

**Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# IL REGOLAMENTO IN MATERIA DI COMPATIBILITÀ DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO

Luciano Bocchi<sup>1</sup>, Rosa Magnoni<sup>2</sup>, Oriana Roncarolo<sup>3</sup>, Claudio Viola<sup>4</sup>, Aldo Webber<sup>5</sup>

Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento

1 Ufficio affari legali

2 Servizio Risorse umane

3 Servizio Amministrazione di Distretto

4 Servizio Amministrazione del Personale

5 Servizio Organizzazione

**SOMMARIO:** 1. Le ragioni che hanno condotto ad adottare un Regolamento in materia di incompatibilità presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento - 2. Il controllo ispettivo nell'A.p.s.s. trentina - 3. Un possibile significato regolamentare al concetto di «conflitto di interessi» - 4. Temi aperti - Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'azienda provinciale per i servizi sanitari e anagrafe degli incarichi.

## 1. Le ragioni che hanno condotto ad adottare un Regolamento in materia di incompatibilità presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento

Il Servizio sanitario nazionale è uno dei comparti pubblici che, quanto o forse più di altri comparti quali quello universitario, scolastico, ecc. assume, forma e gestisce tutta una serie di professionalità molte delle quali, pur diverse fra di loro, acquistano nel corso del loro percorso lavorativo un forte spessore professionale in quanto parti attive del pianeta sanità.

Ovviamente ciò ha costituito e costituisce condizione sufficiente per far sì che tali professionalità siano fortemente contese, sia dal singolo cliente che da altro ente pubblico o privato, ed abbiano conseguentemente forti possibilità di svolgere attività extraistituzionali.

La questione ha peraltro assunto contorni assai vasti, sia in termini di carico di lavoro potenzialmente deducibile che di categorie professionali coinvolte, dirigenziali e non, per la costante riduzione nel tempo dell'orario

settimanale istituzionalmente dovuto e per l'introduzione del rapporto a tempo parziale nell'ambito delle Pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 56 ss., L. n. 662/96).

È allora il caso di ricordare i grandi settori di attività extraistituzionale storicamente presenti nel Servizio sanitario nazionale.

### *L'attività libero professionale della dirigenza sanitaria*

Dalla primissima legge che disciplinava tale attività (L. 17 luglio 1890, n. 6972) alla recentissima riforma sanitaria *ter* (DL.vo 19 luglio 1999, n. 229) sono trascorsi 109 anni, nel corso dei quali vi è stata una costante ricerca di regole costruite su di un terreno di consenso fra chi — il legislatore — voleva disciplinare la materia salvaguardando *in primis* le attività istituzionali e chi — i medici — volevano trarne delle opportunità di arricchimento professionale e di soddisfazione economica.

Tutti i provvedimenti varati nel tempo sulla materia dimostrano peraltro come alcuni principi non sono mai

stati smentiti, anzi sono stati rafforzati e resi sempre più forti, adeguandoli alle nuove esigenze dell'organizzazione del lavoro ed all'impostazione più o meno rigida che i governi che si sono succeduti hanno dato all'istituto sino all'introduzione, seppur in forma graduale, del concetto di rapporto di lavoro esclusivo anche per il personale dirigente sanitario (riforma sanitaria *ter*).

Il primo punto fermo è che la libera professione intramurale deve essere svolta all'interno di regole di esercizio, imponendo alle amministrazioni di individuare gli spazi separati, idonei e distinti destinati alla libera professione intramurale sia ambulatoriale che in costanza di ricovero, nonché la previsione di un tariffario aziendale con una quota degli introiti a beneficio dell'Azienda. Al riguardo è importante che le aziende prestino particolare attenzione, all'interno delle precitate regole di esercizio, anziché ai soli vincoli, alle opportunità dalle medesime offerte, utilizzando quindi l'istituto per arricchire l'offerta sanitaria resa in sede istituzionale e per stimolare i propri professionisti ad esercitare la libe-

ra professione all'interno delle mura aziendali.

L'Azienda trentina, pur con qualche limite nell'organizzazione — con particolare riferimento all'individuazione di spazi idonei della libera professione in costanza di ricovero — ha sempre teso ad una applicazione dell'istituto in forma pro attiva nei confronti della dirigenza sanitaria, arrivando ad una percentuale superiore al 94% dei medici intramuralisti — annovera infatti solo 47 medici extramuralisti rispetto agli oltre 800 medici in servizio.

Sono però punti altrettanto fermi anche quelli che prevedono:

— che i dirigenti sanitari che svolgono la l.p. intramuraria non possono svolgere altra attività sanitaria a titolo non gratuito (L. 23 dicembre 1998, n. 448);

— che la libera professione extramuraria non può essere esercitata presso strutture pubbliche o private accreditate (L. 23 dicembre 1996, n. 662);

quanto precede a pena dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di concorrenza sleale verso l'Azienda dalla quale il dirigente sanitario dipende.

#### *Le attività di consulenza del personale dirigente e non*

Su tale istituto non si evidenziano problemi con riferimento al regime dell'incompatibilità in quanto trattasi di attività previste da uno specifico accordo bilaterale fra l'Azienda e l'ente richiedente, all'interno del quale è puntualmente disciplinata la natura delle prestazioni rese, le modalità organizzative, i compensi ecc. nel rispetto della normativa, anche contrattuale, vigente (C.C.N.L. 8 giugno 2000 delle aree dirigenziali).

#### *Incarichi extraistituzionali soggetti e non soggetti al regime delle autorizzazioni*

Mentre le due precedenti fonti di attività professionale sono, come già anticipato, puntualmente normate, sia a livello legislativo che contrattuale, risultando di conseguenza chiaro quali sono le attività in potenziale conflitto di interessi con l'Azienda, quella degli *altri incarichi non compresi fra i compiti e doveri di ufficio* è una materia dai contorni molto vasti in quanto interessanti tutte le professionalità del comparto e come tale di difficile gestione anche solo amministrativa del fenomeno.

Tale materia, fra la fine del 1996 e la metà del 1998, è andata incontro ad una generale risistemazione normativa (art. 58 del D.L. vo 29/93, modificato dal D.L. vo 80/98, ora ricompresi nel T.U. di cui al D.L. vo 165/2001) che ne prevede il regime autorizzatorio — con la indicazione delle esclusioni oggettive — e la previsione di una anagrafe degli incarichi a cura delle Pubbliche amministrazioni.

L'esperienza recente dell'Azienda sanitaria trentina sulla materia ha confermato le difficoltà nella gestione amministrativa del fenomeno che vede coesistere il principio generale dell'incompatibilità fra il rapporto di pubblico impiego e l'espletamento di altre attività professionali, con la possibilità di assumere incarichi extraistituzionali di volta in volta autorizzati: è proprio nella valutazione dei singoli casi che si sono riscontrate le maggiori difficoltà per carenza di criteri pre-determinati e trasparenti di giudizio.

Da qui l'esigenza di doversi munire di una regolamentazione preventiva tale da costituire la base per le decisioni future, da verificare comunque caso per caso secondo una logica non punitiva, consapevoli dell'impossibilità di

definire una casistica esaustiva sull'intera materia.

## **2. Il controllo ispettivo nell'A.p.s.s. trentina**

L'ipotesi di emanare un regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di pubblico impiego nasce dalla concreta attività di controllo ispettivo svolta in Azienda sin dal 1997.

Con deliberazione n. 1462 dd. 10 luglio 1997, successivamente integrata e modificata, infatti è stato istituito il Servizio Ispettivo dell'Azienda per i servizi sanitari con il compito di svolgere, in attuazione del disposto dell'art. 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, i compiti assegnati allo stesso con richiamo alle disposizioni di cui ai commi da 56 a 65 del citato articolo di legge e che così possono essere riassunti:

— analisi della congruità e legittimità dei rapporti di lavoro e dell'attività extra istituzionale instaurata dal personale che intrattiene con l'Azienda regime di lavoro a tempo parziale in misura non superiore al 50%;

— accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo degli impieghi ed incarichi con specifico richiamo anche ai limiti imposti all'esercizio della libera professione dei dirigenti sanitari in relazione ai compiti istituzionali.

Il Servizio ispettivo, composto da professionalità di estrazione amministrativa (n. 3 unità) e di estrazione sanitaria (n. 2 unità), avvalendosi del Servizio amministrazione del personale quale struttura di supporto, ha programmato i propri interventi iniziando i controlli sul personale non dirigenziale nei confronti del quale era stata disposta su richiesta la trasformazione del rapporto di lavoro parziale. Su un campione di 400 unità che

costituiva il numero di unità con orario di lavoro a *part time* pari o inferiore al 50% nell'anno 1999 è stata accertata, con il *criterio* di controlli incrociati tra i dati in possesso della Camera di commercio, Inps, Anagrafe tributaria, una decina di posizioni di apertura di partita IVA di cui è stata chiesta giustificazione agli interessati.

In una fase successiva (anno 2000) il Servizio ispettivo ha disposto, sulla base di un apposito elenco generale, diviso per profilo professionale/qualifica, l'accertamento di tutto il personale (circa 7000 dipendenti) fissando uno specifico campione che ha individuato circa 700 unità. Tutte le posizioni sono state oggetto di indagine mediante visura dell'Anagrafe tributaria.

Altra iniziativa intrapresa è stata quella di procedere nei confronti delle Strutture accreditate presenti sul territorio dell'Azienda provinciale, previa dettagliata informativa preliminare, alla verifica dei contenuti dei dati presenti sui quadri specifici del modello 770/2000 onde verificare l'eventuale presenza di nominativi di dipendenti dell'Azienda sanitaria.

Le attività sopra evidenziate hanno richiesto notevole impegno di accertamenti e talune posizioni sono ancora oggetto di definizione.

Contenute nell'ambito di poche unità sono state le verifiche disposte dal Servizio ispettivo su segnalazioni provenienti da terzi.

Un discorso a parte va fatto per quanto riguarda le procedure relative alla concessione/diniego delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi extra istituzionali da parte del personale dipendente. Il Servizio competente, incaricato di tale adempimento, ha provveduto ad istruire l'*iter* procedurale delle singole istanze presentate alternativamente o dalle Amministrazioni/enti che intendevano utilizzare dell'apporto professionale del dipendente ovvero direttamente su

richiesta del dipendente medesimo. L'analisi e la conclusione dei procedimenti autorizzatori è stata fatta a livello centralizzato raccogliendo in tal senso tutte le istanze trasmesse anche dalle varie strutture aziendali in cui si articola l'azienda. Nei casi più complessi, è stato necessario acquisire la collaborazione di altri Servizi secondo l'attinenza delle singole problematiche.

È proprio nello svolgimento dell'attività di cui sopra che è apparsa imprescindibile, per una corretta gestione della materia, la necessità di una preventiva predisposizione di parametri prefissati e condivisi a livello aziendale, tali da consentire alla struttura competente di esaminare con metodologia uniforme, le istanze dei dipendenti che, di volta in volta, chiedono l'autorizzazione allo svolgimento di altre attività. Addivenendo alla fissazione di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità del dipendente e che siano tali da escludere casi di incompatibilità — sia di diritto che di fatto — nell'interesse del buon andamento della Pubblica amministrazione.

Infatti, salvo una ridotta casistica già codificata e ben definita, il riscontro a molte istanze ha presentato aspetti di notevole difficoltà in quanto sono contemporaneamente presenti problematiche di carattere sanitario e rapporti gestionali tra Azienda ed altri enti pubblici o privati, con innegabili risvolti di incertezza interpretativa sui singoli casi.

La definizione, con un regolamento aziendale, di criteri oggettivi e predeterminati, rispondenti alla normativa vigente, per la valutazione e la conseguente autorizzazione allo svolgimento, da parte del personale dipendente dell'Apss, di attività e incarichi extraistituzionali non obbligatori si è resa pertanto necessaria in un'azienda sanitaria che conta ben 7000 dipendenti,

in conseguenza del numero di richieste di svolgimento sia di attività extralavorativa non sanitaria retribuita sia di attività extralavorativa sanitaria. In particolare, con l'approvazione della L. 662/96, che ha esteso a tutti i profili professionali appartenenti alle varie qualifiche o livelli dei dipendenti delle Pubbliche amministrazioni la possibilità di costituire rapporti di lavoro a tempo parziale, si è assistito ad una elevata richiesta di *part time* e correlativamente ad un aumento di richieste di autorizzazione allo svolgimento di attività extraistituzionali, prevalentemente da parte di personale del ruolo sanitario del comparto, interessato a svolgere più remunerative attività di lavoro autonomo in proprio o presso strutture sanitarie (in particolare Rsa).

### 3. Un possibile significato regolamentare al concetto di «conflitto di interessi»

#### 3.1. Il conflitto di interessi

Nell'espressione «conflitto di interessi» possono essere ricomprese molteplici accezioni, dalla presunta commistione tra interessi pubblici e privati in capo ai vertici degli organi costituzionali alla generica sovrapposizione di una pluralità di interessi potenzialmente confliggenti in capo al medesimo soggetto che svolga una pluralità di attività. In questa sede interessa focalizzare l'attenzione sui presupposti che possono condurre alla sussistenza del «conflitto» in capo al dipendente pubblico (di un'azienda sanitaria) che svolga una o più attività extralavorative.

È un principio vecchio come la stessa amministrazione quello che impone che i pubblici dipendenti debbano avere una sola attività professionale e debbano giurare fedeltà al proprio datore di lavoro. Il principio, però, raramente è declinato in una serie di casi

che rendano evidente quando vi sia conflitto; tanto è vero che è proprio nella definizione della sua sussistenza o meno che si è sin qui esercitata una discrezionalità latissima, talora contestata dai dipendenti — a torto o a ragione — perché letta come esercizio di libero arbitrio da cui discendono scelte *ad personam* e, conseguentemente, ingiustificate. Definire l'ambito entro il quale ricondurre le ipotesi di conflitto è stato l'ambizioso tentativo che ha impegnato l'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento e che ha condotto nell'ambito del regolamento a dedicare un intero articolo alla materia.

Si sono, in particolare, individuati una serie di elementi sintomatici della sussistenza del conflitto di interessi, che al contempo consentono al lavoratore di conoscere in anticipo quali siano gli elementi sui quali l'amministrazione incentrerà le sue determinazioni — in modo dunque assolutamente trasparente — e consentono di ridurre la discrezionalità di chi deve decidere sull'autorizzazione, facilitando il compito ai funzionari e dirigenti chiamati in via istruttoria a pronunciarsi su tale delicatissimo argomento.

Si è ampiamente discusso sulla sussistenza di un conflitto per i dipendenti nominati in consigli di amministrazione di enti (gestori di Rsa, finanziati dai comuni), associazioni e fondazioni, svolgenti attività a carattere sanitario e/o sociosanitario. La scelta poteva andare da una definizione amplissima del conflitto, che conducesse a ritenere la partecipazione del dipendente — a prescindere dalla sua qualifica professionale — nei consigli sempre vietata, ad una negazione dell'esistenza del conflitto fondata sulla pressoché impossibile sovrapposizione di competenze di rappresentanza esterna dell'Azienda sanitaria con quella degli altri Enti di tipo sanitario o socio-sani-

tario. La prima opzione è parsa ingiustificatamente compromissoria dei diritti di cittadinanza e partecipazione associativa in settori in cui le competenze dei dipendenti sanitari possono essere di utilità allo sviluppo sociale; la seconda rischiosa, perché troppo formalista, con negazione della possibilità di un conflitto di interesse «so-stanziale».

Tali ragionamenti hanno condotto a ritenere incompatibili con il rapporto d'impiego con l'Azienda le sole cariche di rappresentanza legale degli enti (Presidenze di Ipad, Presidenze e/o Direzione di aziende speciali, ecc.), perché ricoprendo tali ruoli i dipendenti dell'Azienda sanitaria potrebbero trovarsi ad avere rapporti negoziali, contrattuali ed economici con l'Azienda di cui sono lavoratori. Per analoghe ragioni si è individuato un conflitto nei dipendenti che siano anche rappresentanti legali di società aventi rapporti contrattuali in materia di lavori, forniture, beni o servizi.

In un solo caso, infine, si è ritenuto di riscontrare conflitto di interessi in capo ad un membro di consiglio di amministrazione, anche se non legale rappresentante: nelle strutture autorizzate o accreditate con il servizio sanitario nazionale. In questa ipotesi si è infatti di fronte a diverse realtà sanitarie che operano sullo stesso mercato e, specie nella visione sempre più imprenditoriale che contraddistingue la gestione del servizio sanitario nazionale presente e futuro, la concorrenza tra strutture porta con sé la necessità di non creare commistioni tra lavoratori della sanità pubblica e gestori della sanità privata.

Identica ragione ha condotto a ritenere incompatibile con il rapporto di lavoro dipendente incarichi retribuiti in strutture sanitarie accreditate. Peraltro, in analogia a quanto disposto da norme di legge per l'esercizio dell'at-

tività libero professionale dei dirigenti sanitari dipendenti.

### 3.2. *Gli incarichi per i lavoratori a tempo parziale*

Altro importante aspetto del «conflitto di interessi» riguarda la facoltà di autorizzare lo svolgimento di attività extralavorative da parte di dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale. Al proposito deve ricordarsi che la sussistenza di un conflitto non solo obbliga l'amministrazione a non autorizzare l'attività medesima, ma — ove l'esercizio di tale attività condizioni la richiesta di trasformazione del rapporto da tempo pieno a tempo parziale — induce l'amministrazione a negare la trasformazione richiesta.

Le decisioni, pertanto, sono di elevata delicatezza riguardando una tematica — il lavoro a tempo parziale — oggetto di particolare attenzione. Infatti, l'insieme della normativa susseguitasi negli ultimi anni ha dimostrato un marcato *favor* del legislatore verso il lavoro a tempo parziale, inteso sia come diritto per i lavoratori e le lavoratrici sia — a nostro giudizio più a torto che a ragione — come elemento di risparmio per la spesa pubblica. Non solo; il legislatore ha espressamente consentito una seconda attività professionale a chi decide di lavorare con un regime orario pari o inferiore al 50% rispetto a quello a tempo pieno, ponendo la sussistenza del conflitto di interessi come unico limite all'esercizio del diritto.

Ed ancora, nel comparto sanità, il tema è vieppiù sentito — specie dalle professionalità sanitarie (infermieri, fisioterapisti, ecc.) — dal momento che è vissuta come ingiusta discriminazione la facoltà dei soli dirigenti sanitari di svolgere legittimamente attività libero professionale senza particolari limitazioni.

Peraltro, l'incontrollato rilascio di autorizzazioni all'esercizio di attività extralavorative ai dipendenti a *part time* potrebbe ingenerare più o meno inconsapevoli fughe degli utenti dalla sanità pubblica verso gli operatori di quella stessa sanità che operano in regime libero professionale. Questo aspetto di tutela dell'interesse dell'utente deve essere tenuto in giusta considerazione nel momento in cui si valuta la sussistenza del conflitto di interessi in questo specifico ambito.

La scelta operata dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari è stata duplice.

Ritenere insussistente il conflitto di interessi per le attività prestate in libera professione presso gli enti gestori di Rsa accreditate o presso altre Aziende sanitarie, sul presupposto che sia superiore l'interesse di garantire continuità al servizio sanitario pubblico e alle strutture socio-sanitarie ad esso strettamente correlate, rispetto all'interesse più mercantile di concorrenza tra strutture. Prevedendo però, anche in tale caso, un massimo di impegno orario perché lo strumento del *part time* non divenga grimaldello per superare il vincolo della doppia dipendenza.

