di indicatori per misurare efficacia ed efficienza delle Aziende sanitarie.

INDICE: PRESENTAZIONE - 1. INTRODUZIONE - 2. DEFINIZIONI - 3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE - 4. REQUISITI DEL SISTEMA QUALITÀ - APPENDICE 1. «SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ IN SANITÀ» - APPENDICE 2. «LEGISLAZIONE SANITARIA DI RIFERIMENTO NORMATIVO NAZIONALE».

UNI
Ente Nazionale Italiano
di Unificazione

Sistemi qualità

Maggioli
Rimini, 2000
pagg. 57, € 39,50

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

NAVARRO V.

Are Pro-Welfare State and Full-Employment Policies Possible in the Era of Globalization?

International Journal of Health Services 30 (2): 231-252, 2000

GROSSMAN J.M.

Health Plan Competition in Local Markets

Health Service Research 35 (1): 17-36, 2000

FISCELLA K., FRANKS P.

Individual Income, Income Inequality, Health and Mortality: What Are the Relationships?

Health Services Research 35 (1): 307-318, 2000

DANIELS N. ET AL.

Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries

Bulletin of the World Health Organization, 78 (6): 740-750, 2000

LAUX F.L.

Addiction as a market failure: using rational addiction results to justify tobacco regulation

Journal of Health Economics, 19 (4): 421-438, 2000

GRIFFITH B.

Competition and Containment in Health Care

International Journal of Health Services 30 (2): 257-284, 2000

Sistemi di finanziamento

RESCHOVSKY D.J., KEMPER P., TU H.

Does Type of Health Insurance Affect Health Care Use and Assessments of Care Among the Privately Insured?

Health Services Research 35 (1): 219-238, 2000

PETROU S., WOLSTENHOLME J.

A Review of Alternative Approaches to Healthcare Resource Allocation

PharmacoEconomics 18 (1): 33-43, 2000

JOHANSSON P.O.

Properties of actuarially fair and pay-as-you-go health insurance schemes for the elderly. An OLG model approach

Journal of Health Economics, 19 (4): 477-498, 2000

KANE M.N., WUBBENHORST W.H.

Alternative Funding Policies for the Uninsured: Exploring The Value of Hospital Tax Exemption

Milbank Quarterly 78 (2): 185-199, 2000

SHOEN C., DESROCHES M.L.

Uninsured and Unstable Insured: The Importance of Continuous Insurance Coverage

Health Services Research 35 (1): 187-206, 2000

BAKKER F.M., VAN VLIET R., VAN DE VEN W.

Deductibles in health insurance: can the actuarially fire premium reduction exceed the deductible?

Health Policy 53 (2): 123-141, 2000

Economia del farmaco

EVANS C., CRAWFORD B.

Expert Judgement in Pharmacoeconomic Studies: Guidance and Future Use

PharmacoEconomics, 17 (6): 545-553, 2000

FOOTE M.S., ETHEREDGE L.

TRENDS: Increasing Use Of New Prescription Drugs: A Case Study

Health Affairs 19 (4): 165-170, 2000

MITCHELL J.M., ANDERSON K.H.

Effects Of Case Management And New Drugs On Medicaid AIDS Spending

Health Affairs 19 (4): 233-243, 2000

DIANA D., BRENNER G.

Importing budget systems from over countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholding?

Health Policy 52 (3): 157-170, 2000

ALMARSDOTTIR A.B., MORGALL J.M., BJORNSDOTTIR I.

A Question of Emphasis: Efficiency or Equality in the Provision of Pharmaceuticals

Health Planning and Management, 15 (2): 149-162, 2000

Valutazione economica delle attività sanitaria

BROUWER W.B.F., KOOPMANSCHAP M.A.

On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions

Journal of Health Economics, 19 (4): 421-438, 2000

ANIS A.H., GAGNON Y.

Using Economic Evaluation to Make Formulary Coverage Decisions: So Much for Guidelines

PharmacoEconomics 18 (1): 55-62, 2000

JOHNSON R.F., BANZHAF M.R., DESVOUGES W.H.

Willingness to Pay for Improved Respiratory and Cardiovascular Health: A Multiple-Format, Stated-Preference Approach

Health Economics 9 (4), 295-318, 2000

ELBASHA E.H.

Discrete Time Representation of the Formula for Calculating DALYs

Health Economics 9 (4), 353-366, 2000

WOO J., COCKRAM C.

Cost Estimates for Chronic Diseases

Disease Management and Health Outcomes 8 (1): 29-41, 2000

TENG S.T.O., WALLACE A.

One Thousand Health-Related Quality-of-Life Estimates

Medical Care 38 (6): 583-637, 2000

BENNAN A.M., AKEHURST R.

Modelling in Health Economic Evaluation What is its Place? What is its Value?

PharmacoEconomics 17 (5): 445-459, 2000

SHULPER M., FENWICK E., CLAXTON K.

Assessing Quality in Decision Analytic Cost-Effectiveness Models A Suggested Framework and Examples of Application

PharmacoEconomics 17 (5): 461-476, 2000

Analisi dei sistemi sanitari

GERDTHAM U.G., LOTHGREN M.

On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP

Journal of Health Economics, 19 (4): 461-476, 2000

POWELL M.

Analysing the «New» British National Health Service

Health Planning and Management, 15 (2): 89-102, 2000

MURRAY C.J.L., FRENK J.

A framework for assessing the performance of health systems

Bulletin of the World Health Organization, 78 (6): 717-731, 2000

REITER K.L., SMITH D.G., WHEELER J.R.C., RIVENSON H.L.

Capital Investment Strategies in Health Care Systems

Journal of Health Care Finance 26 (4): 31-41, 2000

ILIFFE S., MUNRO J.

New Labour and Britain's National Health Service: An Overview of Current Reforms

International Journal of Health Services 30 (2): 309-334, 2000

ANELL A., WILLIS M.

International comparison of health care systems using resource profiles

Bulletin of the World Health Organization, 78 (6): 770-778, 2000

Programmazione ed organizzazione del lavoro

MCKEE M., WAGHORN A.

Why is it so difficult to organise an outpatient clinic?

Journal of Health Services Research & policy 5 (3): 140-147, 2000

TARONI F., GRILLI R.

È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?

Politiche Sanitarie 1 (2): 64-76, marzo-aprile 2000

PREKER A.S., HARDING A., TRAVIS P.

«Make or buy» decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory

Bulletin of the World Health Organization, 78 (6): 779-790, 2000

GILMAN B.H.

Hospital Response to DRG Refinements: The Impact of Multiple Reimbursement Incentives on Inpatient Length of Stay

Health Economics, 9 (4): 277-294, 2000

SHYE D., PORATH A., BROWN B.J.

Adaptintg a national guideline for local use: a comparative case study in a US and an Israeli health maintenance organization

Journal of Health Services Research & policy, 5 (3): 148-155, 2000

SMITH D.G., WHEELER J.R.C., RIVENSON H.L., REITER H.L.

Financial Management in Leading Health Care Systems

Journal of Health Care Finance 26 (4): 19-30, 2000

RIVENSON H.L., WHEELER J.R.C., SMITH D.G., REITER K.L.

Cash Management in Health Care Systems

Journal of Health Care Finance 26 (4): 59-69, 2000

KOHN L.T.

Organizing and Managing Care in a Changing Health System

Health Service Research 35 (1): 37-52, 2000

Controllo di gestione e sistemi informativi

FELDMAN R.

The Ability of Managed Care To Control Health Care Costs: How Much Is Enough?

JHCF 26 (3): 15-25, 2000

M.N. MARSHALL, HTO DAVIES

Performance Measurement and Management of Healthcare Professionals: Some Topical Issues

Disease Management 7 (6): 305-314, 2000

CAREY K.

A Multilevel Modelling Approach to Analysis of Patients Costs Under Managed Care

Health Economics 9 (5): 435-446, 2000

ALEXANDER J.A., BRYAN J.W., SUCCI M.

Community Accountability among Hospitals Affiliated with Health Care Systems

Milbank Quaterly 78 (2): 157-184, 2000

Innovazione tecnologica

BAIRD P.A.

Genetic Technologies and Achieving Health for Populations

International Journal of Health Services, 30 (2): 407-424, 2000

WHOLEY D.R., PADMAN R., HAMER R., SCHWARTZ S.

The Diffusion of Information Technology among Health Maintenance Organizations

HCM Review 25 (2): 24-33, 2000

Altro

GRAY K.E., GHOSH D.

An empirical analysis of the purchaser-provider relationship in the NHS internal market

Journal of Management in Medicine, 14 (1): 57-68, 2000

OLSEN J.A.

A note on eliciting distributive preferences for health

Journal of Health Economics, 19 (4): 541-550, 2000

FRASER D.W.

Overlooked opportunities for investing in health research and development

Bulletin of the World Health Organization, 78 (8): 1054-1061, 2000

ASPETTI D'INTERESSE SUL TEMA DELLA TECNOLOGIA SANITARIA: VALENZA ORGANIZZATIVA DEL CONCETTO, TEMATICHE DI VALUTAZIONE, GESTIONE E STRATEGIA

Lisa Cosmi

Le modalità per la valutazione, acquisizione e gestione strategica della tecnologia disponibile da parte delle organizzazioni rappresenta da tempo una tematica chiave di studio di tutti i settori economici, poiché elemento di coesione delle diverse variabili interne all'azienda e naturale mezzo di collegamento con l'ambiente esterno nella produzione di un determinato prodotto o servizio. Questa bibliografia monotematica intende fornire alcuni riferimenti di base sulla gestione delle tecnologie sanitarie, procedendo secondo lo schema logico che presentiamo:

- impatto della tecnologia sui processi di produzione, tecnologizzazione e andamento della spesa sanitaria;
- rapporto tra tecnologia e struttura organizzativa;
- modelli di valutazione della tecnologia sanitaria;
- gestione e strategia della risorsa tecnologica all'interno delle organizzazioni.

L'innovazione tecnologica prodottasi a ritmi incalzanti ha prodotto senz'altro un impatto sui processi di produzione impensabile sino a qualche decennio fa. Le possibilità aperte dalle nuove applicazioni, in campo diagnostico e terapeutico, hanno prodotto un reale sconvolgimento sulla prestazione dei servizi sanitari nell'ambito dei diversi sistemi sanitari, producendo consistenti effetti sugli aggregati macroeconomico di spesa dei diversi sistemi-paese.

S'impone quindi la necessità di capire il rapporto tra «tecnologizzazione» (la crescente incidenza di tecnologie sanitarie innovative nella produzione dei servizi) e andamento della spesa sanitaria, chiarendo il ruolo giocato dal primo sulla vertiginosa espansione della seconda, e gli eventuali side effects di fattori noti o meno noti (invecchiamento della popolazione, cronicizzazione delle malattie sociali, sistemi di finanziamento dei sistemi sanitari, *supply-induced demand*). I riferimenti bibliografici proposti possono fornire un quadro teorico generale sull'argomento, utile per procedere poi con un *focus* gestionale.

Spostandosi da considerazioni a livello macro alle problematiche gestionali aziendali, un preliminare approfondimento riguarda la considerazione delle possibili correlazioni tra tecnologia e struttura organizzativa.

L'organizzazione (di qualunque tipo) deve essere in grado di gestire efficientemente il ruolo che la tecnologia svolge al suo interno, come asse di collegamento delle principali variabili organizzative (dimensione, struttura, cultura, strategia). In questo senso, forma, disponibilità e livello d'innovatività della tecnologia, in un dato momento e contesto, diventano variabili importanti tanto quanto le condizioni ambientali esterne nella determinazione dell'outcome della gestione.