Ritenere, invece, sussistente il conflitto di interesse in relazione ad attività puramente libero professionali svolte nell'ambito territoriale dell'Azienda (coincidente con il territorio

della provincia autonoma di Trento). In questo caso, infatti, non si è ritenuta accettabile una attività concorrenziale dei dipendenti, proprio a tutela dell'interesse pubblico dell'utenza, che ben potrebbe trovarsi in difficoltà di fronte al medesimo operatore che svolge attività per la struttura pubblica e contemporaneamente opera in ambulatori privati.

È facile l'obiezione che ciò avviene costantemente per i medici che abbiano scelto il regime della libera professione *extra moenia* o che siano stati autorizzati all'*intra moenia* allargata. Ma in questo caso è la legge che, non ponendo il limite del conflitto di interessi, ha sancito la legittimità della doppia attività.

#### 4. Temi aperti

Il Regolamento che, in calce ai presenti paragrafi di presentazione, viene riportato cerca quindi di dare certezza interpretativa e chiarezza applicativa alla maggior parte delle richieste dei dipendenti di espletare, nel rispetto dei limiti dettati dalla incompatibilità con il rapporto di pubblico impiego, incarichi, esterni all'Azienda, non compresi fra i compiti e doveri di ufficio.

Rimane ovviamente la necessità di verificare sempre, caso per caso e senza automatismi, l'ammissione delle

attività extraistituzionali; questione che si ritiene di aver in parte risolto attraverso un apparato organizzativo e regolamentare idoneo a consentire una adeguata gestione amministrativa del problema.

Residuano ovviamente delle aree non regolamentabili e quindi di maggior spessore discrezionale quale, ad esempio, quella relativa al tema della distinzione fra attività saltuaria ed occasionale, in quanto tale autorizzabile, ed attività abituale, che invece non può essere svolta dal pubblico dipendente perché consentirebbe la formazione di centri di interesse alternativo all'ufficio pubblico consentito.

In tali occasioni non potrà che esserci, sulla base di *criteri generali*, una costante ricerca di una applicazione omogenea e non punitiva nei confronti del personale dipendente della normativa in materia.

La fase che rimane ancora da affrontare in forma capillare e decisa è quella della formazione ed informazione del personale dipendente circa i contenuti del nuovo Regolamento aziendale in materia di incompatibilità recentemente adottato. In particolare, con riferimento agli oneri procedurali che residuano in capo al dipendente e all'ente, pubblico o privato, conferente l'incarico extraistituzionale in materia di autorizzazione preventiva e di anagrafe degli incarichi.

## **REGOLAMENTO IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI COMPATIBILI CON IL RAPPORTO DI LAVORO PRESSO L'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E ANAGRAFE DEGLI INCARICHI**

### **CAPO I**

#### **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

##### **Articolo 1**

###### *Normativa di riferimento*

1. Il presente regolamento attua la disciplina contenuta nella seguente normativa:

— articoli 60 e seguenti del testo unico approvato con D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3;

— articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

— articolo 7 della legge 29 dicembre 1988, n. 554 e successivo D.P.C.M. 17 marzo 1989, n. 117;

— articolo 1, commi da 56 a 65, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

— articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 e articolo 51 della legge provinciale 27 agosto 1999, n. 3;

— articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

2. Il presente regolamento tiene conto altresì dei principi contenuti nella legge provinciale 3 aprile 1997, n. 7, nonché delle vigenti disposizioni previste nei Contratti collettivi di lavoro.

### **CAPO II**

#### **AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ E INCARICHI COMPATIBILI CON IL RAPPORTO DI LAVORO PRESSO L'A.P.S.S.**

##### **Articolo 2**

###### *Attività ed incarichi incompatibili*

1. Sono considerate attività incompatibili con la prestazione di lavoro dipendente presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari:

a) il rapporto di lavoro subordinato con altre Pubbliche Amministrazioni;

b) il rapporto di lavoro dipendente con soggetti privati, fatto salvo quanto previsto dalla disciplina in materia di *part-time*;

c) attività industriali e commerciali svolte in forma imprenditoriale ai sensi dell'articolo 2082 del codice civile, ovvero il possesso della qualità di socio di società in nome collettivo, nonché di socio accomandatario nelle società in accomandita semplice e per azioni, fatto salvo quanto previsto dalla disciplina in materia di *part-time*. Il divieto non riguarda l'esercizio dell'attività agricola quando la stessa non sia svolta in qualità di coltivatore diretto o di imprenditore agricolo a titolo principale;

d) le attività professionali per il cui esercizio è necessaria l'iscrizione in appositi albi o registri, fatto salvo quanto previsto dalla disciplina in materia di *part-time*, di esercizio della libera professione per la dirigenza sanitaria o da specifiche normative di settore;

e) altre attività a carattere autonomo, ovvero titolarità o compartecipazione delle quote di imprese, qualora le stesse possano configurare conflitto di interesse con il Servizio sanitario nazionale, tenuto conto di quanto previsto dal successivo articolo 6, comma 9.

2. Restano ferme le vigenti disposizioni che regolano lo svolgimento di attività inerenti cariche politiche o sindacali.

3. Lo svolgimento di attività incompatibili, fuori dai casi consentiti dalla legge, costituisce giusta causa di recesso ai sensi dell'articolo 1, comma 61 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

##### **Articolo 3**

###### *Attività compatibili con il rapporto di lavoro a tempo parziale*

1. Il personale dipendente con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50% di quella a tempo pieno, può svolgere le attività lavorative di cui ai punti b), c), d) ed e) del precedente articolo 2, purché non in conflitto di interessi con l'Azienda o con il Servizio sanitario nazionale, accertato sulla base di quanto previsto dal successivo articolo 6.

2. Il dipendente che intenda chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo

parziale deve specificare nella domanda le eventuali attività di lavoro, subordinato o autonomo, che intende svolgere. L'Amministrazione, entro sessanta giorni dalla domanda, nega motivatamente la trasformazione del rapporto nel caso in cui accerti la sussistenza del conflitto di interessi.

3. Il dipendente, già con rapporto di lavoro a tempo parziale, è tenuto a comunicare all'Azienda, entro quindici giorni, l'eventuale successivo inizio o la variazione dell'attività lavorativa.

4. La violazione degli obblighi di comunicazione di cui ai precedenti commi 2 e 3 costituisce giusta causa di recesso ai sensi dell'articolo 1, comma 61 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

#### Articolo 4

##### *Incarichi che non necessitano di autorizzazione*

1. Gli incarichi per i quali non è prevista alcuna forma di compenso non necessitano di comunicazione né di preventiva autorizzazione.

2. Sono equiparati agli incarichi gratuiti, ancorché retribuiti, i seguenti incarichi:

- a) collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;
- b) utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;
- c) partecipazione a convegni e seminari;
- d) incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;
- e) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di comando;
- f) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita.

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 devono in ogni caso essere svolti al di fuori dell'orario di servizio, senza l'utilizzo delle attrezzature aziendali e comunque senza che il loro svolgimento comporti pregiudizio per l'attività prestata a favore dell'Azienda.

4. Per tutti gli altri incarichi esterni, salvo diversa specifica previsione normativa (*part-time* pari o inferiore al 50%, libera professione dei dirigenti sanitari, incarichi professionali previsti da specifiche disposizioni), è necessario che il dipendente osservi la procedura autorizzativa di cui al successivo articolo 5.

#### Articolo 5

##### *Procedura autorizzativa*

1. L'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico deve essere richiesta all'Azienda dai soggetti pubblici o privati che intendono conferire l'incarico. È dovere del dipendente accertare l'avvenuta presentazione della richiesta e, in sua assenza, provvedere direttamente all'inoltro della stessa nel rispetto del termine di cui al comma 2.

2. La domanda di autorizzazione va presentata almeno trenta giorni prima dell'inizio dell'incarico al fine di consentire l'espletamento dell'istruttoria necessaria alla verifica dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione; non è possibile alcun tipo di forma di sanatoria successiva all'avvio dell'attività oggetto dell'incarico.

3. Il dipendente che svolge l'attività in assenza della necessaria autorizzazione non ha titolo al compenso previsto per la stessa, salve le eventuali più gravi conseguenze previste dai contratti di lavoro.

4. La richiesta di autorizzazione preventiva deve contenere i seguenti elementi:

- a) il soggetto pubblico o privato che intende conferire l'incarico;
- b) i dati anagrafici del dipendente cui si intende conferire l'incarico;
- c) l'importo previsto per l'incarico;
- d) il codice fiscale/partita IVA del soggetto che intende conferire l'incarico e dell'incaricando;
- e) la data di inizio e di fine presunta dell'incarico;
- f) i contenuti, tipologia dell'incarico e l'entità dell'impegno;
- g) gli eventuali elementi rilevanti ai fini della valutazione dell'insussistenza di ragioni di incompatibilità e di conflitto di interessi connessi con l'incarico, supportati da eventuale documentazione dalla quale si possa evincere il tipo di attività svolta dal soggetto pubblico o privato conferente l'incarico (atto costitutivo, statuto, relazioni sull'attività, ecc.).

5. L'Azienda, sulla base dei precitati elementi contenuti nella domanda di autorizzazione, verifica l'insussistenza di profili di incompatibilità in capo al dipendente e/o di conflitto di interesse, tenuto conto di quanto riportato in materia dal successivo articolo 6. Ove sia necessario richiedere ulteriori elementi integrativi di giudizio, l'Azienda chiederà tale integrazione documentale entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta; sino al ricevimento degli elementi integrativi il procedimento di autorizzazione rimane sospeso.

6. Nel concedere l'autorizzazione di cui al comma 5, l'Azienda dovrà verificare che le attività extraistituziona-



li non oltrepassino i limiti della saltuarietà e della occasionalità.

## Articolo 6

### *Conflitto di interessi*

1. Sussiste conflitto di interessi con il servizio sanitario nazionale, non solo in presenza di un reale ed accertato conflitto, ma in tutti i casi in cui la situazione di conflitto sia anche meramente potenziale.

2. Sussiste conflitto di interesse nel caso di incarichi retribuiti, presso organi di vertice di enti od organismi, per lo svolgimento di funzioni di:

a) rappresentante legale di Enti gestori di RSA accreditate o altra attività socio-sanitaria;

b) rappresentante legale di S.p.A., S.R.L., Aziende speciali o Istituzioni, finanziate totalmente o parzialmente da Comuni o Consorzi di Comuni, che gestiscano RSA, o svolgano altra attività socio-sanitaria o attività farmaceutica;

c) rappresentante legale di S.p.A., S.R.L., S.C.a.R.L. che svolgano attività a carattere sanitario, farmaceutico o che intrattengano rapporti contrattuali con l'Azienda in materia di lavori, forniture, beni o servizi o che partecipino a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa; qualora il rapporto contrattuale, che potrebbe determinare un potenziale conflitto di interessi, si instauri successivamente all'assunzione della carica il dipendente ha il dovere di darne comunicazione all'Azienda;

d) rappresentante legale di Associazioni o Fondazioni che svolgano attività a carattere sanitario o socio-assistenziale;

e) rappresentante legale o componente del Consiglio di amministrazione di strutture sanitarie autorizzate o accreditate con il servizio sanitario nazionale.

3. Sussiste inoltre conflitto di interessi nel caso di incarichi retribuiti, sia a rapporto subordinato a tempo parziale che a carattere autonomo, in strutture sanitarie accreditate.

4. Sussiste conflitto di interessi, ai fini delle attività di cui all'articolo 3 del presente regolamento, ove il dipendente svolga attività a carattere autonomo nel settore sanitario nell'ambito territoriale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

5. In caso di incarichi di lavoro autonomo conferiti da Enti gestori di RSA accreditate o Aziende sanitarie a dipendenti a tempo parziale con impegno orario pari o inferiore al 50% non sussiste conflitto di interesse, purché il regime

orario richiesto non sia superiore al 30% dell'impegno orario dovuto presso l'Azienda.

6. In caso di incarichi di lavoro autonomo conferiti da Enti gestori di RSA accreditate o Aziende sanitarie a dipendenti a tempo pieno o a tempo parziale superiore al 50%, l'autorizzazione verrà concessa nel caso in cui l'attività richiesta comporti un impegno quantitativamente ridotto o temporalmente definito.

7. Qualora l'attività sia richiesta da enti pubblici, si riferisca a personale dirigenziale, abbia ad oggetto attività svolte dal dipendente in ambito istituzionale e abbia carattere continuativo, l'attività potrà essere svolta solo in base a specifica convenzione.

8. Non sussiste conflitto di interessi qualora l'attività o, in caso di part time pari od inferiore al 50%, l'eventuale lavoro subordinato, siano svolti in ambiti professionali di natura completamente diversa dalla attività di servizio svolta presso l'Azienda e in strutture non aventi scopi socio-sanitari. L'Azienda, in sede di valutazione dell'incarico ai fini autorizzativi, dovrà tenere conto anche del volume orario complessivo dell'attività richiesta dall'incarico esterno.

9. La titolarità o la compartecipazione di quote di imprese è consentita senza necessità di previa comunicazione od autorizzazione. Qualora le quote siano riferite ad imprese svolgenti attività di cura, prevenzione, riabilitazione, farmaceutica o veterinaria, il dipendente, ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, ha l'onere di valutare la sussistenza della compatibilità della titolarità delle quote con il rapporto di lavoro e di dare comunque comunicazione dell'acquisto all'Azienda.

## Articolo 7

### *Incarichi giudiziari*

1. Gli incarichi conferiti da organi giudiziari possono essere svolti anche durante l'orario di lavoro, compatibilmente con l'organizzazione delle attività istituzionali e senza pregiudizio del grado di apporto individuale atteso nel perseguimento degli obiettivi dell'unità operativa/servizio.

2. Qualora l'incarico sia retribuito e conferito nominativamente, il dipendente è tenuto a darne comunicazione all'Azienda per l'inserimento nell'anagrafe degli incarichi di cui al capo III.

## CAPO III

## ANAGRAFE DEGLI INCARICHI

**Articolo 8***Adempimenti gestionali*

1. L'anagrafe di cui all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, contiene i dati utili a censire gli incarichi e i rapporti di lavoro soggetti ad autorizzazione ai sensi degli articoli 2, 3 e 4, comma 4, gli incarichi retribuiti, direttamente conferiti a propri dipendenti dall'Azienda, nonché i compensi derivanti dallo svolgimento di tali incarichi e rapporti.

2. Restano esclusi dall'anagrafe gli incarichi non retribuiti, ancorché soggetti ad autorizzazione.

3. Il Servizio competente provvede a verificare la completezza delle informazioni fornite dai soggetti pubblici e privati e a richiedere, ove mancanti, le necessarie integrazioni.

## CAPO IV

INCOMPATIBILITÀ E LIBERA PROFESSIONE  
DELLA DIRIGENZA SANITARIA**Articolo 9***Attività extralavorativa della dirigenza sanitaria  
a rapporto esclusivo*

1. Il personale della dirigenza sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo svolge l'attività libero professionale secondo la disciplina della libera professione intramuraria e per tale attività non è soggetto alla normativa di all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Rientra nella disciplina della libera professione intramurale tutta l'attività sanitaria resa a titolo non gratuito; per attività sanitaria si intende l'attività di diagnosi, cura e riabilitazione, l'attività di carattere certificativo e comunque tutta l'attività correlata ai compiti di istituto propri delle singole professionalità.

2. Ai sensi dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 e dell'articolo 51 della legge provinciale 27 agosto 1999, n. 3 i dirigenti sanitari a rapporto di lavoro esclusivo sono in facoltà di svolgere, senza preventiva autorizzazione, attività extralavorativa non sanitaria a titolo

gratuito nei limiti di cui all'articolo 4, commi 2 e 3 del presente regolamento.

3. Ai restanti incarichi extralavorativi retribuiti, non consistenti in attività sanitaria, e all'attività professionale sanitaria resa a titolo gratuito o con rimborso delle spese sostenute, nei limiti in cui la stessa è consentita dalla vigente normativa, si applica la disciplina autorizzatoria prevista dal capo II del presente regolamento.

4. Rientra negli incarichi di cui al comma 3, l'attività svolta nell'ambito degli studi osservazionali; l'autorizzazione è rilasciata previo parere vincolante della Commissione aziendale per le sperimentazioni cliniche. Il termine di legge previsto per il rilascio dell'autorizzazione è sospeso dalla richiesta di parere alla ricezione del medesimo.

**Articolo 10***Attività extralavorativa della dirigenza sanitaria  
a rapporto non esclusivo*

1. I dirigenti sanitari a rapporto di lavoro non esclusivo possono svolgere attività sanitaria nei limiti consentiti dalla normativa in materia, senza necessità di specifica autorizzazione.

2. Per quanto concerne gli incarichi extra lavorativi non consistenti in attività sanitaria, si applica ai medesimi la disciplina di cui all'articolo 9, commi 2, 3 e 4.

## CAPO III

## NORME FINALI E TRANSITORIE

**Articolo 11***Verifica incarichi in corso*

1. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento il servizio competente verifica la conformità allo stesso delle autorizzazioni precedentemente rilasciate. Ove si riscontri la sussistenza di profili di incompatibilità o conflitto di interesse, l'autorizzazione concessa viene motivatamente revocata dandone comunicazione all'interessato e a chi ha attribuito l'incarico concedendo al dipendente un termine, non superiore a 6 mesi, per far cessare la causa di incompatibilità.

2. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento il dipendente che svolge attività extralavorati-

ve senza la necessaria autorizzazione, è tenuto a formalizzare la richiesta autorizzatoria. In tale caso si procede in deroga a quanto disposto dall'articolo 5, comma 2.

3. Gli incarichi rientranti nelle fattispecie di cui all'articolo 6, comma 2, lettere a) e b), già autorizzati o comunque in corso alla data di entrata in vigore del presente regolamento, sono autorizzati fino alla scadenza del mandato e non possono essere rinnovati.

## **Articolo 12**

### *Entrata in vigore*

1. Il presente regolamento, adottato con deliberazione del direttore generale, viene pubblicato all'Albo dell'Azienda per 15 giorni consecutivi decorrenti dalla data di esecutività del provvedimento. Trascorso tale termine il regolamento entra in vigore.

# LA CARTA DEI SERVIZI: RISULTATI DI UNA INDAGINE SULLE CARTE DEI SERVIZI OSPEDALIERI IN ITALIA NEL QUADRIENNIO 95-98

G. Damiani<sup>1</sup>, M. Galletta<sup>1</sup>, A. De Luca<sup>2</sup>, I. Nardelli<sup>2</sup>, K. Albo<sup>2</sup>, E.P. Perna<sup>2</sup>, S. Chiaradia<sup>2</sup>, T. Fabbri<sup>2</sup>, E. Lorenzi<sup>2</sup>, B. Federico<sup>1</sup>, A. Boccia<sup>2</sup>, G. Ricciardi<sup>3</sup>, G. Vanini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Istituto di Igiene - Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Roma «La Sapienza»

<sup>3</sup> Cattedra di Igiene - Università degli Studi di Cassino

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiali e metodi - 3. Analisi statistica - 4. Risultati - 5. Conclusioni.