La criticità della variabile tecnologica è l'effetto di una caratteristica posta alla ribalta da recenti studi gestionali e organizzativi proprio in questi ultimi anni: la multidimensio-

nalità della tecnologia, attributo che la pone come asse d'analisi principale dell'organizzazione. Multidimensionale è l'impatto che la tecnologia è in grado di creare su ogni elemento aziendale, permeandola interamente, costituendone il collante e il propulsore dell'attività. La tecnologia rappresenta una risorsa fisicamente tangibile e identificabile (banalmente, la parte *hard*) e contemporaneamente la risorsa organizzativa più astratta e smaterializzata, costituita dall'insieme delle conoscenze, dei processi, delle regole, e dallo stesso apprendimento dinamico della struttura. L'evoluzione multidimensionale del concetto di tecnologia è il prodotto di studi tradizionali che hanno posto l'attenzione sul rapporto di determinismo tecnologico tra tecnologia impiegata nella produzione e struttura organizzativa ottimale. L'organizzazione deve quindi sapersi dotare, partendo da un'analisi forte del proprio «technological core», di una struttura in grado di rivestire al meglio la sua anima tecnologica, in cui si trova e opera il segreto della sua unicità, la sua competitività e la sua sopravvivenza.

Il discorso, se vale per «la tecnologia», in generale, è tanto più valido per quello di tecnologia sanitaria. Nell'accezione multidimensionale, la tecnologia sanitaria svolge almeno quattro ruoli critici: è la risorsa primaria dell'attività medica, strumento che permette di svolgere i processi fisici caratteristici di diagnosi, terapia e riabilitazione del paziente; è una risorsa per il *management*, nella gestione della struttura organizzativa e del suo equilibrio; è una risorsa per l'interazione con l'ambiente esterno, base della forza contrattuale nei confronti dei soggetti esterni con cui questa si trova ad operare; infine, è il fattore competitivo chiave, poiché permette all'organizzazione di sopravvivere, avanzare e competere. In estrema sintesi, la tecnologia sanitaria costituisce una *enabling resource* dell'intera organizzazione.

Avendo come punto di riferimento le fasi del ciclo di vita della tecnologia sanitaria all'interno delle organizzazioni, un ulteriore approfondimento sulla gestione della risorsa tecnologica relativo agli aspetti di valutazione economica della tecnologia sanitaria. Tale processo di valutazione si basa su un modello a sua volta «multidimensionale», attualmente ampiamente condiviso, denominato «Health Technology Assessment» (HTA), che permette un superamento della visione limitata (dal punto di vista gestionale, n.d.r.) delle valutazioni sanitarie «pure». Questo è possibile grazie all'integrazione di nuove prospettive d'analisi (economica, etica, sociale) al processo di valutazione sanitaria, tradizionalmente focalizzata sul miglioramento della capacità di analisi dello stato del paziente (tecnologie diagnostiche) o sull'efficacia nella modificazione di tale stato (tecnologie terapeutiche). Quest'integrazione della valutazione sanitaria avviene secondo un percorso di selezione, raccordo e sintesi delle informazioni disponibili (HTA), non predefinito rigidamente, ma capace di aderire e modellarsi sullo specifico caso concreto. L'aspetto di valutazione economica è preminente ma mediato dalla presenza di più dimensioni d'analisi: la logica è che, data la scarsità di risorse, le alternative tecnologiche disponibili siano valutate in termini sia di costi che benefici. In seguito, il rapporto tra input impiegati e output ottenibili viene estrapolato attraverso tecniche estremamente diverse, in relazione a logica della ricerca, raffinatezza delle tecniche impiegate e delle variabili considerate.

Il vero momento di raccordo tra teoria e operatività aziendale è senz'altro definito dalle modalità di gestione della tecnologia sanitaria e del suo impatto, tramite l'elaborazione delle strategie tecnologiche dell'azienda. Riconoscendo la forza con cui la tecnologia sanitaria permea l'organizzazione si comprende perché è necessario avere strumenti di gestione appropriati, soprattutto per le decisioni d'investimento (acquisizione e implementazione). È necessario che l'azienda elabori opportune strategie (strategie tecnologiche), aventi per oggetto gli investimenti in tecnologia, in relazione al grado d'innovazione dell'acquisizione per l'organizzazione e agli obiettivi aziendali nell'ambito del proprio sistema competitivo. Presentiamo quindi una sintesi degli studi organizzativi e gestionali, tradizionali e più re-

centi, che hanno concentrato la propria attenzione proprio sulla variabile tecnologica. Vogliamo infine ribadire quanto proprio la risorsa tecnologica sia stata capace d'imporsi, nel quadro dell'evoluzione e dei complessivi cambiamenti interni ai moderni sistemi di fornitura dei servizi sanitari, come la variabile chiave dell'evoluzione avvenuta e di quelle prevedibili nel futuro più immediato.

Bibliografia sul tema dell'impatto economico delle nuove tecnologie sui moderni sistemi sanitari

BARROS P.P.

The black box of health care expenditure determinants
Health Economics, n. 7, Settembre 1998

COCHRANE A.

Effectiveness and Efficiency
Abingdon, Burgess & Son, UK, 1972

CSA (CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA)

L'impatto economico dell'evoluzione tecnologica: aspetti di valutazione
Temi di Discussione, n. 5, Febbraio 1999

EUR-ASSESS

Report from the EUR-ASSESS Project
International Journal of technology assessment in Health Care, vol. 13, n. 2, 1997

EVANS R.G.

Supplier-induced demand: some evidence and some implications
Perlman M. (a cura di), «The Economics of health and medical care», Macmillan Ed., 1974

GEISLER E., HELLER O.

The Technology Imperative
«Management of Medical Technology. Theory, Practice and Cases», Kluwer Academic Publishers, 1998

GERDTHAM U.G. ET AL.

A pooled cross-section analysis of the health care expenditures of the OECD countries
Health Economics Worldwide, Kluwer Academic Pub., 1992

GILARDONI E.

La tecnologia e l'innovazione
Economia delle Aziende industriali e commerciali, Ed. Egea, 1992

JACOB R., MCGREGOR M.

Assessing the impact of health technology assessment
International Journal of Technology Assessment in Health Care, n. 13: 1, pp. 68-80, 1997

MAXWELL R.J.

Health and wealth. An international study of health care spending
Lexington Books Ed., 1981

NEWHOUSE J.P.

Medical Care costs: how much welfare loss?
Journal Of Economic Perspectives, n. 6, 1992

NEWHOUSE J.P.

US and UK health Economics
Health Economics, n. 7, suppl. 1, Agosto, 1998

OTA, U.S. CONGRESS

Identifying Health Technologies that Work: Searching For Evidence
OTA-H-608, US Government Publishing Office, 1991

SOLOW R.

Technical change and the aggregate production function
Review of Economics and Statistics, vol. 39, n. 3, 1957

VIBERTI G.

Alcune ipotesi per un'interpretazione dei differenziali di spesa: i gruppi omogenei di USL
Atti del 1° Workshop di Economia Sanitaria, Roma, 7-8 Maggio 1992, Giuffrè Ed., 1993

ZELTMAN G.

Innovations and Organisations
Wiley & Son Ed., New York, 1973

Bibliografia sulla valutazione delle tecnologie biomediche

AMERICAN INSTITUTE OF MEDICINE

Assessing medical technologies
National Academy Press, Washington D.C., 1985

BANTA H.D., LUCE B.R.

Health care technologies and its assessment
Oxford Medical Publications, 1993

BORGONOV E., DEL VECCHIO M., FAZIO F.

Le valutazioni economiche nella gestione delle tecnologie
Sanare Informos 1994, n. 19, pagg. 66-67, 1994

BORGONOV E.

Il dilemma dell'economicità da perseguire nell'acquisto di tecnologie tra costo e beneficio

Atti del convegno «Per una tecnologia amica: acquisto e uso», 22 Aprile 1998, Roma

CSA (CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA)

L'impatto economico dell'evoluzione tecnologica: aspetti di valutazione

Temi di discussione, n. 5, Febbraio 1999

DEBER R.

Translating Technology assessment into policy: Conceptual Issues and Tough Choices

International Journal of Technology Assessment in Health care, n. 8, 1992

DEL VECCHIO M.

La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire

Mecosan, n. 1, sez. 1^a, 1992

DONALDSON M., SOX H. (A CURA DI), PER INSTITUTE OF MEDICINE
Setting priorities for health technologies assessment. A model process

National Academy, 1992

DONALDSON M.S., SOX H.C.

Setting priorities for health technologies assessment. A model process

National Academy Press, Washington D.C., 1992

DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W.

Methods for the economic evaluation of health care programs

Oxford University Press, 1987

GOODMAN CS., AHN R.

Methodological approaches of health technology assessment

International Journal of Medical Informatics, 1999 Dec; 56(1-3): 97-105

OTA

Development of medical technologies: opportunities for assessment

U.S. Government Printing Office, 1976

PERRY S., GARDNER E., THAMER M.

The status of health technology assessment worldwide

International Journal of Technology Assessment in Health Care, n. 13: 1, pp. 81-98, 1997

SLOAN F.A.

Valuing health care. Cost, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technology

Cambridge University Press, 1995

SZCZEPURA A.K.

Health Care Technology Assessment In Europe: Training For The Future

Comett-Assess, Centre For Health Services Studies, University Of Warwick, Uk, 1993

SZCZEPURA A.K.

Interests In Health Care Technology Assessment and HCTA training needs in eight European countries

COMET-ASSESS, Social Science and Medicine, Economic Appraisal and Special Issues, n. 38, pagg. 1679-88, 1994

SZCZEPURA A., KANKAANPAA J.

Assessment Of Health Care Technologies. Case Studies, Key Concepts And Strategic Issues

Wiley Ed. 1996

WEINSTEIN M., RUSSELL L.B., SIEGEL J.E., GOLD M.R.

Cost effectiveness in health and medicine

Oxford University Press, New York, 1996

WILLIAMS A.

The role of economics in the evaluation of Health Care Technologies

Culyer A.J. e Horisberg B., «Economic and medical evaluation of Health Care Technologies», Ed. Springer-Verlag, 1983

Bibliografia sul tema del ruolo organizzativo e della gestione strategica della tecnologia sanitaria

AA.VV. PER INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION (IHF)

Hospital Management International 1991

IHF Council 1991, London, 1991

BUNGELMAN R., MAIDIQUE M., WHEELWRIGHT S.

Strategic Management of technology and innovation

Seconda edizione, Chicago, Irwin, 1996

CASTELLANI V., BISSOLI L. ET AL.

Sviluppo di un protocollo tecnico-gestionale per la programmazione e ottimizzazione delle apparecchiature elettromedicali nella struttura sanitaria: criteri di valutazione per sostituzione e innovazione in termini di affidabilità, sicurezza e costi di gestione
Ricerca sui Servizi Sanitari, vol. 2, n. 1, 1998

CLARK J.