## 1. Introduzione

La «Carta dei servizi» era, nelle intenzioni del legislatore, uno dei principali strumenti del riordino del Servizio sanitario nazionale con il quale incidere profondamente nei rapporti tra i cittadini e le strutture erogatrici di servizi sanitari (Baraghini G., 1997). I principi di tutela e partecipazione dei cittadini cui la carta si ispira sono, infatti, coerenti con quanto stabilito dall'articolo 14 del D.L.vo 502/92, che ne comprende tutti i punti principali, e che individua come fattori di qualità dei servizi la personalizzazione, l'umanizzazione, il diritto all'informazione e le prestazioni alberghiere (D.P.C.M. 19 maggio 1995).

Le norme di riferimento fondamentali per l'introduzione della Carta dei servizi sono il D.P.C.M. 19 maggio 1995, concernente lo «Schema generale di riferimento della Carta dei servizi sanitari pubblici» (Hanau C., 1997) e le linee guida del Ministero della sanità n. 2/95, relative all'«Attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale» (Ministero sanità, 1999).

Secondo le indicazioni delle suddette linee guida, la Carta dei servizi si articola in quattro sezioni:

Sez. I - Presentazione dell'azienda sanitaria e principi fondamentali;

Sez. II - Informazione sulle strutture e servizi forniti;

Sez. III - *Standard* di qualità, impegni e programmi;

Sez. IV - Meccanismi di tutela e di verifica.

Mentre la prima, la seconda e la quarta sezione riguardano funzioni «tradizionali» di informazione e di tutela degli utenti, la terza parte, relativa all'esplicitazione degli obiettivi che l'azienda si impegna a perseguire, espressi sotto forma di fattori, indicatori e *standard* di qualità, risulta essere la più innovativa ed impegnativa.

Il Ministero della sanità ha negli ultimi anni svolto alcune indagini sulla Carta dei servizi, alcune hanno riguardato il loro stato di attuazione, altre invece la valutazione della qualità percepita dei cittadini (Ministero sanità, 1999). Riguardo a quest'ultimo parametro il Ministero ha preso in considerazione:

— le informazioni fornite dalle carte dei servizi sui livelli di assistenza;

— gli *standard* sui tempi di attesa;

— gli impegni sulla umanizzazione, personalizzazione, semplificazione e trasparenza;

— le modalità di tutela, partecipazione, verifica degli *standard* e della soddisfazione degli utenti.

In un altro studio svolto nella Regione Emilia-Romagna (Baruzzo S., 1998) sono state poi esplorate le seguenti quattro aree:

1) personalizzazione/umanizzazione (es. orari di apertura degli ambulatori dei medici di Medicina generale, relazione sanitaria per il medico curante, ecc.);

2) diritto all'informazione (ad esempio effettuazione di indagini di gradimento/soddisfazione dei cittadini/utenti, tempi di attesa per la consegna della cartella clinica);

3) prestazioni alberghiere (ad esempio indicazione dei servizi accessori, possibilità di scegliere tra più opzioni del menù);

4) aspetti della prevenzione (per esempio effettuazione di almeno una campagna di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari) (Baruzzo S., 1998; Cavallini R., 1998; Ministero sanità: Linee guida 2/95.)

Le incertezze applicative conseguenti all'introduzione della Carta dei servizi non sono limitate al nostro Paese ma sono presenti pur, con diverse accentuazioni, anche in altri Paesi quali il Regno Unito, la Spagna e la

Francia, che prima dell'Italia, hanno attuato questo importante strumento.

Nel luglio 1991, infatti, nel Regno Unito è stata adottata la «Citizen's Charter», in cui venivano definiti gli *standard* dei servizi, i relativi diritti dei cittadini ed i rimedi da adottare in presenza di disfunzioni. A questa carta hanno fatto seguito 32 carte settoriali tra cui la *Patient's Charter* relativa alla sanità. Nell'esperienza inglese la tipologia generale degli obiettivi viene definita nell'ambito della *Citizen's Charter*, mentre gli obiettivi specifici vengono dettagliati all'interno del settore specialistico ed espressi in *standard* da raggiungere sia a livello centrale che a livello periferico. Tali *standard* fungono da riferimento per i contratti tra enti finanziatori e strutture erogatrici di servizi sanitari e vengono resi pubblici e diffusi anche attraverso l'invio a domicilio del cittadino. Per ogni servizio viene inoltre specificata l'autorità di garanzia e di riferimento sia a livello centrale che periferico, con l'indicazione del nome del funzionario responsabile dell'ufficio a cui il cittadino può rivolgersi per ogni necessità.

In Spagna, il governo ha pubblicato nel 1992 il «Plan de modernización de la Administración del Estado» che, tra gli altri, mira al riordino anche dei servizi sanitari. In particolare, la carta dei servizi «tipica» spagnola mostra una notevole analogia con lo schema generale della carta dei servizi italiana, anche se la prima non riporta i riferimenti relativi alle associazioni di volontariato e all'assistenza ai cittadini stranieri (Hospital Universitario Miguel Servet Espana - Zaragoza, 1998).

In Francia, la «Charte des services publiques», adottata nel 1992, contiene sia i principi generali sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi pubblici, che la descrizione per ogni settore della situazione e degli *standard* attuali e programmati.

Le informazioni richieste nella carta dei servizi francesi coincidono in larga parte con quelle presenti nella nostra carta dei servizi, ad eccezione dei dati relativi ai tempi di attesa, agli adempimenti igienico-sanitari, alle attività di volontariato, all'assistenza ai cittadini stranieri ed ai riferimenti in lingua straniera (Centre Hospitalier de Saumur - France, 1998 e Centre Hospitalier de Vichy - France, 1998).

Il nostro studio si è posto l'obiettivo di valutare in che modo il modello organizzativo aziendale (Presidio ospedaliero di Asl ed Ospedale azienda) influenzi le caratteristiche della Carta dei servizi e, in particolare, se esso condizioni l'esplicitazione di elementi di qualità della Carta.

A tal fine, è stato creato un gruppo di lavoro interuniversitario, che ha analizzato in collaborazione con il Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità tutte le Carte dei servizi prodotte dalle Aziende ospedaliere, dagli Ircs e dai Policlinici universitari del nostro paese nel quadriennio 1995-1998 (Progetto ITACART).

## 2. Materiali e metodi

Il gruppo di lavoro ha analizzato le 182 Carte dei servizi pubblicate da Aziende e Presidi ospedalieri negli anni 1995-1998 ed inviate, come da esplicita richiesta del Ministero della sanità, al Dipartimento della programmazione dello stesso Ministero.

Per la raccolta dei dati è stata elaborata una scheda di rilevamento con *items* a risposta dicotomica predefinita, suddivisa in più sezioni. In particolare la scheda era strutturata con una prima parte per i dati riguardanti la presentazione dell'azienda, l'Urp (Ufficio relazioni con il pubblico) e le unità operative ed i servizi presenti e una seconda parte relativa agli elementi di qualità dell'assistenza ospedaliera. Riguardo all'assistenza ospe-

daliera sono stati presi in considerazione i seguenti elementi: tempi di attesa relativi alle prestazioni erogate, adempimenti amministrativi per l'accettazione, adempimenti igienico-sanitari e comportamentali, accoglienza del paziente, orari pasti e visite parenti, servizi accessori, attività libero-professionale, relazione sanitaria per il medico curante, orari prestazioni ambulatoriali, costi al cittadino delle prestazioni ambulatoriali, rimborsi ed esenzioni. L'ultima parte della scheda riguardava i dati sull'attività di volontariato e sull'assistenza per persone straniere, le indicazioni in lingua straniera e l'esplicitazione degli obiettivi «Health for all by 2000» dell'Organizzazione mondiale della sanità.

L'indagine è stata preceduta da uno studio pilota finalizzata alla validazione dello strumento di rilevazione ed alla standardizzazione della metodologia di rilevazione tra operatori sui dati di tre macro Regioni distribuite sul territorio nazionale (Nord, Centro, Sud ed Isole).

L'analisi ha poi previsto il confronto tra 10 Carte dei servizi di *Hospital Trusts* del Regno Unito e 70 Carte dei servizi di Ospedali maggiori italiani allo scopo di evidenziare elementi di qualità esplicitati nei due differenti contesti sanitari. Le Carte del Regno Unito sono state raccolte utilizzando la *Tagish directory of UK Healthcare Institutions*, che elenca le *Health Authorities* e gli *Hospitals Trusts* presenti nel Regno Unito; sono stati esaminati le Carte di dieci *Hospital Trust* per i quali è stato possibile accedere alla Carta dei servizi tramite la pagina *web* degli ospedali (Grampian University, Pinderfields and Pontefracts Hospital, Countess of Chester Hospital, Frimley Park Hospital, Borders General Hospital, Bedford Hospital, Highland Acute, East Kent Hospital, Nottingham City Hospital, Birmingham City Hospital)

(Tagish directory of UK Healthcare Institutions e seguenti).

Nelle carte dei servizi degli ospedali inglesi sono state valutate la presenza e la relativa esplicitazione di alcuni indicatori di qualità quali: la presenza della mappa o planimetria, l'accessibilità attraverso i più comuni mezzi di trasporto (tram, bus, auto, treni ecc.), i tempi di attesa e la *performance* intesa come la numerosità degli interventi eseguiti da ciascun operatore sanitario o da ogni singola Unità operativa o dipartimento (Ricciardi G., 2000).

I dati raccolti sono stati elaborati con il *software* d'analisi statistica Stata versione 6.0 (Stata Corporation, 1999).

### 3. Analisi statistica

Per quanto riguarda tutte le tipologie ospedaliere e cioè Azienda ospedaliera, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), Policlinico universitario e Presidio ospedaliero di Asl è stata elaborata la distribuzione di frequenza relativa all'esplicitazione degli elementi che definiscono le Carte dei servizi. In particolare la frequenza di esplicitazione degli elementi di qualità relativi ai Presidi ospedalieri tiene conto che questi ultimi sono stati considerati unitariamente all'in-

terno di ciascuna Asl data la non attribuità degli elementi stessi a ciascun Presidio ospedaliero intraziendale ma all'intera funzione ospedaliera dell'azienda territoriale. Il test del  $\chi^2$  di Pearson è stato utilizzato per verificare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative tra le frequenze relative degli indicatori prescelti tra i diversi gruppi di ospedali.

È stata inoltre eseguita un'analisi inferenziale che ha tenuto conto della variabile «ospedale azienda» intesa come l'insieme di Azienda ospedaliera, Irccs e Policlinici universitari *versus* i Presidi ospedalieri di Asl. Sono stati calcolati i valori degli *Odds Ratio* (OR) e gli Intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) per l'associazione tra l'esposizione ad «Ospedale azienda» e la frequenza di esplicitazione dei seguenti elementi di qualità: tempi di attesa, esistenza dell'Urp, accessibilità alla struttura, esistenza della planimetria aziendale, *comfort* (riguardante il trattamento del paziente in ospedale), assistenza alle persone straniere, attività di volontariato e l'esplicitazione per esteso dei servizi presenti nell'azienda.

Per il confronto tra *Hospital Trust* inglesi e gli ospedali maggiori italiani è stata elaborata la distribuzione di frequenza di esplicitazione degli ele-

menti di qualità descritti nelle carte dei servizi, successivamente è stata eseguita un'analisi inferenziale utilizzando il *test* del  $\chi^2$  per confrontare la proporzione degli indicatori di qualità esplicitati nelle carte dei servizi italiani ed inglesi (Ricciardi G., 2000).

### 4. Risultati

Solo 70 (49.0%) delle 143 strutture ospedaliere maggiori (Aziende ospedaliere, Irccs e Policlinici universitari) presenti sul territorio nazionale e 112 Presidi ospedalieri su 197 (56.8%) avevano, al momento dello studio, inviato le loro Carte dei servizi al Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità. Il 1996 e il 1997 sono gli anni in cui è avvenuta la pubblicazione della maggior parte delle carte (rispettivamente il 40,3% e 34,3% dei documenti raccolti). Ogni carta descrive tutti i servizi presenti nelle varie tipologie di struttura ospedaliera indicando il telefono, l'ubicazione ed il responsabile per circa il 70% dei casi. In particolare, gli Ospedali azienda esplicitano i servizi in maniera dettagliata nel 90% dei casi, mentre per i Presidi ospedalieri di Ausl tale valore è del 10%.

In tabella 1 sono riportati i dati relativi alla presenza dei seguenti indica-

Tabella 1 - Presenza degli indicatori di qualità

| Indicatore                      | Presidi ospedalieri Ausl (n = 112) |       | Strutture ospedaliere maggiori |       |                |       |                                  |       |
|---------------------------------|------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|----------------|-------|----------------------------------|-------|
|                                 |                                    |       | Aziende ospedaliere (n = 51)   |       | Irccs (n = 13) |       | Policlinici universitari (n = 6) |       |
| Urp                             | 106                                | 94.6% | 48                             | 94.1% | 12             | 92.3% | 6                                | 100%  |
| Accessibilità                   | 31                                 | 27.7% | 20                             | 39.2% | 10             | 76.9% | 2                                | 33.3% |
| Planimetria                     | 48                                 | 42.9% | 27                             | 52.9% | 4              | 30.8% | 4                                | 66.7% |
| Volontariato                    | 39                                 | 34.8% | 27                             | 52.9% | 2              | 15.4% | 0                                | 0.0%  |
| Assistenza stranieri            | 57                                 | 50.9% | 13                             | 25.5% | 2              | 15.4% | 1                                | 16.7% |
| Obiettivi OMS                   | 1                                  | 0.91% | 0                              | 0.0%  | 0              | 0.0%  | 0                                | 0.0%  |
| Riferimento in lingua straniera | 3                                  | 2.7%  | 2                              | 3.9%  | 0              | 0.0%  | 0                                | 0.0%  |

tori: presenza dell'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp), accessibilità con i mezzi pubblici, planimetria, attività di volontariato, assistenza ai cittadini stranieri, obiettivi OMS «Health for all by 2000» ed i riferimenti in lingua straniera per i cittadini comunitari ed extracomunitari. La frequenza di esplicitazione degli elementi di qualità relativi ai Presidi ospedalieri tiene conto del fatto che questi ultimi sono stati considerati unitariamente all'interno di ciascuna Asl data la non attribuibilità degli elementi stessi a ciascun Predio intraziendale ma all'intera funzione ospedaliera dell'azienda territoriale.

La tabella 2 evidenzia la presenza dei suddetti indicatori per le due maggiori tipologie di ospedale: Ospedale presidio di Asl ed Ospedale azienda. L'analisi inferenziale tra i modelli di Carte italiane ha evidenziato scarse differenze per quanto riguarda l'impatto dello strumento sulla qualità dell'assistenza. Risultano infatti solo i risultati degli *Odds Ratio* (OR) ottenuti dall'associazione tra tipologia di Ospedale (azienda e Presidio ospedaliero) ed esplicitazione di alcuni elementi di qualità «minori». La frequenza di esplicitazione dell'elemento di qualità «comfort» negli Ospedali azienda è significativamente di circa

quattro volte maggiore rispetto ai Presidi ospedalieri (OR = 4.22), mentre l'esplicitazione dell'«accessibilità» alla struttura è circa due volte più frequente per gli Ospedali maggiori (OR = 2.20). Per quanto riguarda la frequenza di esplicitazione dell'elemento di qualità «assistenza sanitaria per le persone straniere», chiaramente esplicitate negli obiettivi dell'Organizzazione mondiale di sanità (OMS) per il progetto «Health for all by 2000», si evince che l'assistenza sanitaria fornita dai Presidi ospedalieri di Asl è di circa due volte maggiore rispetto all'Ospedale azienda. Questo fenomeno può essere riconducibile alla maggiore attenzione delle strutture territoriali ad istanze di carattere socio-sanitarie ed in particolar modo all'accoglienza dei cittadini extracomunitari e quindi alla loro assistenza.

I questionari sulla qualità percepita dagli utenti sono riportati nelle Carte dei servizi dei Policlinici universitari, Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Asl ed Irccs nelle proporzioni del 100%, 51.0%, 42.0% e 23.1%, rispettivamente mentre i diritti e i doveri dei cittadini sono esplicitati e descritti per le tipologie sopra elencate nelle seguenti proporzioni: 100%, 74.5%, 65.8% e 61.5%.

In tabella 3 è riportata la frequenza di esplicitazione dei tempi di attesa relativi alle prestazioni di ricovero d'urgenza, ricovero ordinario, *day hospital*, ambulatori e riabilitazione per le due tipologie di ospedale individuate. Il test del *Chi-quadro* non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra le frequenze di esplicitazione dei tempi di attesa per i due modelli di ospedale, relativamente ad ognuno dei regimi di ricovero o prestazione considerati.

I tempi di consegna della cartella clinica sono presenti nelle Carte dei Presidi ospedalieri di Asl nel 17.1% dei casi, nel 21.6% delle Aziende ospedaliere, nel 38.5% degli Irccs mentre sono assenti nelle Carte dei Policlinici universitari.

L'analisi ha dunque evidenziato come le Carte dei servizi di Presidi ospedalieri ed Ospedali azienda differiscano soprattutto per quanto riguarda l'esplicitazione di elementi di qualità «minori» come il *comfort* alberghiero e le modalità di accesso alla struttura. Non sono state evidenziate invece differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'esplicitazione di un indicatore di qualità percepito dall'utente come sostanziale, e cioè il tempo di attesa per le diverse modalità di ricovero. Appare dunque evidente

**Tabella 2 - Esplicitazione degli indicatori di qualità nelle Carte dei servizi delle strutture ospedaliere maggiori (Aziende ospedaliere, Irccs e Policlinici universitari) e nei Presidi ospedalieri di Asl (Odds Ratio e intervallo di confidenza al 95%)**

| Indicatore di qualità           | Presidi ospedalieri<br>Asl<br>(n = 112) |       | Strutture ospedaliere<br>maggiori<br>(n = 70) |       | OR   | IC (95%)     |
|---------------------------------|---|-------|---|-------|------|--------------|
|                                 |   |       |   |       |      |              |
| Urp                             | 106                                     | 94.6% | 66  | 94.2% | 0.93 | (0.27, 3.20) |
| Comfort                         | 69                                      | 61.6% | 61  | 87.1% | 4.22 | (1.92, 9.23) |
| OMS-stranieri                   | 57                                      | 50.9% | 16  | 22.8% | 0.34 | (0.18, 0.65) |
| OMS-volontariato                | 39                                      | 34.8% | 29  | 41.4% | 1.32 | (0.72, 2.44) |
| Accessibilità                   | 31                                      | 27.7% | 32  | 45.7% | 2.20 | (1.18, 4.10) |
| Planimetria                     | 48                                      | 42.9% | 35  | 50.0% | 1.33 | (0.72, 2.44) |
| Riferimento in lingua straniera | 3                                       | 2.7%  | 2   | 0.0%  | 1.07 | (0.00, 5.50) |

Tabella 3 - Frequenza di esplicitazione della variabile «tempi d'attesa»

| Regime e tipologia di prestazione sanitaria | Presidi ospedalieri Ausl (n = 112) |       | Strutture ospedaliere maggiori |       |               |       |                                  |       |
|---|------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|---------------|-------|----------------------------------|-------|
|   |                                    |       | Aziende ospedaliere (n = 51)   |       | Ircs (n = 13) |       | Policlinici universitari (n = 6) |       |
| Ricovero d'urgenza                          | 32                                 | 28.6% | 15                             | 29.4% | 3             | 23.1% | 2                                | 33.3% |
| Ricovero ordinario                          | 48                                 | 42.9% | 20                             | 39.2% | 7             | 53.8% | 3                                | 50.0% |
| Day hospital                                | 33                                 | 29.5% | 13                             | 25.5% | 5             | 38.5% | 1                                | 16.7% |
| Ambulatori                                  | 50                                 | 44.6% | 18                             | 35.3% | 7             | 53.8% | 2                                | 33.3% |
| Riabilitazione                              | 19                                 | 17.0% | 6                              | 11.8% | 5             | 38.5% | 3                                | 50%   |

la presenza di un atteggiamento imitativo nei *format* delle Carte dei servizi sanitari italiane.

Un secondo aspetto dell'analisi ha riguardato il confronto tra 70 carte dei servizi degli Ospedali azienda italiani e 10 *Hospital Trusts* del Regno Unito. La tabella 4 mostra che esistono differenze statisticamente significative tra i due paesi relativamente all'esplicitazione di due elementi di qualità (*performance* e tempi di attesa in regime di ricovero ordinario), mentre per accessibilità e planimetria non si evidenziano differenze statisticamente significative. Le Carte del Regno Unito presentano infatti in proporzione maggiore rispetto alle Carte italiane due elementi di qualità che sono percepiti dall'utente come «sostanziali», come l'elencazione della numerosità di casi medici e chirurgici trattati per le differenti specialità ed i tempi di attesa previsti in caso di regime di ricovero ordinario.

## 5. Conclusioni

In Italia, le interpretazioni sul valore specifico della Carta dei servizi nel funzionamento delle Aziende sanitarie sono molteplici. Per alcuni, essa rappresenta uno strumento di *marketing* finalizzato a pubblicizzare

l'Azienda sanitaria o a migliorarne l'immagine, per altri rappresenta uno strumento di «gestione», per altri ancora un «patto» tra Azienda e cittadino.

Se la prima interpretazione risulta evidentemente riduttiva, maggiore attenzione va posta alle altre due. Infatti la Carta dei servizi intesa come strumento di «gestione» consente un forte coinvolgimento degli operatori professionali sugli obiettivi di miglioramento delle prestazioni e del servizio, mentre come «patto» tra Azienda e cittadino consente all'Azienda di erogare servizi secondo *standard* stabiliti in funzione delle risorse disponibili e dei bisogni della popolazione ed al cittadino di verificarne l'effettivo rispetto (Scarpino *et al.*, 1996). Da questo punto di vista la Carta permette di ricostruire un nuovo rapporto tra Ssn e

cittadini utenti. Esso si basa su un nucleo centrale riconducibile al bisogno primario (ad esempio un trattamento chirurgico) e ai benefici secondari (accoglienza, *comfort* in ospedale) (Focarelli F., 1998; Hanau C., 1997).

Lo studio effettuato ha evidenziato come a quattro anni dalla emanazione del D.P.C.M. del 1995, vi sia stata una realizzazione solo parziale dello strumento Carta dei servizi, sia dal punto di vista di semplice adempimento istituzionale (circa la metà delle strutture ospedaliere hanno elaborato ed inviato al Dipartimento del Ministero della sanità al luglio 1998), sia per quanto riguarda il grado di esplicitazione di elementi riferibili alla qualità dell'assistenza sanitaria. Il livello di attenzione e l'adesione al processo di realizzazione della Carta da parte delle strutture sanitarie, in questa fase ini-

Tabella 4 - Frequenza relativa della presenza di indicatori di qualità tra gli ospedali maggiori dell'Italia ed il Regno Unito e valori di p

| Esplicitazione degli indicatori di qualità | Regno Unito (n = 10) |       | Italia (n = 70) |       | p      |
|--|----------------------|-------|-----------------|-------|--------|
|  | Tempi d'attesa       | 9     | 90.0%           | 30    |        |
| <i>Performance</i>                         | 3                    | 30.0% | 0               | 0.0%  | < 0.01 |
| Accessibilità                              | 8                    | 80.0% | 31              | 44.3% | 0.1277 |
| Planimetria                                | 6                    | 60.0% | 48              | 68.6% | 0.5883 |



ziale, possono essere considerati accettabili visto il tempo e le ingenti risorse economiche ed umane necessarie all'attivazione di questo processo.

D'altra parte, il ritardo nella risposta e nella completezza della produzione delle Carte dei servizi a livello ospedaliero evidenzia il fatto che il processo di trasformazione in corso a livello aziendale sia in fase di progressiva attuazione per quanto riguarda il linguaggio e le logiche, mentre lo sviluppo di strumenti aziendali «forti» quali la Carta dei servizi, come origine di un reale sistema di informazione per lo sviluppo di qualità dell'assistenza in particolare modo riferito alle dimensioni di appropriatezza, accessibilità, qualità percepita, trova ancora difficoltà di interpretazione. Dall'analisi delle Carte dei servizi emerge infatti come la loro stesura sia vista come un adempimento normativo da adempiere e non come una reale opportunità di cambiamento. La carta tende quasi inevitabilmente ad assumere una struttura e una veste editoriale voluminosa per le informazioni relative all'organizzazione dei vari servizi offerti dall'azienda, perdendo quelle caratteristiche fondamentali per l'utente di praticità e facilità nella consultazione.

Il numero parzialmente insufficiente delle carte pubblicate conferma che la divulgazione e la conoscenza dei principi, degli *standard* di qualità, gli obiettivi e la loro verifica sono ancora insufficienti per raggiungere ed informare al meglio i cittadini per consolidare quel «patto» e confermare il legame inscindibile tra l'azienda e l'utente stesso.

A questa scarsa divulgazione delle carte si deve aggiungere anche il meccanismo di autoreferenzialità delle aziende sanitarie nel processo di attuazione, dal momento che solo poche aziende sanitarie si sono confrontate con altri soggetti esterni (associazioni,

cittadini, operatori sanitari, ecc.) Infatti gli *standard* di qualità sono elencati e descritti in maniera esauriente ma solo poche aziende hanno avviato processi di verifica di tale *standard*.

Il confronto effettuato tra le Carte degli Ospedali azienda e quelle dei Presidi di Asl evidenzia come siano minime le differenze apprezzabili tra i due modelli nell'orientamento alla qualità dell'assistenza. La struttura Ospedale Azienda presenta maggiore attenzione all'esplicitazione degli elementi di «comfort» alberghiero e di quelli che consentono un più facile raggiungimento della sede ed accesso ai suoi servizi. La maggiore attenzione del Presidio ospedaliero a riferimenti espliciti alla assistenza dei cittadini stranieri in accordo con gli obiettivi dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per il progetto «Health for all by 2000», è riconducibile invece alla maggiore rispondenza delle strutture territoriali ad istanze di carattere socio-sanitarie ed in particolare modo all'accoglienza dei cittadini extracomunitari e quindi alla loro assistenza.

Queste differenze sono «deboli» per poter giustificare un reale impatto differenziato nell'utilizzo dello strumento per finalità gestionali. L'atteggiamento imitativo nei *format* delle Carte appare diffuso e pertanto sottolinea una interpretazione difensiva del mandato istituzionale più che una reale promozione al cambiamento. Un fattore che può aver influito sul valore specifico della Carta dei servizi sta nel modello proposto dalle Linee guida (Ministero della sanità, 2/95). La Carta appare infatti come un documento poco chiaro, scarsamente utilizzabile per una comunicazione chiara, efficace e diffusa. Questo conferma la insufficiente consapevolezza da parte degli operatori sanitari che il miglioramento del rapporto con i cittadini utenti non può essere procrastinato o prorogabile

e non è dettato da soli obblighi di adempimento della norma. Al momento attuale manca all'interno delle Carte, per entrambe i modelli, un orientamento alla esplicitazione dell'assistenza fornita come evidenziato dai risultati di sintesi derivanti dalla elaborazione statistica della reportistica intra-aziendale. Questo fatto emerge ancora più chiaramente dal confronto tra le Carte delle maggiori strutture ospedaliere italiane e quelle del Regno Unito, dove è evidente, nonostante l'esiguità del campione esaminato, una maggiore attenzione alla dichiarazione esplicita delle casistiche e dei tempi di attesa per le prestazioni, migliori indicatori per l'orientamento alla qualità dell'assistenza.

La trasparenza dei servizi erogati, esplicitata all'utenza secondo i parametri suddetti, oltre alla dichiarazione della «mission», consentirebbe alle Carte ospedaliere di rappresentare pienamente quel «patto» che le aziende effettuano con i destinatari dei loro servizi. Per procedere lungo questa strada è necessario che gli organismi di direzione aziendale in generale e gli uffici relazione con il pubblico in particolare si adoperino in questa azione che prevede un periodico aggiornamento delle Carte come strumenti dinamici accessibili all'utenza.

#### BIBLIOGRAFIA

- BARAGHINI G., CAPELLI M. (1997), «La carta dei servizi», in Baraghini G., Capelli M., eds. *Il sistema qualità ISO 9000 in sanità*, Franco Angeli, Milano, pagg. 61-68.
- BARUZZO S., GALLINUCCI M., NASCETTI S., WIENAND U. (1998), «Indicatori della qualità dalla parte dell'utente: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna», *Organizzazione sanitaria*, 5-6, pagg. 84-100.
- CAVALLINI R., FRANCHINI A., WIENAND U. (1998), «I primi passi di un sistema qualità», *De Sanitate*, aprile-maggio, pagg. 42-45.
- CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR, *Informations pratiques pour les patients*

- et les visiteurs*. France (Saumur) (<http://www.ch-saumur.fr/chs2/votrehop.htm>).
- CENTRE HOSPITALIER DE VICHY. France (Paris), *Carte des hopitaux*.
- CENTRE HOSPITALIER DE VICHY. France (Paris), <http://www.ch-vichy.fr/fr/hopital/presentation/activites.htm>.
- DECRETO LEGISLATIVO dicembre 1992, n. 502.
- D.P.C.M. 19 MAGGIO 1995, *Schema generale di riferimento per la Carta dei servizi sanitari*. Supplemento n. 65 alla *Gazzetta Ufficiale* 31 maggio 1995.
- FOCARILE F. (1998), «La qualità dei servizi sanitari: gli indicatori dal punto di vista degli utenti», in Focarile F., eds. *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, Torino, pagg. 147-167.
- HANAU C. (1997), «Le carte dei diritti del malato», in Geddes M., Berlinguer G., eds. *La Salute in Italia. Rapporto 1997*, EDIESSE, Roma, pagg. 87-105.
- HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ESPANA (ZARAGOZA), *Plano de la ciudad* (<http://www.msc.es/insalud/hospitales/miguelservet/general.htm>).
- MINISTERO SANITÀ (1999), *La qualità dei servizi al cittadino nel Servizio sanitario nazionale: valutazione dello stato di attuazione della Carta dei servizi e dei risultati delle esperienze di miglioramento della qualità*. Rapporto sulla qualità dei servizi al cittadino nel Servizio sanitario nazionale. Roma.
- MINISTERO SANITÀ (1995), «Linee guida n. 2/95 Attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale», Supplemento n. 203 alla *Gazzetta Ufficiale* 31 agosto 1995.
- MINISTERO DELLA SANITÀ, Dipartimento della Programmazione sistema informativo sanitario anno 1995-1996.
- RICCIARDI G., DAMIANI G., BOCCIA A., VANINI G.C. (2000), «Patient charter in hospital a tool of quality evaluation an international study», Annual meeting of EUPHA, European Public Health Association, Paris, France 14-16 December 2000 *Reducing health inequalities in Europe*.
- SCARPINO F., VERDECCHIA G., SOTTOCORNOLO G. ET AL. (1996), «La Carta dei servizi», *Salute e territorio*, settembre-ottobre, 98, pagg. 253-259.
- STATA CORPORATION (1999), *Stata Statistical Software: Release 6*, College Station, Texas, USA.
- TAGISH DIRECTORY OF UK HEALTHCARE INSTITUTIONS, [www.tagish.co.uk/links/Health/Trusts/Primary\\_Care\\_Trusts.htm](http://www.tagish.co.uk/links/Health/Trusts/Primary_Care_Trusts.htm).
- BEDFORD HOSPITAL, <http://www.bedhos.anglox.nhs.uk/>.
- BIRMINGHAM CITY HOSPITAL, [http://www.chi.nhs.uk/eng/organisations/west\\_mid/brm\\_city/2002/brm\\_city.pdf](http://www.chi.nhs.uk/eng/organisations/west_mid/brm_city/2002/brm_city.pdf).
- BORDERS GENERAL HOSPITAL, <http://www.show.scot.nhs.uk/bgh/>.
- COUNTESS OF CHESTER HOSPITAL, <http://www.coch.org/>.
- EAST KENT HOSPITAL, [http://www.ekent-hasthames.nhs.uk/how\\_nhs\\_works/hospital\\_trust.stm](http://www.ekent-hasthames.nhs.uk/how_nhs_works/hospital_trust.stm).
- FRIMLEY PARK HOSPITAL, <http://www.frimleypark.org.uk/>.
- GRAMPIAN UNIVERSITY, <http://www.show.scot.nhs.uk/guh/index.htm>.
- HIGHLAND ACUTE, <http://www.show.scot.nhs.uk/haht/>.
- NOTTINGHAM CITY HOSPITAL, <http://www.ncht.org.uk/>.
- PINDERFIELDS AND PONTEFRACTS HOSPITAL, <http://www.panp-tr.northy.nhs.uk/>.

Management ed economia sanitaria

# MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

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

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

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

La lingua ammessa è l'italiano.

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

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, 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.

# CUSTOMER SATISFACTION, QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE PEDIATRICO MEYER DI FIRENZE

Elena Elia, Carlo Barburini

Azienda Ospedaliera Meyer, Firenze

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il Meyer oggi - 3. La ricerca: motivazioni e obiettivi - 4. La modalità di indagine - 5. Le tipologie di pubblico - 6. Gli *item* d'analisi: la traccia dei *focus* - 7. I risultati - 8. Considerazioni finali.

## 1. Introduzione

Nel quadro attuale del sistema sanitario italiano le indagini sulla qualità del servizio sono indubbiamente uno degli strumenti più efficaci ed incisivi attraverso i quali è possibile realizzare un'assistenza di qualità totale, capace di rispondere positivamente alla domanda di salute avanzata dai cittadini-utenti a fronte della progressiva riduzione delle risorse finanziarie a disposizione. Attraverso le indagini di *customer satisfaction* le strutture sanitarie hanno, infatti, modo di confrontarsi direttamente con i propri pubblici di riferimento, di prendere coscienza di richieste e aspettative e sono, quindi, in grado di pianificare, intorno a queste, l'assistenza da erogare, allocando in maniera più precisa e funzionale le risorse delle quali dispongono. Si tratta dunque di uno strumento potenzialmente di grande rilevanza per il sistema sanitario pubblico, sempre più costretto ad un *trade-off* significativo tra qualità del servizio e vincoli di bilancio.

Per produrre miglioramenti effettivi nel rapporto che le strutture sanitarie intrattengono con la propria utenza reale e potenziale, è però necessario che le analisi siano il frutto di studi approfonditi e di un'attenta pianificazio-

ne. È importante che le rilevazioni non siano semplicemente indirizzate a misurare il grado di soddisfazione degli utenti per l'assistenza ricevuta, ma siano in grado di agire proiettivamente anche sul sistema delle aspettative, di misurare quindi, non solo la qualità percepita, ma anche quella attesa. È soprattutto su questo secondo elemento, infatti, che le strutture sanitarie possono e devono agire con maggiore incisività per produrre miglioramenti significativi e di lungo periodo nelle loro modalità di funzionamento. Si tratta di spostare il *focus* dell'indagine dall'esistente alla scoperta dell'inespresso, delle percezioni, delle sensibilità e dell'immaginario condiviso dai soggetti che grande peso hanno in una relazione positiva con le strutture.

Da qui la limitazione costituita da strumenti di rilevazione monodirezionali, quantitativi, quali possono essere i questionari autosomministrati su cui si basano gran parte delle indagini realizzate fino a questo momento; strumenti in grado di fotografare l'esistente ma poco adatti a spingersi oltre, verso il futuro. E da qui l'originalità dell'esperienza realizzata dall'Azienda Meyer, all'interno della quale, dopo anni di sperimentazione, si è giunti alla strutturazione del progetto di «Inda-

gine delle rappresentazioni socio-sanitarie e qualità percepita» (realizzato in collaborazione con il prof. Cipolla ed il dott. Maturo del Dipartimento di sociologia dell'Università di Bologna), condotto durante l'anno 2001. Un'esperienza particolarmente significativa, dal momento che si è mossa su più piani in maniera simultanea, interessando, con una metodologia di tipo qualitativo, pubblici diversi e complementari. L'obiettivo è stato quello di tracciare un primo percorso verso un miglioramento partecipato e condiviso dell'operatività dell'ospedale Meyer e della sua capacità di rispondere in maniera puntuale ed efficiente alla domanda di salute ad essa rivolta dal pubblico dei cittadini.

## 2. Il Meyer oggi

L'ospedale pediatrico Anna Meyer di Firenze rappresenta una delle realtà più rilevanti e dinamiche all'interno del panorama sanitario italiano.

Costruito nel 1884 per volontà del Commendatore Giovanni Meyer a ricordo della propria consorte, l'ospedale è stato tra le prime strutture sanitarie in Italia costituite per occuparsi in maniera esclusiva dei problemi di salute dei bambini, dalla nascita all'a-

adolescenza. La sua fama ha toccato l'apice nell'immediato dopoguerra, quando, sotto l'impulso del professor Cesare Cocchi, all'interno delle sue strutture fu per la prima volta vinta la meningite tubercolare. Alla specificità operativa si è poi aggiunta la capacità di integrarsi in maniera sensibile con il vissuto della città di Firenze, tanto che nel comune linguaggio cittadino la struttura è ancora oggi affettuosamente indicata come l'«ospedalino dei bambini»

Dal 1995 il Meyer, che ospita il Dipartimento universitario di pediatria, è divenuto Azienda ospedaliera autonoma attraverso il riconoscimento della dignità di ospedale di alta specializzazione, una qualifica attribuita in Italia solo a rari ospedali pediatrici. Numerose attività ospedaliere sono inoltre attualmente riconosciute come Centri regionali di riferimento.

Il Meyer è oggi in piena evoluzione riorganizzativa mirata ad esaltare ed espandere gli aspetti qualitativi di settori specifici della cura, della ricerca e dell'assistenza, con l'obiettivo di una forte attrazione su tutto il territorio nazionale ed oltre. Una generale crescita di professionalità sta inoltre sostenendo lo sviluppo di attività sanitarie ad alta specializzazione e il progressivo adeguamento di strutture e servizi per le specifiche esigenze dei bambini.

In un'ottica di questo genere si colloca l'affiancamento, ai tradizionali progetti di ricerca medico-scientifica, di indagini di matrice socio-psicologica che intendono analizzare nella sua interezza e complessità l'esperienza di ricovero vissuta dagli utenti della struttura e che hanno l'obiettivo finale di portare l'ospedale Meyer a diventare un centro di assistenza totale, capace di intervenire in maniera articolata e completa sullo stato di benessere biopsicosociale che si definisce salute.