Personnel Management, Human Resource Management And Technical Change

«Human Resorce Management And Technical Change», Sage Publ., Londra, 1993

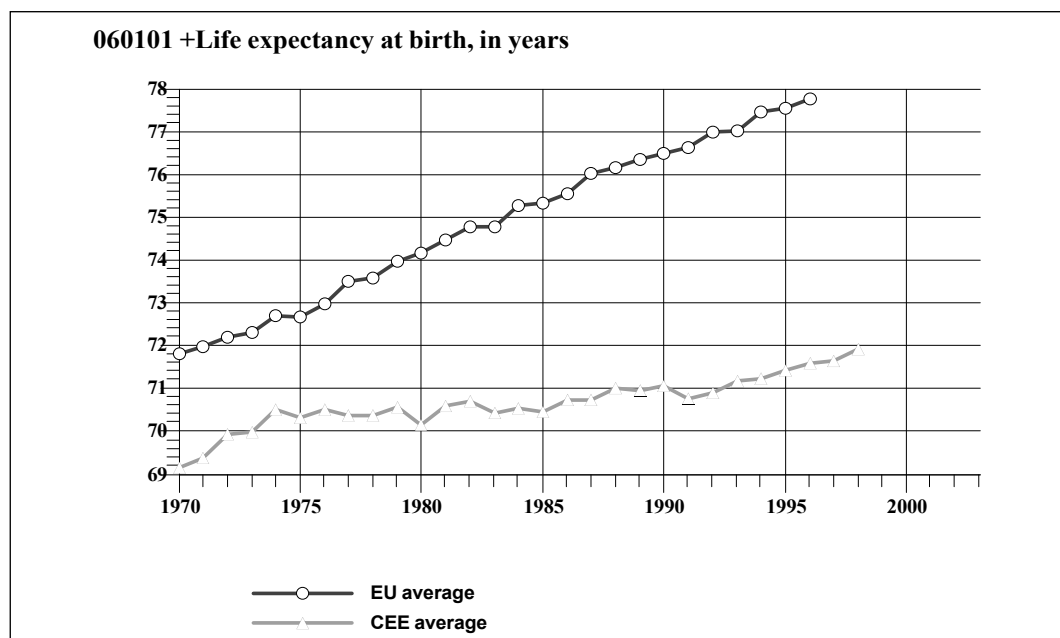
- CLARK J., MCLOUGHLINE, ROSE H., KING R.
The process of technological change: new technology and social choice in the workplace
Cambridge University Press, 1998
- DEL VECCHIO M.
Gestione del fattore tecnologico
Ottone G., «Servizi ospedalieri di diagnostica strumentale», Ed. Centro Scientifico, 1994
- DUNCAN J., GINTER P., SWAYNE L.
Strategic management of health care organizations
Seconda Edizione, Cambridge, MA, Blackwell, 1995
- EARL M.J.
Management Strategies For Information Technology
Prentice Hall Publ., Hempstead-Hall, 1989
- EDOSOWMAN J.
Integrating Innovation And Technical Management
Wiley & Son Ed., New York, 1989
- GEISLER E., HELLER O.
Strategic management of medical technology
Management of Medical Technology. Theory, Practice and cases, Kluwer Academic Publ., Boston, 1998
- GREER A.
Rationing medical technology; hospital decision-making in the U.S and England
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 3, n. 3, 1987
- KIMBERLY J., ZAJAC E.
Strategic adaptation in health care organizations: implications for theory and research
Medical Care Review, vol. 47, n. 2, 1985, pagg. 267-302
- LUKE R., BEGUN J.
Strategy making in health care organizations
Shortell S., Kaluzny A., «Health care management: organization, design and behavior», Delmar Publ., Albany, NY, 1994
- PORTER M.
Technology and competitive advantage
Journal of Business strategy, n. 5 (3), 1985
- PRAHALAD C., HAMEL G.
The core competence of the organization
Harvard Business Review, vol. 68, n. 3, 1990, pagg. 79-93
- PREECE D.
Organizations and technical change
Routledge Ed., 1995
- PREECE D.
Managerial strategies in adopting new technology
«Organisations end technical change. Strategy, objectives and involvement», Routledge Ed., New York, 1995
- SANKAR Y.
Management Of Technical Change
Wiley Interscience Publications, Wiley & Son Ed., 1978
- THOMPSON J.
Organisations in Actions
McGraw Hill, 1967
- TUSHMAN M., ANDERSON P.
Technological change and organizational environment
Administrative Science Quarterly, vol. 31, n. 4, 1986
- WOODWARD J.
Industrial Organization: Theory and Practice
Oxford University Press, 1985

TESI DI LAUREA

Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni» di Milano. Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali. A.A. 1999-2000. Relatore Elio Borgonovi. Correlatore Giovanni Fattore

SISTEMI SANITARI IN TRANSIZIONE: IL CASO DELLA FEDERAZIONE RUSSA di Francesca Ortu

Fino alla caduta del muro di Berlino l'Europa è stata divisa per circa 50 anni in due blocchi che hanno sviluppato un proprio sistema politico-economico e conseguentemente anche sanitario. Ed è proprio in questo settore (nel quale le soluzioni adottate si sono sempre basate sui fallimenti di mercato e sull'intervento degli Stati come soggetti regolatori ed erogatori di assistenza) che le esperienze maturate dai Paesi dell'Est e Ovest possono trovare un oggetto di confronto per il soddisfacimento di interessi comuni. L'occasione è rappresentata in particolare dalla transizione dei sistemi sanitari dell'Est, dei quali quello russo vuole esserne un esempio, avviata insieme ad altri provvedimenti legislativi quando ci si è resi conto che, insieme alla transizione economica, politica e sociale, si era manifestato un preoccupante declino dell'aspettativa di vita della popolazione (395 milioni di persone nell'Europa Centro Orientale contro i 350 milioni dell'Unione Europea).