Molte di queste ricerche sono peraltro il frutto di sponsorizzazioni fina-

lizzate, erogate da aziende che hanno da tempo creduto e continuano a credere nelle potenzialità dell'ospedale pediatrico Meyer. Tra queste l'Azienda Mukki latte di Firenze, *sponsor* ormai da anni dell'ospedale per la realizzazione dei progetti di ricerca incentrati sul miglioramento della qualità del servizio assistenziale.

### 3. La ricerca: motivazioni e obiettivi

Attraverso la ricerca «Indagine delle rappresentazioni socio-sanitarie e qualità percepita», si è voluto indagare sulla percezione della qualità del servizio sanitario da parte degli utenti dell'ospedale Meyer e dai loro familiari. Premessa dello studio è stata, infatti, la considerazione dell'importante influenza che le percezioni individuali e collettive possono avere sulla strutturazione delle aspettative nei confronti di un ospedale e del personale che al suo interno opera. Tali aspettative hanno spesso diretta influenza sul sentimento di fiducia che necessariamente deve costituire la base del trattamento assistenziale, perché questo possa esprimere al meglio i suoi benefici effetti. In altri termini, è molto frequente che le aspettative dei soggetti nei confronti di una struttura e del personale che ne costituisce l'operatività influenzino in maniera sensibile i comportamenti che saranno tenuti all'interno di tale ambiente, orientandoli principalmente o verso il polo positivo (collaborazione) o verso quello negativo (ostruzionismo e ribellione). Quando si parla di assistenza sanitaria, però, è fondamentale che si crei un rapporto di cooperazione e tensione verso un obiettivo comune, perché il processo di cura possa avere risultati positivi, ed è quindi necessario che gli atteggiamenti che possono agire da fattori inibenti verso questi comportamenti virtuosi siano marginalizzati e, possibilmente, annientati. Ciò non

sempre è possibile nel caso di interazioni all'interno di contesti sanitari, dal momento che situazioni di *stress* determinate dalle malattie, sommate alla sofferenza ed al dolore che esse comportano, intaccano spesso le capacità di analisi razionale della situazione, lasciando spazio ad atteggiamenti di tipo emotivo meno controllabili e poco collaborativi.

Atteggiamenti di frustrazione, irriducibilità e tensione, peraltro, vanno poi ad influire in maniera ancora più stabile nella costruzione e gestione dei rapporti interpersonali quando si consolidano e si stabilizzano, intaccando il concetto di fiducia che deve essere alla base di un proficuo rapporto medico-paziente. In questi casi, infatti, la collaborazione tra i due soggetti raggiunge spesso livelli minimi, e lo scollamento tra le prospettive dell'uno e dell'altro arriva persino a mettere a repentaglio il risultato dell'azione terapeutica. Sono questi i casi in cui le aspettative dei pazienti o dei loro familiari si scollano dalla realtà e si amplificano fino ad arrivare a *desiderata* irrealizzabili da parte della struttura, mentre dall'altra parte il personale si rinchiude nella propria attività professionale e nella tecnica, tralasciando la comunicazione. Il dialogo si interrompe, quindi, ed i due soggetti procedono su binari separati, la cui efficacia diminuisce in maniera inversamente proporzionale alla distanza frapposta.

La difficoltà operativa che si collega a queste situazioni di «stallo» e di difficoltà relazionale diventa peraltro maggiore quanto più il successo dell'operatività della struttura sanitaria è legato alla sua capacità di coniugare efficacia ed efficienza, incisiva capacità di intervento e abilità nel contenimento dei costi per la sua realizzazione. In situazioni di questo genere, infatti, sempre più comuni all'interno del nostro sistema sanitario nazionale, tutte le energie dei soggetti a diverso

titolo coinvolti nel processo di cura devono necessariamente essere indirizzate verso un obiettivo comune, che non permette distrazioni e deviazioni, pena l'insuccesso complessivo dell'intervento.

#### 4. La modalità di indagine

Il progetto di ricerca ha fatto ricorso ad una metodologia di indagine di tipo qualitativo, privilegiando un sistema di raccolta delle informazioni che ha fatto ricorso a *focus group* e interviste semi-strutturate.

Attraverso il primo metodo è stato possibile indagare in modo non direttivo le rappresentazioni della salute e cura dei genitori dei bambini, le loro esperienze all'interno del Meyer, le immagini sociali possedute nei confronti dell'ospedale. I *focus group* infatti prevedono la realizzazione di discussioni collettive con pubblici omogenei e sotto la supervisione di uno o più ricercatori. Nel corso di tali incontri sono stati quindi presentati alcuni temi inerenti all'esperienza sanitaria, lasciando che poi fossero i soggetti di volta in volta intervenuti a discuterli, dando una interpretazione rispetto ai significati, assegnando loro una priorità e quindi una proporzionale rilevanza nell'ambito dell'incontro. In questo senso gli argomenti presentati sono stati utilizzati in modo molto flessibile dai soggetti interpellati, quasi a costituire un canovaccio che, di incontro in incontro, poteva essere rivisto e reinterpretato, modificato. Questa modalità è stata giudicata appropriata nell'ottica di indagare tutti gli aspetti particolarmente significativi per l'ospedale, senza che diventassero tappe obbligate nel percorso d'indagine e potessero quindi essere percepite dai soggetti come imposizioni di fronte alle quali era necessario avere opinioni e formulare giudizi. Si è trattato, invece, di suggerimenti, di stimoli alla

conversazione utilizzati appropriatamente dai ricercatori per ottenere maggiori e più complete informazioni.

Il processo di raccolta dei dati di ricerca è stato completato attraverso la realizzazione di interviste semi-strutturate con soggetti singoli. Esse hanno infatti permesso di focalizzare meglio alcuni ambiti di indagine, sviluppandoli ed approfondendoli, e di circoscriverli ponendovi una maggiore enfasi. La mancata discussione degli argomenti da parte di gruppi omogenei di soggetti è stata in questo caso controbilanciata dalla possibilità di indagare in maniera più approfondita esperienze singole e più private, difficilmente condivisibili in un contesto collettivo. Si è, in particolare, fatto ricorso a questo secondo strumento di indagine nel momento in cui difficoltà operative, connesse a particolari situazioni di permanenza degli utenti all'interno dell'ospedale, richiedevano colloqui singoli, più riservati e meglio gestibili in termini di spazi e di tempi rispetto alle interviste di gruppo.

#### 5. Le tipologie di pubblico

La ricerca si è rivolta complessivamente a sei tipologie di soggetti rappresentanti categorie maggiormente coinvolte nel processo di miglioramento della qualità del servizio ospedaliero, in particolare: genitori di bambini che hanno vissuto in tempi diversi l'esperienza dell'ospedalizzazione; rappresentanti delle associazioni del volontariato e dei genitori che operano in maniera sostanzialmente stabile all'interno della struttura ospedaliera; esponenti delle categorie professionali che costituiscono l'operatività sanitaria (caposala dei reparti di ricovero ed esponenti della componente medica degli stessi reparti).

Per quanto riguarda la prima tipologia di soggetti individuata, sono stati contattati *genitori di bambini che erano stati ospedalizzati nel passato* (la selezione ha riguardato il periodo gennaio-settembre 2001: in questo modo, infatti, l'esperienza provata era allo stesso tempo sufficientemente lontana nel tempo da poter essere valutata in termini obiettivi, e sufficientemente vicina da non essere stata dimenticata o alterata attraverso il meccanismo del ricordo), e *genitori di bambini che erano ricoverati al momento della rilevazione*. In questo caso, l'esigenza dei genitori di assistere continuamente il proprio figlio ricoverato, nonché l'emotività connessa alla situazione di crisi, hanno convinto i ricercatori a realizzare le interviste individuali anziché i *focus group*, e a modificare parzialmente l'insieme delle tematiche affrontate. In alcuni casi,

Tabella 1 - Quadro attività di ricerca

| Tipo di pubblico  | Numero partecipanti  | Focus group | Interviste individuali |
|---|----------------------|-------------|------------------------|
| Genitori di bambini ospedalizzati nel passato               | 8                    | •           |                        |
| Genitori di bambini correntemente ospedalizzati             | 18                   |             |                        |
| Genitori di bambini mai ospedalizzati                       | 3 coppie di genitori | •           |                        |
| Caposala e responsabili di servizi                          | 10                   | •           |                        |
| Medici  | 6                    |             |                        |
| Rappresentanti Associazioni dei genitori e del volontariato | 16                   | •           |                        |

inoltre, la presenza all'interno dell'ospedale di bambini di età particolarmente elevata e, quindi, in grado di partecipare personalmente all'intervista ha permesso la loro diretta partecipazione alle discussioni e quindi la raccolta di indispensabili elementi d'informazione relativi all'esperienza vissuta personalmente.

L'indagine del pubblico genitoriale ha poi trovato completamento attraverso un *focus group*, particolarmente originale, realizzato con *i genitori di bambini che, pur essendo in età pediatrica, non hanno mai avuto necessità di essere ricoverati al Meyer*. Si è infatti trattato in questo caso di ammettere, come fonte informativa, non solo gli utenti reali, più o meno recenti, della struttura, ma anche quelli solamente potenziali, nei confronti dei quali si è voluto indagare con particolare interesse l'aspetto della qualità attesa, senza che la percezione diretta del servizio erogato potesse in qualche modo indirizzare giudizi ed opinioni. Dal punto di vista della ricerca si è trattato di un'esperienza molto significativa per un duplice motivo: non è stata riscontrata in letteratura documentazione di analisi simili, all'interno delle quali cioè l'interesse dei ricercatori sia stato diretto agli utenti potenziali delle strutture poste sotto esame; allo stesso tempo, il valore di queste opinioni è estremamente alto per uno studio che si proponga di indagare non solo il livello di soddisfazione degli utenti nei confronti del servizio offerto, ma anche le aspettative ed i desideri posseduti in termini di prestazioni sanitarie pubbliche.

I genitori sono stati contattati grazie alla gentile collaborazione di un pediatra di base che opera sul territorio fiorentino e che da tempo collabora attivamente con l'ospedale, dimostrando una particolare sensibilità al miglioramento.

Tutti hanno partecipato attivamente all'incontro organizzato ed hanno fornito importantissime informazioni, specialmente per quanto riguarda gli aspetti della qualità attesa, delle aspettative di assistenza e della domanda di salute rivolta alle strutture sanitarie di tipo pediatrico. Sono quindi stati particolarmente felici di partecipare attivamente alla rilevazione e di poter così contribuire a fare dell'ospedale un punto di riferimento sempre più all'avanguardia nell'assistenza all'infanzia.

Le informazioni raccolte tramite i *focus group* e le interviste sono poi state arricchite attraverso incontri realizzati con pubblici complementari, più «interni» alla struttura e quindi in grado di analizzarne pregi e difetti da un punto di vista differente rispetto all'utenza.

Si è trattato dei rappresentanti delle *associazioni dei genitori e del volontariato* che quotidianamente operano all'interno dell'ospedale in supporto sia dei pazienti che del personale, e dei rappresentanti della componente medica ed infermieristica dell'azienda.

I primi hanno costituito una importantissima fonte di informazioni in funzione del loro ruolo all'interno della struttura. Coloro che operano in maniera volontaristica all'interno dell'ospedale sono soggetti esperti del suo funzionamento e capaci di facilitare l'interazione tra i genitori di bambini che ricorrono al Meyer in situazioni di bisogno ed il personale aziendale preposto alla realizzazione del servizio. Le loro opinioni ed i loro giudizi sull'esperienza ospedaliera, nonché le loro valutazioni sulla qualità dell'operato aziendale, rappresentano quindi testimonianze significative per i ricercatori, dal momento che i loro giudizi si sono dimostrati più completi ed articolati in quanto frutto di un'esperienza prolungata nel tempo e più obiettiva. Allo stesso tempo si tratta di sog-

getti molto influenti nella strutturazione dei giudizi degli stessi genitori-utenti, dal momento che l'*expertise* permette loro di presentarsi come *opinion-leader* in grado di orientare i giudizi dei genitori che raggiungono l'ospedale per necessità, di influenzarli, anche se non necessariamente in maniera consapevole. In questo modo la rilevanza delle loro valutazioni diventa importante, anche perché capace di diffondersi attraverso il contatto personale ed il passaparola, con rilevanza indubbiamente maggiore rispetto al parere di singoli soggetti.

Includere nell'ambito dei pubblici oggetto di rilevazione anche il *personale sanitario aziendale* (caposala dei reparti di ricovero e responsabili medici degli stessi, intervistati separatamente) ha rappresentato un ulteriore elemento di novità del progetto. Le tradizionali modalità di indagine sulla qualità del servizio non prevedono, infatti, l'immediato confronto tra opinioni espresse dall'utenza e giudizi del personale che quotidianamente realizza il servizio interagendo con il pubblico. In questo caso si è invece ritenuto importante completare le informazioni raccolte dai pubblici utenti reali e potenziali della struttura, attraverso una serie di *focus group* che avessero come protagonisti i professionisti, medici ed infermieri, che operano all'interno dell'ospedale. Questa modalità operativa è stata elaborata in seguito alla considerazione dei possibili limiti di analisi che si focalizzano solamente sull'utenza, con il rischio di attribuire un eccessivo peso a valutazioni formulate in situazioni di tensione e di alterazione emotiva, basate su esperienze parziali — ancorché importantissime — della struttura e quindi, se caricate di eccessiva rilevanza, svianti ai fini della pianificazione di interventi di miglioramento. In questo modo invece le due prospettive, dei cittadini e di coloro che realizzano i

servizi, possono completarsi a vicenda, determinando, in maniera negoziata non solo le aree in cui l'azienda deve rivedere modalità operative e gestionali, cambiandole o migliorandole, ma anche le zone al cui interno gli utenti reali e potenziali devono essere educati ad un rapporto diverso e più collaborativo con le strutture.

I *focus group* sono stati realizzati in maniera tale da alternare le varie tipologie di pubblici: operatori e genitori si sono succeduti durante lo svolgimento della ricerca in modo tale da non essere interpellati tutti contemporaneamente. Questo tipo di andamento «ondulatorio», ha permesso di confrontare in tempi ravvicinati le diverse visioni, di approfondire temi ritenuti di particolare rilevanza o di porre immediatamente a confronto visioni apparentemente difformi.

## 6. Gli item d'analisi: la traccia dei focus

La struttura dei *focus group* è stata comune per ogni tipo di pubblico. Durante ogni incontro è, infatti, stata seguita la stessa traccia di argomenti. L'omogeneità ha permesso la raccolta di dati confrontabili tra loro, mentre la flessibilità nelle modalità di organizzazione interna delle discussioni ha consentito che i singoli temi fossero caricati di pesi specifici diversi in relazione all'importanza assegnata dai pubblici interpellati. È stata, infatti, lasciata libera la scelta degli argomenti su cui soffermarsi più a lungo e il loro ordine di importanza.

L'articolazione delle conversazioni ha fatto riferimento al percorso che i cittadini seguono al momento in cui accedono alla struttura prendendo le mosse dall'accoglienza e l'accettazione per poi proseguire con l'analisi della struttura e degli aspetti connessi al *comfort*, i processi di diagnosi e cura, le relazioni all'interno del reparto di

degenza, la gestione della dimissione, la promozione della salute. Temi importanti per la valutazione del servizio assistenziale perché rappresentano i momenti fondamentali della sua articolazione e pertanto possono essere fatti oggetto di politiche di intervento specifiche. Naturalmente ognuno di essi è stato affrontato in maniera diversa a seconda del tipo di pubblico di volta in volta interpellato: mentre nel caso di genitori che avevano avuto esperienza del Meyer si chiedeva di raccontare e giudicare l'esperienza concreta effettuata, nel caso di utenti solo potenziali della struttura si è cercato soprattutto di individuare le possibili aspettative, indagandone le rappresentazioni mentali.

Una particolare enfasi è stata data in ogni incontro al tema della promozione della salute, dal momento che questo argomento sta diventando progressivamente centrale all'interno dell'operatività del Servizio sanitario nazionale. Sotto la spinta delle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità ed in rispondenza alle sempre più complesse esigenze operative del sistema, infatti, i temi dell'educazione al benessere e della prevenzione delle malattie sempre più centrali nella strutturazione di un sistema assistenziale in grado di essere allo stesso tempo efficace (capace di rispondere ai bisogni direttamente manifestati dagli utenti reali e potenziali) ed efficiente (in grado quindi di utilizzare in maniera funzionale risorse finanziarie progressivamente più scarse a fronte di un incremento della domanda di salute rivolta dai pubblici). È sembrato quindi fondamentale indagare l'importanza di questo tema nella rappresentazione mentale e nella definizione di salute che i cittadini hanno, per strutturare campagne d'azione in grado di produrre significativi risultati.

## 7. I risultati

I risultati dell'analisi sono stati estremamente interessanti, non soltanto perché l'ampia partecipazione dei soggetti di studio ha permesso di tracciare un quadro dettagliato e articolato delle opinioni e dei giudizi posseduti nei confronti della struttura, ma anche perché si sono avuti contenuti molto più profondi di quelli che erano stati inizialmente preventivati. Tutti i pubblici interpellati, hanno, infatti manifestato una sorprendente maturità critica nei confronti della struttura, ed hanno avanzato verso di essa osservazioni sempre molto circostanziate ed argomentate. In particolare, è emerso in maniera significativa un sentimento forte di empatia nei confronti dell'ospedale, e questo ha spesso contenuto l'emotività a favore di una maggiore obiettività, stemperando le critiche, trasformandole in suggerimenti per un miglioramento complessivo. In particolare, i genitori che hanno avuto modo di entrare in contatto diretto con la struttura si sono spesso messi in gioco in maniera diretta, indicando se stessi come portatori di richieste a volte difficilmente giustificabili se non con l'emotività connessa all'esperienza di ricovero. Hanno pertanto dato prova di essere, da un certo punto di vista, molto più consapevoli di quanto ci si aspettasse di fronte alla necessità di rendere il processo di cura un'azione sinergica e, almeno in parte, negoziata, tra utenti e personale sanitario.

Una considerazione generale può, inoltre, essere fatta per quanto riguarda le caratteristiche sociali dei soggetti che hanno espresso maggiormente le proprie opinioni: dall'analisi dei commenti emerge una certa propensione alla critica da parte di genitori di livello culturale medio-alto, laddove i genitori con un basso livello di scolarizzazione sono apparsi molto più soddisfatti. L'apparente cointrointuitività



del dato — genitori con poca scolarizzazione potrebbero avere più difficoltà a comprendere le informazioni mediche e quindi essere più amareggiati o scontenti, meno soddisfatti — è motivata probabilmente da una diversa spiegazione del fenomeno: genitori con alti livelli di scolarità pretendono di più, sono più consapevoli dei propri diritti e non sono affatto intimoriti dalla struttura.

### 7.1. L'accoglienza e l'accettazione

Entrando nel merito dei risultati dell'indagine, è stato preso in considerazione come primo aspetto l'impatto che si ha all'ingresso nella struttura, sia in termini di accoglienza che di accettazione. Si è infatti ipotizzato, come poi è stato effettivamente confermato dalla ricerca, che il primo contatto con la struttura possa avere una forte influenza sulle opinioni che l'utente si fa e sulla base delle quali imposta conseguentemente il suo comportamento di relazione. La prima impressione, benché possa essere smentita dai fatti successivi, dà infatti forma a un *frame* cognitivo, ovvero una «cornice», un modo di interpretare gli eventi futuri, che funziona da filtro e quindi da «pre-giudizio», sia positivo sia negativo. In altri termini, un impatto positivo con la struttura rende il genitore fiducioso e ben disposto verso le altre azioni e comunicazioni cui lui/lei e il bambino, saranno sottoposti («la fase dell'accoglienza è la più importante. In base all'accoglienza uno si fa l'idea di tutti gli aspetti dell'ospedale»).

La prima comunicazione, quindi, che la struttura emette riguarda se stessa: al di là di qualsiasi contenuto informativo trasmesso, attraverso le modalità di accoglienza/accettazione veicola innanzitutto informazioni sul modo in cui «vuole» essere osservata,

sul modo in cui si pone nei confronti degli altri.

I due termini di accoglienza ed accettazione sono stati presentati insieme durante i *focus group* e le interviste individuali, senza distinzioni preliminari e, volutamente, senza che fossero forniti chiarimenti riguardo al loro significato o uso. È stato infatti ritenuto importante che fossero gli stessi soggetti a riempire di significato le parole, e che in tal modo facessero spontaneamente emergere narrazioni di esperienze vissute. Così è stato possibile indagare questi due aspetti di terapia in modo non direttivo, conoscere l'impatto emotivo che l'ingresso in ospedale ha comportato e comprendere conseguentemente le modalità attraverso cui nascono le predisposizioni favorevoli o sfavorevoli nei confronti della struttura. In altri termini, le opinioni dei genitori ci hanno indicato i significati attribuiti ai vari termini (accoglienza/accettazione) in relazione alle esperienze alle quali sono stati associati ed all'impatto emotivo ad essi connesso.

Passando alle risposte ottenute nei *focus*, dalla loro analisi emerge come, benché l'accoglienza riservata dall'ospedale Meyer sia valutata in maniera sostanzialmente positiva, non manchino suggerimenti atti a migliorarla ulteriormente, personalizzandola sulla base di richieste negoziate. I due aspetti sono contraddittori solo in apparenza, dal momento che i suggerimenti dimostrano la volontà dei soggetti di partecipare al processo di miglioramento complessivo che la struttura ha messo in atto con la ricerca. Le proposte sono infatti significativamente precedute da considerazioni su come i commenti siano in qualche modo «accessori» rispetto al servizio già fornito, ma siano capaci di integrarlo funzionalmente nel momento in cui la struttura voglia perfezionarsi ulteriormente.

Niente di accessorio, invece, per quanto riguarda il contenuto, dal momento che le osservazioni si concentrano su aspetti dell'esperienza personale e collettiva ai quali è importante che le strutture sanitarie facciano sempre attenzione. È infatti fondamentale che gli ospedali, come tutte le strutture di servizio, mantengano un contatto costante con l'utenza per verificare i cambiamenti comportamentali, e conseguentemente nelle esigenze, che derivano dai più ampi mutamenti dell'ambiente sociale. Il problema linguistico, ad esempio, derivante dalla sempre più massiccia presenza di stranieri all'interno delle società nazionali, impone agli ospedali un'attenzione mai prima sentita verso l'internazionalizzazione della capacità comunicativa, l'acquisizione di abilità di comprensione ed adattamento verso comportamenti, abitudini e sensibilità culturalmente determinate. Gli elementi di diversità devono infatti necessariamente integrarsi per il raggiungimento dell'operatività condivisa che sta alla base del successo nei processi di cura. Materiali informativi redatti in più lingue straniere, interpreti a disposizione degli utenti ed una certa flessibilità nelle modalità di realizzazione dell'attività sanitaria sono quindi importanti per costruire un servizio funzionale ed effettivamente internazionale.

Tornando invece al significato dei termini «accoglienza» e «accettazione» è stato possibile osservare come nella maggioranza dei casi fosse condivisa una certa significativa differenza tra i due aspetti. Scoprirli ha permesso all'ospedale di individuare gli elementi del suo operare dotati di un maggiore impatto sull'utenza e che quindi potevano e dovevano essere fatti oggetto di azioni di miglioramento. Nella maggioranza dei casi, infatti, l'accettazione è considerata una sorta di «certificazione» istituzionale, un obbligo burocratico da ottemperare

Tabella 2 - Sintesi risultati ricerca

| Aspetti indagati           | Giudizio | Miglioramenti realizzabili  | Interventi possibili  |
|----------------------------|----------|---|---|
| Accoglienza e accettazione | Buono    | Accoglienza di tutta la famiglia e non solo del bambino                       | Fornire ai genitori tutte le informazioni utili per la loro permanenza in ospedale  |
|                            |          | Attenzione ai cambiamenti sociali e culturali                                 | Realizzare materiale informativo in più lingue straniere  |
|                            |          |   | Mettere interpreti a disposizione degli utenti stranieri  |
|                            |          |   | Rendere più flessibile l'attività aziendale in base alle esigenze socio-culturali degli utenti  |
| Spazi                      | Scarso   | Adeguatezza delle strutture alle esigenze dei genitori                        | Predisporre spazi/strutture per la permanenza notturna  |
|                            |          |   | Predisporre servizi igienici vicini alle stanze di degenza  |
|                            |          |   | Realizzare mense e servizi di ristorazione interni  |
|                            |          | Privacy   | Separare i bambini più grandi in base a sesso ed età  |
|                            |          |   | Avere a disposizione spazi riservati per gli interventi sui bambini più grandi  |
|                            |          |   | Realizzare sale d'attesa più riservate  |
| Cibo                       | Medio    | Orari   | Assimilare gli orari di servizio dei pasti a quelli «normali» per i bambini   |
|                            |          | Qualità/quantità  | Prestare maggior attenzione alle variazioni di menu/menu personalizzati   |
|                            |          | Presentazione   | Presentare il cibo «come a casa», dare la possibilità ai genitori di distribuire personalmente il cibo ai propri bambini  |
| Tempi sanitari             | Buono *  | Eliminare ritardi, lunghe attese e rinvii                                     | Migliorare il collegamento tra reparti e funzioni aziendali. Potenziare la comunicazione  |
| Percorsi socio-sanitari    | Medio    | Definizione di percorsi di medio raggio                                       | Incrementare la comunicazione tra personale sanitario e genitori, definire prospettive di intervento più lunghe della quotidianità, dove possibile  |
|                            |          | Individuazione di un medico di riferimento                                    | Presentare ai genitori un medico di riferimento per tutto il ricovero, dove possibile   |
| Follow up                  | Medio    | Realizzare percorsi di lungo periodo che vanno oltre l'esperienza di ricovero | Stabilire contatti continuativi tra l'ospedale e le famiglie, comunicazioni periodiche soprattutto per bambini con malattie croniche  |
| Promozione della salute    | Buono    | Ospedale come punto di riferimento stabile per la promozione della salute     | Realizzare interventi di comunicazione su più media   |
|                            |          |   | Stabilire una maggior integrazione con i pediatri di base sul territorio  |
|                            |          |   | Fare attenzione a temi «quotidiani» quali: alimentazione, pronto soccorso, formazione intellettuale dei bambini, prevenzione della depressione infantile, ricerca medico-scientifica realizzata all'interno dell'ospedale, medicina alternativa, promozione di sani stili di vita |

\* I genitori non si sentono adeguati a giudicare la scansione delle attività sanitarie perché riconoscono questa attività di competenza del personale sanitario.

che registra il passaggio, l'entrata. L'accoglienza non è invece un atto, bensì un processo, una serie di incontri nei quali ci si aspetta calore umano, partecipazione e empatia da parte degli operatori sanitari. In particolare, i genitori hanno fatto presente come per loro l'accoglienza non significhi «accogliere il genitore» o «accogliere il bambino», bensì prendersi cura di tutta la famiglia. L'efficienza delle strutture deputate a questa funzione — la «hall con la signorina ben vestita che dà il buongiorno» — sono sì importanti, ma secondarie rispetto alla «stanza» dell'assistenza che, per essere appropriata, deve rivolgersi contemporaneamente sia ai bambini assistiti sia ai loro familiari.

L'ospedale pediatrico non è infatti solo un ospedale per i bambini, ma deve essere un *ospedale per le famiglie*, poiché il trattamento medico deve essere necessariamente realizzato in collaborazione con i genitori che forniscono un indispensabile supporto psicologico e materiale. In un'ottica di questo tipo, quindi, l'accoglienza del nucleo familiare che si rivolge alla struttura sanitaria non può essere indirizzata ad uno solo dei suoi componenti, ma deve coinvolgere tutti, e deve tenere conto della particolare situazione di *stress* alla quale la famiglia è in quel momento sottoposta. Il principio ispiratore di questo servizio di accoglienza deve, quindi, diventare quello efficacemente suggerito da un utente interpellato: «Le informazioni andrebbero date, non cercate», e date in maniera chiara e comprensibile, accompagnate da un significativo gesto di accoglienza, che strutturi fin dall'inizio l'intenzione cooperativa delle parti, utenza e personale sanitario, che nell'ospedale si incontrano.

## 7.2. Gli spazi

Negli incontri su spazi e funzionalità dell'ospedale, si è premesso che le carenze strutturali, alle quali è soggetto al momento l'ospedale Meyer, sono ben note non solo all'ospedale, ma all'intero territorio cittadino. L'indagine, in questo caso, ha avuto pertanto una finalità diversa dal far esprimere agli interpellati una valutazione dell'esistente: in vista della realizzazione di una nuova struttura, commenti e suggerimenti saranno considerati elementi centrali intorno ai quali far ruotare la progettualità, per far sì che il nuovo ospedale possa fin dall'inizio prestarsi in maniera più funzionale e completa. La volontà del Meyer di diventare non più solo l'ospedale dei bambini, ma l'ospedale di tutta la famiglia, infatti, fa sì che l'attenzione debba essere parzialmente spostata dall'analisi delle richieste relative ai piccoli pazienti, per includere anche quelle che soddisfino le esigenze dei genitori bisognosi di spazi, di servizi, di strutture in grado di supportarli durante il periodo dell'assistenza ospedaliera. La loro presenza all'interno dell'ospedale è infatti importante per il successo del processo di cura, dal momento che completa l'assistenza più prettamente sanitaria, integrandola e potenziandola.

Altra considerazione fondamentale riguarda l'inserimento della parentesi di ricovero all'interno del sistema di vita dei piccoli pazienti: l'ospedalizzazione, infatti, deve cercare di integrarsi in maniera armonica nella vita dei bambini per non stravolgerla, con il rischio di provocare traumi conseguenti. È pertanto importante, segnalano in maniera unanime i genitori, che siano per quanto possibile rispettati gli orari propri della quotidianità infantile, e che l'operatività sanitaria si inserisca al loro interno senza traumi. Un tema particolarmente sentito

a questo proposito è quello della *privacy* dei bambini più grandi all'interno delle stanze di degenza. In ospedale infatti la disposizione dei pazienti nelle stanze di degenza non sempre riesce a tener conto di parametri quali sesso ed età. Questo fa sì che, in alcuni casi, all'interno dello stesso ambiente si trovino bambini grandi e piccoli, di sesso diverso, sottoposti a trattamenti per la cui realizzazione serve una certa *privacy*. L'impossibilità di garantire la riservatezza in questi casi è sentita come uno dei problemi maggiori connessi al ricovero e pertanto una delle aree di intervento a più alta priorità, dal punto di vista strutturale ed organizzativo.

Lo stesso elemento della *privacy* è poi fortemente sentito anche dai genitori per quanto riguarda, ad esempio, le sale d'attesa antistanti i reparti di degenza: anch'esse, infatti, non garantiscono la riservatezza necessaria ad un genitore per accettare la condizione di malattia del figlio e poter gestire in maniera privata i propri sentimenti e stati d'animo.

Entrambe queste segnalazioni, oltre al valore che esprimono in termini di esperienza privata dei singoli che le hanno esternate, hanno per la struttura un valore più ampio, dal momento che impongono all'ospedale un'attenzione ad aspetti altri e diversi rispetto a quelli connessi al processo medico e di cura, eppure ad esso complementari, indispensabili per il successo dell'attività. Dalla loro analisi emerge l'importanza non solo di venire incontro alle esigenze manifestate nello specifico, ma di ampliare la visuale complessiva dell'ospedale in termini di relazione con i propri utenti, di acquisire la capacità empatica che permette di rendere questi elementi parte dell'operatività quotidiana.

### 7.3. Il cibo

A conferma di quanto detto sono le considerazioni fatte per altri aspetti organizzativi e strutturali che meno hanno a che fare con un concetto di tipo tradizionale dell'attività ospedaliera e che però, nell'ottica di una struttura che sa seguire ed integrarsi con i mutamenti del contesto sociale in cui opera, diventano progressivamente più importanti.

Il tema dei pasti, ad esempio, della loro articolazione e scansione giornaliera, si è rivelato più centrale di quanto ci si potesse aspettare nell'economia dell'attività assistenziale ospedaliera, come hanno dimostrato le dichiarazioni dei genitori. È vero che l'incremento di importanza dato a questo aspetto può essere connesso all'eccessivo benessere nel quale la nostra società italiana si sta abituando a vivere e che fa sì che il cibo diventi quasi un valore sociale, un elemento al quale attribuire un'importanza eccessiva, specialmente per quanto riguarda l'infanzia. Ad un'opinione di questo genere, espressa in maniera molto chiara da uno dei professionisti sanitari e certamente condivisibile almeno in maniera parziale, fanno tuttavia da contraltare le segnalazioni dei genitori, che non si sono mai stancati di ripetere come il cibo, servito in qualità, quantità ed orario appropriato, abbia un impatto sensibilmente positivo sull'andamento del processo di cura e come, quindi, sia un elemento da rendere centrale nel percorso verso un concetto di salute effettivamente completo. I genitori hanno infatti posto molta enfasi su alcuni aspetti della ristorazione, segnalando come per loro sia ad esempio fondamentale che gli alimenti siano presentati in modo tale da risultare appetitosi, poiché in questo modo si riducono gli sprechi che la struttura invece sostiene quando gran parte di essi viene gettata, o come sia

importante che lo stesso cibo sia possibilmente offerto ai bambini direttamente dalle mamme, così da mantenere il rapporto personale che lo rende più accettabile. Quello che i genitori chiedono è, quindi, in sostanza, di essere maggiormente coinvolti nel processo di gestione della ristorazione, partecipando alla definizione dei *menu* per i bambini che non hanno particolari vincoli ed alla sua distribuzione. Richieste esaudibili nel caso in cui la struttura abbia a disposizione una cucina interna e riesca a strutturare una collaborazione positiva con i genitori, che si integrano nell'attività infermieristica alleggerendola di alcune mansioni.

### 7.4. I tempi sanitari

Se richieste specifiche sono state fatte dai genitori in termini di partecipazione alla gestione delle attività non sanitarie connesse al ricovero, non sono invece stati proposti cambiamenti per quanto riguarda la scansione degli altri «tempi sanitari». Su questo tema, infatti, i genitori hanno espresso la convinzione che le esigenze operative specialistiche rappresentino vincoli rispetto ai quali non si può derogare, e nei confronti dei quali è necessario fornire la massima cooperazione.

Solo i ritardi difficilmente comprensibili, le lunghe attese ed i rinvii sono considerati inaccettabili. Questi sono spesso imputati ad una scarsa organizzazione interna della struttura, alla mancanza di una comunicazione efficace tra il personale sanitario. Difficile, infatti, risulta comprendere come possano esserci problemi di connessione tra reparti e servizi, problemi di relazione interpersonale tra soggetti che dovrebbero invece operare tutti per un medesimo fine e che, benché essi stessi esseri umani, dovrebbero diventare qualcosa di più nel momento in cui indossano il camice o la divi-

sa. Dovrebbero essere cioè in grado di anteporre il corretto e puntuale esercizio della propria professione agli stati d'animo momentanei, ai rancori interpersonali. Le tecnologie, poi, dovrebbero fare il resto, mettendo in grado strutture, anche di grandi dimensioni, di far circolare l'informazione in maniera completa e funzionale.

### 7.5. I percorsi socio-sanitari

L'aumentato livello di scolarizzazione nella popolazione rispetto al passato, l'incremento nella quantità di informazioni che tutti i soggetti ricevono quotidianamente dai mezzi di comunicazione di massa, hanno contribuito in maniera sensibile all'innalzamento del livello di conoscenza diffusa degli argomenti medici. Questo induce spesso anche comuni cittadini a sentirsi un po' esperti della salute propria ed altrui e, quindi, ad avanzare domande sempre più forti di partecipazione alla gestione del proprio benessere. Se questo è giusto ed estremamente positivo quando i soggetti sono sani e in grado di badare a se stessi — dal momento che incoraggia comportamenti virtuosi ed un'attenzione più specifica al tema del benessere psicofisico individuale — può costituire un problema di tipo relazionale quando subentra uno stato di malattia e diventa necessario il ricorso ad un professionista della salute. Infatti se il bisogno di mantenere il controllo della situazione porta il soggetto a pretendere di intervenire nell'operatività sanitaria, possono sorgere problemi di varia entità, capaci anche di mettere a repentaglio il successo dell'intervento terapeutico.

Negli altri casi più semplici, in genere, ai soggetti è sufficiente avere davanti a sé un percorso di tipo socio-sanitario segnato, in base al quale condurre la quotidianità con un minimo controllo della situazione. È importan-

te dare una sensazione di sicurezza, di stabilità, ai soggetti che saranno i principali alleati del medico e dell'infermiere durante il ricovero del bambino, dal momento che il successo dell'azione comune dipende anche dalla loro partecipazione e soprattutto dalla loro presenza di spirito. Per quanto l'operatività di reparto e di struttura lo consente, e per quanto lo permettono le condizioni di salute del paziente, è quindi importante che il personale sanitario si relazioni con i genitori dei bambini, tenendo presente una prospettiva d'azione più lunga del «qui ed ora», senza timore che questo possa in qualche modo mettere in discussione la progettualità scientifica. Il sapere cosa succederà, quali saranno gli elementi del percorso da affrontare, tranquillizza il genitore e lo rende più collaborativo, dal momento che fa sentire meno estraneo rispetto all'ambiente e quindi più disposto all'azione sinergica.

Avere poi, all'interno del reparto di degenza, un medico da poter considerare referente privilegiato significa per il genitore la possibilità di avere con esso un rapporto più personale, non solo funzionale alla trasmissione di contenuti medici. Una relazione di tipo più stabile e continuativo tra genitore e medico permette, infatti, a quest'ultimo di non essere più solo l'esperto in termini scientifici, ma anche il saggio, la figura d'autorità alla quale è possibile chiedere conforto e rassicurazione dal punto di vista umano. Prendere coscienza di un bisogno di questo tipo è molto importante, quindi, per l'ospedale nel suo complesso, dal momento che consente di creare relazioni di tipo più personale, meno fredde e scientifiche, che riescono ad aumentare l'efficacia dell'intervento terapeutico, perché incrementano il livello di *compliance* e di partecipazione dei singoli alla realizzazione del programma terapeutico.