La decisione di intervenire sui sistemi sanitari nonostante l'aspettativa di vita dipenda da un insieme di fattori quali lo stile di vita, il reddito, l'inquinamento ambientale e l'ambiente lavorativo, è imputabile al fatto che si ritenga che la qualità dell'assistenza sanitaria possa influire positivamente sulla salute pubblica. In particolare, il caso del sistema sanitario russo è rappresentativo perché, per anni è stato un modello di riferimento nell'Est e perché conseguentemente, le problematiche da esso sorte sono comuni alla gran parte di quei Paesi dell'Est che oggi si trovano a gestire questo tipo particolare di transizione. È sufficiente ricordare che, il sistema sanitario sovietico, incentrato sul concetto di salute come bene collettivo, e non come diritto individuale, si era trasformato con gli anni in una macchina organizzativa (impennata sul modello Semashko) caratterizzata da un'eccessiva capacità ospedaliera, da un elevato numero di specialisti, dal sottopotenziamento dell'assistenza primaria, dal sottofinanziamento, e da problemi di accessibilità. A causa di tali rigidità strutturali il modello Semashko si era dimostrato pertanto incapace di guidare il Paese verso la conclusione della transizione epidemiologica, caratterizzata dall'aumento delle patologie croniche su quelle acute. Essendo quest'ultimo un fenomeno comune a tutti i paesi industrializzati si spiega come mai siano state prese da esempio le esperienze dei Paesi Occidentali, impegnati sin dagli anni nella problematica gestione della transizione epidemiologica attraverso il riordino dell'attività di assistenza e cura nelle strutture sanitarie di primo e secondo livello.

La celerità con cui è stata avviata la riforma russa nei primi anni '90, è imputabile verosimilmente anche all'utilizzo strumentale che se ne è fatto al fine di legittimare la svolta ideologica (rappresentata dalla transizione verso il mercato) e quella politica (la cesura col passato). La riforma, incentrata sul sistema di finanziamento, si rifà prevalentemente al cosiddetto modello bismarckiano, di tipo contrattualistico (e non più integrato come quello Semashko), ispirato ai principi di solidarietà e di sussidiarietà. Si caratterizza inoltre per l'ambizione di voler realizzare un sistema impennato contemporaneamente su due principi di scelta, dell'assicuratore e dell'erogatore, che potrebbero coesistere solo in presenza di una fitta rete di rapporti contrattuali, tuttora inesistenti, e in un solido contesto di economia di mercato. Allo stato attuale della riforma, invece, la possibilità di scegliere il soggetto assicuratore è stata finora preclusa dalla presenza di un numero limitato di compagnie nella gran parte delle 89 Regioni della Federazione Russa. Diversamente, nelle regioni caratterizzate da una pluralità di compagnie assicurative, la formazione di un mercato assicurativo è stata ostacolata attraverso accordi collusivi tendenti alla spartizione delle aree di influenza attraverso la stipulazione di contratti di esclusiva tra le compagnie e i soggetti erogatori. L'applicazione del principio della libera scelta del luogo di cura avviene invece con grosse difficoltà nelle aree rurali, nelle quali la densità della popolazione è più bassa, e dove quindi i pochi presidi sanitari esistenti, tutti di proprietà degli enti locali o regionali, beneficiano della posizione dominante tipica di un regime di monopolio naturale o di concorrenza monopolistica, garantita in questo caso dalla presenza di elevate barriere all'entrata. Nei centri urbani, invece, le possibilità di scelta si sono rivelate più ampie e hanno riguardato in generale sia le strutture di base che ospedaliere.

Appare ormai chiaro come il sistema sanitario russo, così come progettato dai suoi ideatori, sta incontrando grosse difficoltà nella fase di implementazione. Ciò che stenta maggiormente a decollare è infatti il nuovo meccanismo di finanziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera. Il primo genere di attività dovrebbe essere finanziata esclusivamente attraverso le risorse raccolte tramite la tassazione generale; la seconda attività dovrebbe essere finanziata attraverso dei Fondi locali costituiti dalla sommatoria dei contributi versati da un lato dagli stati federali (per le fasce socialmente deboli) dall'altra dai lavoratori dipendenti e autonomi. I Fondi locali, a loro volta, dovrebbero allocare le risorse tra le compagnie assicurative in funzione del numero di cittadini iscritti nel portafoglio clienti di ciascuna.

Il fallimento di tale meccanismo di finanziamento e raccolta delle risorse è da imputarsi pertanto alla debolezza della classe media e alla lenta crescita del PIL russo, che ha portato a riscuotere (anche a causa del fenomeno evasivo) un ammontare di imposte effettive inferiore a quelle stimate per la durata ipotetica della transizione economica. La situazione si è poi aggravata in primo luogo, a causa degli abusi perpetrati dalle assicurazioni, ree di aver investito le risorse budgetarie in attività speculative; in secondo luogo, a causa del ricorso principio del *consumer-led* per l'assegnazione delle risorse ai soggetti erogatori, che ha contribuito a trasformare le assicurazioni in uffici amministrativi responsabili per i pagamenti. A tal punto non sembra azzardato sostenere che, se in fase di ideazione e progettazione del modello, si fosse tenuto maggiormente conto dei vincoli ambientali, si sarebbe potuto evitare, innanzitutto, il ricorso ad un modello eccessivamente complesso e conseguentemente, la formulazione di previsioni eccessivamente rosee. Tali vincoli possono essere definiti come segue:

— le condizioni socioeconomiche della popolazione, che, essendo assai disagiate, hanno determinato un eccesso di domanda di assistenza sanitaria, a sua volta limitata nella quantità e qualità a causa della scarsa capacità di finanziamento del sistema;

— le condizioni politico-amministrative. L'esistenza di un ordine di natura federale, nel quale le competenze decisionali e fiscali sono allocate tra i diversi livelli legislativi, ha imposto la scelta di un sistema decentrato. Mentre, l'instabilità politica, caratterizzata dal continuo avvicinarsi dei governi, ha intralciato a sua volta il processo di stabilizzazione macroeconomica;

— le condizioni culturali e ideologiche. Cancellare consuetudini che avevano dominato il paese e la popolazione per circa 70 anni; pertanto le scelte radicali, seppur volute come segnale di cesura col passato, hanno prodotto degli effetti devastanti su chi non è stato capace di adattarvisi.