#### 7.6. *Il follow up e la promozione della salute*

La relazione personale, più stretta e partecipata, deve poi essere in grado di andare oltre l'immediata esperienza di ricovero: desiderio dei genitori è infatti quello di sentire che la struttura ospedaliera li accompagna durante tutto il percorso di crescita del loro figlio. L'ospedale non è più considerato il luogo nel quale ci si reca al momento in cui si sia incrinato lo stato di salute, ma un punto di riferimento costante nella vita di tutti i giorni. Per questo nelle conversazioni dei genitori parole come «follow up», «percorsi di lungo periodo», «assistenza completa», diventano sempre più ricorrenti e centrali: manifestano il bisogno presente e sentito di sentirsi accompagnati, professionalmente tutelati ed umanamente confortati da una struttura ospedaliera di alta professionalità, capace di essere presente in qualsiasi momento come punto di riferimento. Ed è per la stessa ragione che le richieste di integrazione funzionale tra pediatri di base che operano sul territorio e struttura ospedaliera si fanno sempre più pressanti. Nelle parole dei genitori infatti è dall'ospedale che l'assistenza sanitaria si irradia sul territorio, trovando nei pediatri di base dei «ripetitori» tanto più funzionali quanto più sono in sintonia con la comunicazione ospedaliera. È quindi importante che, da parte della struttura ospedaliera, siano attivati interventi di collegamento ed integrazione sempre maggiore tra la propria attività e quella dei medici che operano sul territorio, perché le aspettative degli utenti nei confronti dell'assistenza sanitaria non vadano deluse e perché il sistema possa essere sempre più funzionale nel rispondere alle esigenze manifestate.

La capacità dell'ospedale di agire in maniera continuativa ed efficace sul territorio viene collocata dai genitori

interpellati anche nell'ambito della promozione della salute, intesa come l'insieme delle comunicazioni che vengono emesse dalla struttura ospedaliera sul territorio, informazioni semplici e spicciole che devono arrivare a tutti e che pertanto possono essere veicolate anche attraverso il pediatra di base, purché sotto il coordinamento dell'ospedale.

Alimentazione; pronto soccorso (cosa fare, ma soprattutto cosa non fare nel caso di incidenti domestici); come crescere i bambini stando attenti alla loro formazione intellettuale (come dare stimoli alla loro fantasia ed alla creatività che sembrano essere uccise dalla televisione e dai videogiochi); come allontanare il pericolo della depressione infantile, sentito al momento come forte e pressante, sono alcuni dei temi che sono stati maggiormente segnalati dai genitori. Richieste prettamente socio-psicologiche, che poco hanno a che fare con aspetti medici e sanitari in senso stretto, e che dimostrano l'inquietudine dei genitori di fronte alla responsabilità di guidare i propri figli alla scoperta del mondo. Di queste difficoltà deve almeno parzialmente farsi carico l'ospedale pediatrico per il ruolo sociale che ricopre: essere il punto di riferimento certo e costante per tutte le tematiche dell'età infantile ed adolescenziale. Altre richieste sono invece maggiormente inerenti alla vocazione più prettamente sanitaria della struttura e riguardano, ad esempio, la pubblicità dei risultati delle ricerche accademiche condotte, o si indirizzano verso la medicina alternativa, un argomento di grande interesse collettivo sul quale per il momento le strutture ospedaliere non si sono proposte come soggetti di parola autoritari, o ancora la prevenzione per far crescere i bambini come adulti completi e quindi lo stimolo continuo all'adozione di comportamenti ed abitudini di vita sane.

## 8. Considerazioni finali

L'indagine è risultata nel complesso articolata e valida, in grado di fornire numerosi spunti di discussione non solo per l'ospedale Meyer, ma anche, crediamo, per il più ampio contesto sanitario.

La sua ampiezza ed articolazione hanno permesso, da una parte, di dare all'elemento della qualità attesa una rilevanza sensibilmente maggiore rispetto alla qualità percepita, ed hanno rafforzato la convinzione dell'importanza di muoversi in sincronia con l'evoluzione dell'immaginario collettivo per continuare a rappresentare un punto di riferimento importante nella tutela del benessere comune.

Dall'altra hanno dato voce a pubblici altrimenti di solito marginali: in particolare il personale sanitario e gli utenti potenziali dell'ospedale. Le esperienze degli operatori che sono chiamati quotidianamente a realizzare la qualità dell'assistenza attraverso la loro professione e attraverso l'interazione con gli utenti, bambini e adulti, rischiano, infatti di rimanere in ombra nelle rilevazioni di tipo tradizionale, incentrate principalmente su una valutazione espressa dagli utenti sulla struttura e sul personale che la compone, e basata su esperienze particolari, non sempre oggettive. L'obiettivo della qualità totale dell'assistenza può invece essere realizzato solamente se alla rilevazione dei bisogni e delle aspettative dell'utenza si accompagna una valutazione critica dei casi in cui questi sono compatibili con le caratteristiche della struttura, suoi metodi di funzionamento e non sono quindi destinati a rimanere dei «desiderata» sostanzialmente irrealizzabili. In alcune situazioni, infatti, non si tratta di mancanza di volontà delle strutture ad operare un cambiamento, quanto piuttosto del bisogno di un rapporto diverso tra professionisti della salute ed utenti del

sistema, in cui questi ultimi devono essere fatti oggetto di interventi di formazione ed educazione all'utenza.

L'indagine dell'immaginario dei soggetti che non hanno avuto modo di entrare a diretto contatto con la struttura ospedaliera permette poi di allargare ulteriormente il significato della rilevazione, di far emergere un immaginario sostanzialmente illimitato, più ampio e generico all'interno del quale le aspettative possono diventare obiettivi d'azione futura per l'ospedale.

Il progetto ha inoltre avuto l'importante risultato di consolidare l'immagine del Meyer come soggetto impegnato socialmente per il miglioramento proprio e collettivo. Da parte di tutti i cittadini, abbiano essi sperimentato nel passato i servizi aziendali o meno, l'interesse dell'ospedale verso le esperienze collegate a situazioni di malattia, paure ed aspettative nei confronti della salute è stato infatti interpretato come un segnale importante di un impegno concreto per un vero miglioramento dello stato di benessere di tutta la popolazione.

## BIBLIOGRAFIA

Testi pubblicati:

- ANCONA M., DUCCIOLI D. (1999), «Qualità percepita e pediatria di gruppo: avvio di una ricerca», *Medico e Bambino*, 7, p. 427.
- BARRO G. (2001), «Il gradimento degli utenti è un indice di successo dei servizi sanitari nazionali?», *Tendenze Nuove*, 1, nuova serie, pp. 115-120.
- BRIZI C., CECCHINI R., CICHETTI G. (1998), «Misura della soddisfazione dei pazienti ospedalieri», *Prospettive sociali in sanità*, 6, p. 8.
- BROOK R.H., MCGLYNN E.A., SHEKELLE P.G., «Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers», *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 4, p. 281.
- CARDUCCI A. ET AL. (2001), «Il ruolo dei mass media, limiti e potere della comunicazione sanitaria», *Salute e territorio*, luglio-agosto, pp. 157-161.

CARTA DEI DIRITTI DEI BAMBINI IN OSPEDALE, realizzata dall'A.O. Meyer in collaborazione con l'ospedale Burlo Garofalo di Trieste, l'ospedale Bambin Gesù di Roma, l'ospedale Gaslini di Genova.

CORRAO S. (2000), *I focus group*, Franco Angeli, Milano.

CUPAIOLI M., MONTANI E. (2002), «La comunicazione nei reparti ospedalieri», *Prospettive sociali in sanità*, 2, p. 19.

DE AMBROGIO U. (1999), «L'analisi della qualità percepita nei servizi sociali», *Prospettive sociali in sanità*, 21-22, p. 16.

DE AMBROGIO U., FOCARILE F., LO SCHIAVO L. (1999), «Partecipazione e tutela degli utenti», *Prospettive sociali in sanità*, 21-22, p. 39.

DELA, RANCI, AGNOLETTI (1999), «La relazione medico, infermiere, paziente», *Prospettive sociali in sanità*, 21-22, p. 31.

DONZELLI A. (1997), *Sistemi sanitari a confronto: efficacia, costi e qualità percepita*, Franco Angeli, Milano.

DONZELLI A. (2000), «La soddisfazione dei cittadini», *Prospettive sociali in sanità*, 19, p. 15.

ELIA E. (2000), «Relazione sui risultati emersi dalla valutazione dell'attività di ricovero realizzata presso l'Azienda Meyer nel mese di ottobre 2000».

JARLIER A., S. CHARVET-PROTAT, «Can improving quality decrease hospital costs?», *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 2, p. 125.

FALORNI M.F., SMORTI A. (1984), *Madri in ospedale*, Il pensiero scientifico, Roma.

LANZETTI C. (1997), *La qualità del servizio in ospedale: una ricerca sull'esperienza dei malati*, Franco Angeli, Milano.

MOONEY G., «Judging goodness must come before judging quality -but what in the good of health care?», *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 5, p. 389.

PIERANTONI L., REGONESI M. (2001), «Etica e promozione della salute», *Prospettive sociali in sanità*, 22, p. 15.

PITTMAN P.M., «Gendered experiences of health care», *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 5, p. 397.

PRINS H., BULLER H.A., ZWEETZLOOT-SCHONK J.H.M., «Effects of discharge letter-linked diagnosis registration on data quality», *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 1, p. 47.

RANCI ORTIGOSA E. (1999), «L'umanizzazione dell'intervento sanitario», *Prospettive sociali in sanità*, 21-22, p. 1.

RUSSO M. (1999), «È possibile educare gli educatori? Le esperienze di formazione dei genitori», *Medico e Bambino*, 8, p. 520.

- SALOMON L. ET AL., «Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care», *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 6, p. 507.
- SESTI E. ET AL. (2001), «Ricerca valutativa sulla soddisfazione dei pazienti», *Teme*, 4.
- SITZIA J., «How valid and reliable are patients satisfaction data? An analysis of 195 studies», *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 4, p. 319.
- SORLIE T. ET AL., «Predictors of satisfaction with surgical treatment», *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 1, p. 30.
- SPINANTI S. (1998), «Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente», *Prospettive sociali in sanità*, 12, p. 1.
- TABOLLI S. (2001), «La soddisfazione dell'utente/cliente, la valutazione della qualità percepita», *Panorama della Sanità*, 35, 1 ottobre, p. 11.
- TABOLLI S. (2001), «Rapporti tra organizzazione ospedaliera e qualità dell'assistenza», *Panorama della Sanità*, 44, 3 dicembre.
- TELASI P. (1999), «La qualità percepita dagli utenti», *Prospettive sociali in sanità*, 4, p. 20.
- TRABUCCHI M. (A CURA DI) (1996), *I cittadini ed il Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna.
- VIGORELLI P. (2002), «Riunioni di gruppo e gruppi di formazione in ospedale», *Prospettive sociali in sanità*, 13, p. 11.
- Pubblicazioni on line:
- Picker Institute: *Eye on patients: a report by the Picker Institute for the American Hospital Association*.
- PubMed: VAN EVERDINGEN J.J., *The «best» hospitals in the Netherlands; comments on results from the Elsevier survey*.
- PubMed: CARMAN J.M., *Patients perceptions of service quality. Combining the dimensions*.
- PubMed: HENDRIKS A.A. ET AL., *Improving the assessment of (in) patients' satisfaction with hospital care*.
- PubMed: DOYAL L., *Clinical ethics committees and the formulation of health care policy*.
- PubMed: YGGE B.M., ARNETZ J.E.L., *Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care*.
- PubMed: CLARKE A., ROSEN R., *Lengths of stay. How short should hospital care be?*
- PubMed: OZ M.C. ET AL., *Patient evaluation of the hotel function of hospitals*.
- Family Centered Care Organization: Vanderbilt Children's Hospital, Nashville, Tennessee «Family centered care in a Pediatric Hospital».
- Family Centered Care Organization: Evergreen Hospital Medical Centre, Kirkland, Washington «Family-centered care in the Maternity Unit of a Country Hospital».
- Family Centered Care Organization: «IWK Grace Health Centre».
- Family Centered Care Organization: Blank Children's Hospital «Expanding family-centered care through education».

# IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE COME PARTNER DELL'AZIENDA VERSO IL BUDGET DI DISTRETTO

Pier Paolo Faronato<sup>1</sup>, Enzo Rizzato<sup>2</sup>, Francesco Favretti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direzione - Distretto Unico - ULSS 2 - Feltre

<sup>2</sup> Direzione Sanitaria - ULSS 2 - Feltre

<sup>3</sup> Controllo di Gestione - ULSS 2 - Feltre

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Tecniche e strumenti per il coinvolgimento del Medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta - 3. La soluzione adottata dall'Ulss 2 - Feltre - 4. Risultati - 5. Conclusioni e prospettive.

## 1. Introduzione. Il coinvolgimento della medicina generale come strategia per il perseguimento degli obiettivi aziendali

Il problema del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate, dell'appropriatezza degli interventi assistenziali, del contenimento dei costi a livello di Aulss è oramai ineludibile. In questo senso, sia a livello nazionale che regionale, si sta cercando, attraverso una serie di azioni mirate, di stabilire principi e regole e di promuovere lo sviluppo di strumenti che consentano, anche nel breve periodo, di garantire il contenimento o, almeno, il governo di tali fenomeni. In questa direzione si è mossa, tra le altre, anche la Regione Veneto che ha posto alle aziende, in sede di nomina dei Direttori generali e di approvazione dei bilanci preventivi, una serie di obiettivi consistenti, fra l'altro:

— nella riduzione del tasso di ricovero per residenti;

— nel contenimento del numero di richieste per prestazioni specialistiche ambulatoriali;

— nel contenimento della spesa farmaceutica.

Il perseguimento di tali finalità può essere raggiunto unicamente mediante

un approccio integrato, che veda concorrere agli stessi obiettivi tutte le strutture fondamentali dell'Aulss (ospedale, distretto socio-sanitario e dipartimento di prevenzione) e tutti i professionisti che vi operano.

In questo senso, risulta centrale il ruolo del Medico di medicina generale (Mmg), quale figura principale che agisce sulla domanda di prestazioni. Infatti, il Mmg rappresenta il principale trasduttore dei bisogni espressi dal Paziente in risposte assistenziali ed il principale giudice, a posteriori, della qualità e dell'adeguatezza delle cure fornite.

Il Mmg, nella gran parte dei casi, è colui che dà lo *start* al processo di trattamento del bisogno sanitario e rappresenta il soggetto che, più di ogni altro, dispone delle informazioni relative ai diversi percorsi assistenziali seguiti dai propri assistiti e della capacità di giudicarne il livello di appropriatezza.

D'altra parte il rapporto che, storicamente, lega il Mmg all'Aulss è contraddistinto da:

— una relazione caratterizzata prevalentemente da un'ottica burocratico-amministrativa, che instaura un clima di reciproca diffidenza;

— una debole tensione dei Mmg verso gli aspetti organizzativi e gestionali dell'azienda, con distacco dalla realtà aziendale, di cui non si sentono partecipi, ed isolamento sia rispetto all'azienda che ai colleghi;

— una debole, frammentaria ed infrequente interrelazione con i medici operanti in altre strutture dell'azienda sanitaria (medici ospedalieri, medici di distretto);

— una scarsa attenzione e sensibilità nei confronti delle ripercussioni economiche delle azioni intraprese e delle scelte diagnostico-terapeutiche, e di conseguenza, sul loro impatto sul bilancio aziendale.

Diventa, quindi, necessario elaborare strategie volte a recuperare le potenzialità del Mmg, trovando, nel contempo, gli strumenti per ovviare ai punti di debolezza. In particolare, diventa indispensabile migliorare il rapporto fra Mmg e specialista ospedaliero, perché sempre più la funzionalità degli ospedali e la loro capacità di rispondere in modo proprio ed equo ai bisogni di salute della popolazione dipenderà dalla possibilità di regolare la domanda di prestazioni.

La creazione di un rapporto di *partnership* fra Mmg e azienda da un lato e fra Mmg e specialisti ospedalie-



ri dall'altro, deve passare attraverso un radicale mutamento culturale dei rapporti che intercorrono fra Azienda e professionisti, portando alla definizione di obiettivi comuni di salute, all'elaborazione di percorsi condivisi e alla progressiva introduzione del concetto di «gestione controllata delle risorse». In particolare il concetto di «gestione controllata delle risorse» rappresenta un momento di grande importanza, in quanto i Mmg sono importanti e privilegiati «agenti della domanda» e fra i principali induttori della spesa sanitaria, sia direttamente che mediante «delega» alle strutture ospedaliere ed agli specialisti (Battaglia A., 1996; Longo F., 1997; Marcolin F., 1996).

Una domanda incontrollata di prestazioni, sia di ricovero che specialistiche, finisce coll'impedire la funzionalità dell'ospedale inducendo liste di attesa, scontento fra la popolazione, tentativi di «by-passare» il sistema.

Un corretto rapporto ospedale-territorio, quindi, è la premessa necessaria per garantire, in un sistema a risorse finite, l'equità e l'universalità del Servizio sanitario nazionale.

Devono, quindi, essere ricercati degli strumenti e delle metodologie finalizzate ad un cambiamento della pratica medica.

## **2. Tecniche e strumenti per il coinvolgimento del Medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta**

La capacità del medico di cambiare i suoi atteggiamenti ed i suoi comportamenti può condizionare la qualità della cura e, al tempo stesso, controllare l'aumento delle spese per la sanità.

Il problema delle metodologie da utilizzare per introdurre modifiche nel comportamento dei medici, della loro efficacia nel tempo e della loro con-

creta applicabilità è stato affrontato da molti autori. In sintesi, le principali strategie proposte, per le quali è stata documentata un'efficacia, sono le seguenti (Bennis W. *et al.*, 1993; Brook R.H., 1989; Delamothe T., 1993; Greco J.P. *et al.*, 1997; Grilli R., 1995):

— *formazione*: la formazione medica continua è stata vista, in alcuni lavori, migliorare la qualità della cura fornita. Una delle strategie di formazione più efficaci si è rivelata quella della elaborazione e dell'applicazione di linee guida, soprattutto quando queste sono elaborate dagli stessi medici o sono presentate da *opinion leader* riconosciuti dal gruppo;

— *ritorno informativo (feedback)*: è definito come la possibilità di fornire al medico informazioni continue ed aggiornate riguardo alla sua pratica clinica, ai suoi atteggiamenti prescrittivi, agli esiti delle prestazioni fornite.

Tale strategia si rivela più efficace se vi è coscienza, da parte del medico, che la sua pratica clinica può essere migliorata, se le azioni che può intraprendere per migliorare possono essere messe in atto immediatamente e, soprattutto, se il medico che riceve il *feed-back* ha degli strumenti per agire sul fenomeno;

— *partecipazione*: molti sforzi per modificare il comportamento del medico tendono ad essere imposti dall'esterno. La teoria del cambiamento e lo stesso buon senso suggeriscono che i medici tendono ad opporsi a cambiamenti percepiti come attacchi alla loro professionalità, al loro senso di competenza, alla autostima o alla loro autonomia professionale. È importante far percepire al medico che il cambiamento può essere di grande aiuto per il paziente, o, almeno, non pericoloso. Una strada per coinvolgere il medico nel cambiamento consiste nel dargli un ruolo nel contribuire a definire gli *standard* di cura o di costo sulla base dei quali è giudicato;

— *interventi amministrativi*: un cambiamento può essere indotto attraverso la creazione di barriere verso la pratica indesiderata (ad esempio richiedendo l'approvazione di uno specialista per una certa procedura) o riducendo le barriere verso pratiche desiderate (per esempio semplificando le modalità di accesso);

— *incentivi e penalizzazioni economiche*: diversi studi evidenziano come le modalità di pagamento possano influenzare la pratica clinica. Un esempio fra tutti è costituito dalla notevole riduzione della durata di degenza registrata in Italia dopo l'introduzione del sistema di finanziamento a Drg.