Il caso del sistema sanitario russo potrebbe essere definito per questo motivo come un caso di meta-transizione, ovvero di transizione nella transizione. Tale espressione si presta infatti a rappresentare la complessità della transizione di un sistema, quello sanitario russo, che avviene in un contesto ambientale (politico ed economico) altrettanto mutevole e dinamico perché anch'esso in transizione. In un quadro del genere, nel quale i sistemi sono legati da rapporti istituzionali e non, diventa infatti difficile capire quali possano essere le relazioni di causa ed effetto ma soprattutto quali strumenti possano essere inseriti in questo schema di interrelazioni per dar vita a circoli virtuosi. Dal modo in cui si sono susseguiti gli eventi si evince che, nella fase di progettazione, la riforma era stata considerata come un processo tecnico e non anche politico economico, trascurando il fatto che quest'ultimo aspetto è forse anche più importante del primo. C'è a tal proposito chi sostiene che tali responsabilità vadano ricercate nel modo in cui la Banca mondiale ha svolto l'attività di consulenza nei primi anni '90.

Al di là però dei modelli formali, si può affermare che in Russia, per effetto della decentralizzazione amministrativa e del sistema fiscale, si sta formando un sistema sanitario dualistico che può essere considerato come il frutto di meccanismi di aggiustamento locali, avvenuti in considerazione del contesto geografico, reddituale, politico.

Nelle aree urbane, densamente popolate, si sta affermando un modello contrattuale di tipo assicurativo, in cui i servizi sono organizzati, gestiti ed erogati da strutture non governative, quali le compagnie assicurative, che altrove sono rappresentate dai fondi, dalle associazioni mediche territoriali ecc.

Nelle zone rurali invece, scarsamente popolate, sta prendendo forma un sistema sanitario misto, molto simile al quello integrato, caratterizzato dalla presenza esclusiva del Fondo locale che, agendo come autorità distrettuale, compra i servizi dai presidi sanitari senza l'intermediazione delle compagnie assicuratrici.

La creazione di un sistema duale di questo tipo non dovrebbe essere ostacolato, ma dovrebbe essere visto come un beneficio portato dall'applicazione decentrata di una legge, possibile grazie alla natura federale della Federazione Russa, fino ad ora danneggiata da questa sua condizione, che aveva portato al fallimento di molti progetti di innovazione.

La crisi del 1998, nata come una crisi finanziaria trasformatasi poi in crisi economica, si è abbattuta sulla popolazione russa, con una violenza che può essere comparata a quella della crisi del 1992, meno inaspettata perché più prevedibile.

Questa volta ad essere colpita è stata soprattutto la classe media, che stava lentamente affiorando in questi anni di transizione e che era stata la fautrice della ripresa della domanda di consumi e che più è stata colpita dalla nuova ondata di inflazione.

Solo recentemente, da quando la Russia, grazie alla salita dei prezzi del petrolio nell'autunno 1999, ha avuto la possibilità di aumentare nelle proprie casse le riserve di valuta pregiata, si stanno ponendo le basi per una possibile ripresa, che dipende però dall'uso che ne vorrà fare il governo in carica, guidato dal marzo 2000 da Vladimir Putin.

Tesi di laurea presentata all'università «L. Boccioni» di Milano. Corso di laurea in Economia delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni internazionali. A.A. 1999-2000. Relatore Elio Borroni. Correlatore Giovanni Fattore

LIBERTÀ DI SCELTA NEL SETTORE ASSICURATIVO IN SANITÀ: COSA LE RIFORME OLANDESI POSSONO INSEGNARE ALL'ITALIA

di Pietro Maria Testai

A causa dei vincoli di bilancio sempre più stringenti e della crescente insoddisfazione espressa dagli utenti nei confronti dei servizi sanitari disponibili, numerosi paesi industrializzati hanno avviato in questi ultimi anni profondi processi di riforma. I nuovi modelli sanitari adottati o progettati si sono posti un duplice obiettivo: da un lato, il mantenimento o il rafforzamento dei principi solidaristici sottostanti il sistema sanitario e, dall'altro, l'introduzione di meccanismi pro-concorrenziali volti a migliorarne la produttività. Siamo di fronte ad un settore, quello sanitario, che per sue caratteristiche appare affetto dai tipici problemi di fallimento del mercato: parliamo in questo caso di monopoli, beni pubblici, esternalità, asimmetrie informative, complessità ed incertezza del mercato. Questo studio, nella sua fase iniziale, si propone di individuare i principali filoni di ricerca che indagano il processo teorico di scelta del consumatore di servizi sanitari e di esaminare quali siano i fattori che determinano e condizionano la sua domanda, nonché le modalità attraverso cui il paziente stesso può condizionare l'offerta. L'obiettivo è quello di fornire un inquadramento generale che giustifichi ed orienti l'analisi che sarà sviluppata nei capitoli successivi quando si studieranno le due realtà del Sistema sanitario olandese e del Servizio sanitario nazionale.

La generalizzazione del processo di scelta del consumatore sanitario non è facilmente raggiungibile in un contesto in cui il suo comportamento si modifica in relazione al grado di incertezza che lo caratterizza, al tipo di informazioni in suo possesso, alla patologia da trattare, al rapporto che si instaura con il medico ed al contesto istituzionale in cui avviene la scelta. Il caso del mercato assicurativo si presenta come l'esemplificazione di tale particolare realtà, essendo, secondo la letteratura teorica di analisi delle dinamiche competitive, caratterizzato da un elevato livello di imperfezione informativa, tanto dal lato della domanda quanto da quello dell'offerta. Lo studio della libertà di scelta del consumatore di un proprio pacchetto assicurativo, appare quindi particolarmente complesso: ciò nondimeno in numerosi contesti istituzionali questo è stato ritenuto in prima istanza un problema di ordine morale ed un interesse di carattere generale nel garantire un'elevata qualità dei servizi sanitari ed una generale capacità di accesso agli stessi. Il consumatore con le proprie decisioni di ac-

quisto, decidendo come e a chi dare il proprio denaro, ha un potere indipendente da quello esercitato dagli assicuratori e dai fornitori. Questo è il loro reale potere e questa la loro reale libertà, e le riforme degli anni '90 hanno tendenzialmente tentato di accrescere la scelta del consumatore, implementando una serie di meccanismi i cui benefici effetti dipendono e dipenderanno proprio dalle scelte dei pazienti. Ma le imperfezioni dei mercati sanitari, l'atteggiamento paternalistico dei governi, il diffuso potere dell'apparato statale e l'esteso potere economico degli assicuratori e dei fornitori, in realtà limitano fortemente il potere di influenza dei consumatori. Esistono altresì considerazioni di ordine morale che conducono a ritenere un imprescindibile libertà individuale il poter scegliere, quasi come una componente del vivere di ognuno. Il fatto però, che questa libertà venga ridotta tramite politiche pubbliche, non vuol dire, necessariamente, che venga contestualmente ridotta la libertà di ognuno, ma anzi l'attuazione di talune politiche pubbliche è tale da accrescere la libertà di scegliere di vivere come si desidera, limitando l'obbligo di affrontare anche quelle scelte magari considerate banali o noiose oppure, più semplicemente, troppo complesse.

Questa rilettura del concetto di libertà ci porta a considerare allora uno ad uno tutti i campi in cui l'eventuale fruitore di servizi sanitari si troverebbe a scegliere. Se questa scelta infatti si effettua su tipo di cure, tipo di strutture, ed allocazione di risorse finanziarie, appare evidente che spesso il consumatore si potrebbe trovare a dovere effettuare scelte per le quali non detiene conoscenze sufficienti affinché le stesse siano ponderate ed equilibrate. Se da un lato è vero che un'efficiente informazione è in grado di risolvere molti dei problemi di questo tipo dal lato economico-finanziario, è altrettanto vero che non esiste informazione sufficiente a rendere il paziente conscio delle proprie scelte di carattere medico. Non potendo così il singolo individuo scegliere facilmente ed oculatamente il proprio piano di cure, non potendo così individuare facilmente la struttura o il medico che meglio risponde alle esigenze della propria patologia, difficilmente lo stesso potrà essere davvero libero nell'effettuare ad esempio la scelta del proprio piano assicurativo, in quanto questa non è una scelta dal solo significato economico (premio da dover corrispondere all'agenzia), ma è anche e soprattutto la ponderazione tra necessità e bisogno di cure mediche da un lato, e disponibilità e possibilità a pagare dall'altro.

Questa è la teoria che si vuole proporre in questo lavoro attraverso l'analisi di due differenti scenari nazionali: il caso del sistema sanitario olandese ed il caso del servizio sanitario nazionale italiano. La scelta di questi due contesti è stata dettata, per il primo caso dall'elevato sviluppo del mercato assicurativo sanitario, e per il secondo caso, quello italiano, per l'estrema attualità che il tema della assicurazione malattia sembra rivestire oggi nel nostro paese per diversissime ragioni. È chiaro che l'Italia non può rimanere estranea rispetto un progetto di riforma che nell'ultimo decennio ha investito la maggior parte delle realtà europee. Così come è chiaro che ridisegnare nuove strategie di organizzazione del Servizio sanitario nazionale incentrate sulle aspettative dei pazienti è auspicabile. Ma in Italia questa sembra una situazione difficilmente attuabile ed uno stato poco desiderabile. Oltre infatti a ritenere che la libertà non sia sempre desiderabile, in quanto a volte anche «svantaggiosa», soprattutto se non vi è perfetta e completa informazione sulle scelte possibili, esiste un grosso problema di carattere culturale. La libertà di scelta è vista, ed in Olanda è stata, un principio tale da incrementare la competizione tra i fondi assicurativi, aumentando le possibilità di copertura e diminuendo i premi. Ma in Olanda il sistema di informazione e pubblicizzazione è particolarmente attivo e la mentalità economico-calvinista particolarmente viva. Non ritengo che in Italia siano ad oggi presenti condizioni tali da garantire che l'esplicitazione di tale principio possa aumentare la competizione tra le compagnie assicurative ed una conferma viene dal settore delle assicurazioni auto, dove la liberalizzazione non ha fatto altro che aumentare i premi, prima calmierati per l'intervento dello Stato. Resta ferma però la considerazione della libertà di scelta come valore umano ed individuale, e quindi, in quanto tale

come valore desiderabile, ma solo a condizione che vengano creati strumenti tali da rendere le scelte dei consumatori consapevoli e ragionate. Questo non è del tutto sconosciuto al legislatore italiano, il quale, ha cercato di supplire alla mancanza di informazione adeguata del nostro sistema, esplicitando tale libertà nei due ultimi interventi riformatori, ma di fatto limitandola fortemente con l'istituto dell'«accreditamento istituzionale».

Lo studio di un realtà molto diversa da quella italiana, ma contemporaneamente molto avanzata e complessa, può aiutare a capire quale strada dovrebbe essere intrapresa laddove si voglia come recentemente proposto, sviluppare un vero e proprio mercato delle assicurazioni private parallelo alla classica assistenza pubblica. Ma può anche aiutare a capire quanto difficile sia questo passaggio per un contesto istituzionale quale quello italiano, dove il bene salute e la sua tutela è stato da sempre ritenuto puro appannaggio statale. L'ipotesi conclusiva sostenuta è che se si intende introdurre la «novità» dei fondi integrativi così come previsto dai decreti 502/92 e 229/99, tale innovazione potrebbe essere un'occasione di rivisitare il contesto economico-normativo in cui la medesima verrebbe a collocarsi. Se si rivedesse tale contesto, tracciando in modo netto i confini del pubblico e del privato, e, quindi, decidendo realmente quali sono i livelli obbligatori di assistenza garantiti, i fondi integrativi, date le specifiche fattispecie e regole di applicazione, potrebbero svolgere un ruolo positivo tale da esplicitare questa libertà di scelta che tutt'oggi non sembra caratterizzare il nostro sistema.