Si ritiene che nessuna di queste strategie sia, di per se stessa, sufficiente a garantire un risultato, ma che sia opportuno usare un *mix* di azioni, al fine di rendere massima la probabilità di raggiungere l'obiettivo.

Sulla base di questi principi, l'Aulss 2 - Feltre ha iniziato dal 1998 un percorso finalizzato a riorientare i comportamenti dei Mmg, al fine di renderli congruenti agli obiettivi aziendali, ed in particolare:

— riduzione del tasso di ricovero per residenti;

— contenimento del numero di richieste per prestazioni specialistiche ambulatoriali;

— contenimento della spesa farmaceutica.

## **3. La soluzione adottata dall'Aulss 2**

L'Aulss 2 - Feltre è una Aulss situata in territorio prealpino, che comprende 18 comuni e circa 81.000 residenti. Vi operano 67 fra Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Sul territorio dell'Aulss è presente un presidio ospedaliero pubblico, con 390 posti letto ed una struttura privata provvisoriamente accreditata, con 120 posti letto.

Tutto il territorio ricade sotto la giurisdizione della comunità montana ed è articolato in un unico distretto socio-sanitario.

La popolazione dell'Aulss è anziana (21,7% di ultrasessantacinquenni, contro una media della Regione Veneto del 17,5) e si distribuisce in un'area particolarmente vasta. Infatti l'Aulss 2 - Feltre presenta una densità di 87 abitanti/Km<sup>2</sup>, rispetto ad una media regionale di 244,2 abitanti/Km<sup>2</sup>.

Il tasso di ricovero per residenti è stato, nel 2000, di 194 ricoveri per 1.000 residenti, compresi i ricoveri diurni e di lungodegenza, contro una media regionale di 182.

La spesa farmaceutica extraospedaliera era, nel 2000, di 30.053 lire per assistito, contro una media regionale di 30.378.

Per incidere sulla situazione, la soluzione adottata è stata quella di implementare tutte le strategie note, e sopra descritte, potenzialmente in grado di modificare i comportamenti.

### 3.1. Feedback

La prima azione è stata quella di fornire ai Mmg/Pls un *report* periodico trimestrale che consenta loro, all'interno di ogni livello di assistenza, di confrontarsi, in forma anonima, con i colleghi che operano nello stesso territorio, con i colleghi di tutta l'Aulss e, quando disponibili, con gli *standard* regionali (figure 1 e 2).

Tali *report* hanno, nel tempo, assunto un formato strutturato, con una prima pagina contenente informazioni sulla struttura della popolazione assistita, sulla sua morbosità (espressa come percentuale di esenzione *ticket* per patologie), sulle spese sostenute nell'anno in corso ed in quello precedente nei diversi livelli di assistenza, confrontate con la media dei Mmg/Pls che operano nello stesso Comune, nello stesso subdistretto e nell'intera Aulss.

Le pagine successive riportano gli stessi dati in forma grafica, permettendo un immediato confronto, anonimo, con i colleghi. Tali *report* permettono di evidenziare immediatamente le aree per le quali maggiori sono gli scostamenti, avviando un processo di confronto e di riflessione fra colleghi, finalizzato a mettere in risalto le pratiche cliniche dove maggiore è la variabilità individuale.

### 3.2. Formazione

L'analisi dei dati di attività e di spesa ha permesso di definire le aree alle quali dare priorità.

Tali aree sono state identificate in:

— utilizzo di farmaci antiipertensivi;

— utilizzo di farmaci inibitori della pompa protonica;

— aumento delle liste d'attesa per alcune prestazioni, anche per una possibile inappropriata della richiesta.

La definizione di queste aree ha condotto alla formazione di 3 gruppi di lavoro. I 2 gruppi di lavoro sui farmaci hanno definito i bisogni di formazione, per un adeguamento delle conoscenze, pianificando quindi tale formazione e concordando con i formatori i percorsi, al fine di dare risposte ai concreti problemi che la pratica clinica pone a livello della medicina generale. Contestualmente è stato avviato un processo di revisione sistematica della letteratura scientifica, finalizzato alla produzione di linee guida *Evidence-based*. Tali linee guida sono state inizialmente sperimentate dal gruppo di Mmg che le ha elaborate, sono state riviste sulla base dell'esperienza fatta ed, infine, sono state presentate ed accettate da tutti i Mmg dell'Ulss.

Per quanto concerne, invece, il problema delle liste d'attesa, l'approccio è stato diverso. Si è infatti evidenziato che il problema principale consisteva

nell'accesso indifferenziato alle prestazioni, basato sull'ordine di prenotazione e non sulle reali necessità cliniche del paziente. È iniziato, così, un percorso, in collaborazione fra Mmg e specialisti ospedalieri, finalizzato, per alcune prestazioni di alta rilevanza (mammografia, visite cardiologiche, ginecologiche e fisiatriche, ecografie) a definire dei criteri di accesso basati sulle priorità cliniche.

Tale approccio ha consentito di definire le situazioni cliniche che necessitavano di priorità nell'accesso, portando, nel contempo, ad una riflessione sugli accessi non prioritari che, nella maggior parte dei casi, non erano motivati da ragione cliniche.

### 3.3. Partecipazione

Per favorire la partecipazione e l'integrazione dei Mmg ai processi di pianificazione e di decisione aziendale, è stato costituito un «*Team per il budget dei Medici di medicina generale*», al quale partecipano, oltre al Direttore sanitario e al Direttore di distretto, 8 Mmg, rappresentanti di tutto il territorio dell'Aulss.

A tale *team* sono stati formalmente assegnati i compiti di:

— contribuire a definire le strategie aziendali, dando direttive tecniche per la loro implementazione e traducendo gli obiettivi aziendali (fissati a livello nazionale e regionale) in azioni fattibili e condivisibili;

— una volta definiti gli obiettivi, divenire cliente dell'Azienda, e quindi contribuire a definire e concordare le risorse che l'Azienda dovrà mettere a disposizione per facilitare l'azione che i Mmg hanno di fornitori delle prestazioni necessarie per raggiungere gli obiettivi ed i percorsi ed i coinvolgimenti trasversali che sarà necessario attivare;

— contribuire a far diventare i Mmg fornitori dell'azienda, cioè sog-

Figura 1

Ufficio controllo di gestione - Direzione Distretto

Feltre, 27/08/01

**REPORT SULL'ATTIVITA' DI RICOVERO E FARMACEUTICA PER MMG - ANNO 2001**  
**DATI ANNUALIZZATI - PERIODO DI RIFERIMENTO: GENNAIO - GIUGNO**

MEDICO: XXXXXXXX Codice : 1257 Comune: FELTRE

| BUDGET ASSEGNATI  | 2001    | Scost. | Scost. % |
|---|---------|--------|----------|
| <b>FARMACEUTICA</b><br>Val. confezioni / assistito pesato | 120.796 | 142    | 0,1%     |
| <b>RICOVERI</b><br>non concordato                         |         |        |          |
| <b>SPECIALISTICA</b><br>non concordato                    |         |        |          |

| Attività Farmaceutica                       | Anno 2000 |         | Anno 2001 |         | Diff. 2001-2000 |        | Dati regionali |              |
|---|-----------|---------|-----------|---------|-----------------|--------|----------------|--------------|
|   | MMG / PLS | ULSS    | MMG / PLS | ULSS    | MMG / PLS       | ULSS   | MMG/PLS 2001   | REGIONE 2000 |
| N.ro confezioni X assistito pesato          | 1,9       | 2,1     | 2,1       | 2,3     | 0,2             | 0,2    | 2,1            | 2,1          |
| Valore confezioni X assistito pesato (Lire) | 100.689   | 105.476 | 120.938   | 120.464 | 20.249          | 14.988 | 120.938        | 116.562      |

**Dettaglio spesa X assistito pesato per:**

|  | 2000   | 2001   | Diff. |
|--|--------|--------|-------|
| Antibiotici                                      | 5.087  | 9.180  | 846   |
| Antiipertensivi                                  | 24.808 | 28.840 | 1.629 |
| Gastroenterologici                               | 7.282  | 6.577  | 686   |
| Antidepressivi                                   | 584    | 1.667  | 3.901 |
| Farmaci a distribuzione ospedaliera (ex nota 37) | 14.081 | 8.879  | 4.354 |

| Attività di ricovero                  | Anno 2000 |      | Anno 2001 |      | Diff. 2001-2000 |       |
|---------------------------------------|-----------|------|-----------|------|-----------------|-------|
|                                       | MMG / PLS | ULSS | MMG / PLS | ULSS | MMG / PLS       | ULSS  |
| N.ro ricoveri X 1000 assistiti pesati | 59,1      | 79,7 | 53,8      | 69,5 | -5,3            | -10,1 |
| % FUGA (ord. e diurni)                | 11,5      | 25,4 | 9,0       | 27,6 | -2,4            | 2,2   |
| % Ricoveri - C.C. BELLATI             | 10,1      | 12,5 | 13,1      | 11,2 | 2,9             | -1,3  |
| % DRG medici                          | 53,7      | 62,9 | 51,0      | 61,3 | -2,7            | -1,6  |
| % Ricoveri ripetuti (entro 30 gg)     | 6,6       | 7,4  | 7,4       | 5,3  | 0,8             | -2,1  |

**Dettaglio - n° ricoveri per:**

|                                       | 2000 | 2001 | Diff. |
|---------------------------------------|------|------|-------|
| Insufficienza cardiaca                | 3    | 285  | 3     |
| Malattie cerebrovascolari aspecifiche | 0    | 22   | 0     |
| Disturbi del dorso                    | 6    | 242  | -2    |
| Esofagite, gastroenterite             | 3    | 203  | 0     |
| BPCO                                  | 2    | 208  | -2    |

| Attività Specialistica                       | Anno 2000 |         | Anno 2001 |         | Diff. 2001-2000 |       |
|--|-----------|---------|-----------|---------|-----------------|-------|
|  | MMG / PLS | ULSS    | MMG / PLS | ULSS    | MMG / PLS       | ULSS  |
| N.ro prestazioni X assistito                 | 12,0      | 12,2    | 14,3      | 12,7    | 2,3             | 0,5   |
| Valore prestazioni X assistito pesato (Lire) | 139.179   | 142.887 | 214.491   | 150.123 | 75.312          | 7.236 |

**Dettaglio spesa X assistito pesato per:**

|                         | 2000   | 2001   | Diff.  |
|-------------------------|--------|--------|--------|
| Diagnostica laboratorio | 29.969 | 34.594 | 2.709  |
| Visite specialistiche   | 24.655 | 24.199 | 7.278  |
| TAC                     | 5.277  | 3.489  | -2.196 |
| Ecografie addome        | 3.270  | 3.526  | -91    |
| Ecocardiografie         | 2.124  | 2.453  | 1.114  |
| FKT                     | 8.771  | 9.746  | 5.213  |
| Endoscopia digestiva    | 2.964  | 3.167  | 2.341  |



getti che forniscono le prestazioni utili affinché tutte le altre strutture aziendali possano raggiungere i propri obiettivi. In questo senso, i Mmg devono entrare a pieno titolo nel progetto assistenziale globale dell'Azienda, come attori per i quali sono definiti compiti e ruoli precisi.

Per perseguire tali finalità, il *team*:

— propone alla direzione strategica gli obiettivi specifici per i Mmg, coerenti con il «Documento di direttive aziendale»;

— definisce e valida gli indicatori che meglio «leggono» gli obiettivi proposti;

— fornisce le indicazioni al responsabile del distretto per la contrattazione con il singolo Mmg o con gruppi di questi;

— propone alla Direzione sanitaria la composizione dei gruppi di lavoro che si riterrà necessario attivare sulle diverse tematiche attinenti al *budget* dell'anno in corso, al fine che questi siano funzionali al raggiungimento degli obiettivi;

— coordina l'attività dei gruppi di lavoro, provvedendo a validarne i risultati e a definire gli strumenti e le modalità comunicative più idonee per una condivisione con tutti i Mmg delle conclusioni ottenute;

— esamina e monitorizza, nel corso dell'anno, l'andamento degli indicatori proposti, suggerendo modifiche nelle strategie o nelle azioni;

— fornisce un parere sul livello di raggiungimento degli obiettivi del singolo Mmg o dei gruppi, analizzando le motivazioni che hanno portato ad un eventuale mancato o parziale raggiungimento.

### 3.4. Incentivi e penalizzazioni economiche

Per ottenere la modifica dei comportamenti, è stata utilizzata anche la leva economica, raggiungendo con i

Mmg un accordo propedeutico ad un vero e proprio accordo di *budget*, che definisse obiettivi condivisi a fronte del raggiungimento dei quali sono stati previsti incentivi economici.

In questa prima fase, non si è inteso stressare particolarmente i contenuti economici degli obiettivi, per non rischiare di ottenere comportamenti indesiderati. Infatti, è ancora scarsa la cultura manageriale fra i Mmg, mentre prevalgono gli atteggiamenti «etici», quali quelli del Mmg interprete dei «bisogni», espressi o non espressi, del proprio paziente.

In questo senso, si è focalizzata l'attenzione su obiettivi non economici quali:

— capacità di attivare percorsi che facilitino, da parte dell'ospedale, la gestione del paziente;

— inizio di percorsi formativi, sia sulla metodologia del *budget* che su aspetti di farmacoeconomia;

— adesione a gruppi di lavoro, finalizzati alla definizione di linee guida diagnostico/terapeutiche (per esempio, linee guida sull'uso dei farmaci antiipertensivi e sull'uso degli inibitori della pompa protonica);

— adesione a programmi di prevenzione/educazione alla salute (*screening* ca. mammella e collo dell'utero, educazione su fumo e alcol);

Inoltre, è stato dato spazio ad un gruppo di lavoro finalizzato a definire e condividere i contenuti della reportistica periodica, nella convinzione che il processo di *budget* potrà avere successo esclusivamente se il percorso, in ogni sua fase, è avvertito come tagliato «su misura» per i Mmg e non imposto dall'esterno. Tale gruppo di lavoro ha anche definito gli indicatori che meglio «leggono» e descrivono le attività sulle quali i Mmg/Pls hanno un effettivo controllo. Tale *set* di indicatori sarà applicato a partire dal 2001.

Gli obiettivi che si sono proposti ai Mmg per l'anno 2000 e le relative azioni possono essere così riassunti:

a) favorire la deospedalizzazione.

L'obiettivo è finalizzato a promuovere l'attività dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata), migliorando e qualificando la presenza del Mmg all'interno del circuito assistenziale.

In questa prima fase si è chiesta al Mmg la disponibilità di divenire «tutore del paziente», favorendo e supportando l'azione delle figure preposte all'Adi. Il risultato atteso è che il Mmg si renda disponibile a fornire al distretto socio-sanitario il proprio apporto al fine di esaminare tutte le problematiche atte a meglio definire il livello assistenziale appropriato in almeno il 20% dei propri assistiti di età superiore a 75 anni;

b) promuovere un uso più appropriato dei farmaci.

L'obiettivo è finalizzato ad aumentare la cultura del Mmg/Pls in termini di utilizzo dei farmaci, e comprende 3 azioni.

#### 1) Progetto ipertensione

Prevede l'impegno scritto ad aderire alle linee guida relative alla terapia dell'ipertensione, già elaborate da un gruppo di Mmg dell'Aulss, ed all'impegno al loro rispetto. Prevede, inoltre, la collaborazione all'attività di manutenzione di tali linee guida tramite un periodico aggiornamento da parte dal gruppo di Mmg che hanno provveduto alla loro elaborazione.

#### 2) Incontri di farmacovigilanza

Si riferisce alla partecipazione a 2 incontri di farmacovigilanza sul corretto uso dei farmaci antagonisti della pompa protonica, che saranno programmati in collaborazione con il servizio di endoscopia digestiva.

3) Rientro di una parte dello scostamento dalla media della spesa farmaceutica per i Mmg/Pls che la superano.

Con il primo *report* inviato ai Mmg/Pls è stato definito il livello medio di spesa farmaceutica, separatamente per Mmg e Pls, relativamente all'Aulss 2 - Feltre. È previsto che i medici che hanno un livello di spesa farmaceutica superiore alla media dell'Aulss inizino una azione di rientro, prestando una maggior attenzione alle molecole utilizzate, anche tenendo in considerazione il loro costo, prescrivano, ove possibile, farmaci generici, utilizzino le linee guida elaborate per la terapia antiipertensiva e per l'uso di farmaci inibitori della pompa protonica.

L'obiettivo, per ogni medico che presentava una spesa superiore alla media, era di ridurre lo scostamento dalla media dei colleghi entro il 30%;

c) contribuire alla riduzione ed alla razionalizzazione delle liste di attesa.

L'azione sulla razionalizzazione delle liste d'attesa passerà attraverso l'adesione di tutti i Mmg ad un progetto, già sperimentalmente avviato dall'Aulss 2 - Feltre con un gruppo ristretto di Mmg, volto ad utilizzare criteri di severità clinica per definire i tempi di attesa entro i quali dovranno essere erogate le 15 prestazioni ambulatoriali col maggior tempo di attesa;

d) migliorare ed estendere l'attività di prevenzione delle malattie e di promozione di stili di vita adeguati.

L'obiettivo prevede l'adesione dei Mmg/Pls ai progetti di *screening* già in atto entro l'azienda:

— *screening* del tumore della mammella;

— *screening* dei tumori della cervice uterina;

— progetto prevenzione abuso alcolico/fumo.

Oltre agli obiettivi assegnati al singolo medico, si è ritenuto, proprio per sottolineare l'appartenenza del Mmg ad un sistema più vasto e coerente di obiettivi, di legare una quota

dell'incentivazione al raggiungimento di obiettivi trasversali, definiti dall'Azienda per tutte le strutture.

Gli obiettivi aziendali identificati sono stati:

— riduzione del tasso di ricovero per residenti per l'anno 2000 a meno di 180 per 1.000 residenti;

— mantenere a pareggio il saldo fra attrazione e fuga intraregionale per ricoveri dei residenti;

— contenere il numero di esami di specialistica ambulatoriale al di sotto di 14 per residente;

— coinvolgere nell'accordo propeedeutico al *budget* almeno il 75% dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

La tabella 1 riassume gli obiettivi sopra descritti, definendo gli indicatori scelti per la verifica e identificando le somme da erogare ad ogni Mmg/Pls a fronte del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

#### 4. Risultati

Dei 67 Mmg e Pls che operano nell'Aulss 2 - Feltre, 54 (80,6%) hanno sottoscritto il contratto di *budget*. I Mmg che hanno sottoscritto il *budget* assistono 67.764 pazienti (83,7% degli assistibili dell'Aulss).

Sia per i Mmg/Pls che hanno sottoscritto il contratto, sia per coloro che non l'hanno fatto è iniziato un sistematico invio della reportistica, come descritta, che ha costituito la base dell'inizio di un'interazione fra Mmg/Pls e direzione del distretto.

La valutazione finale dei risultati ottenuti è stata condotta, congiuntamente, dal direttore di distretto e dal «*Team per il budget*».

La valutazione dell'obiettivo relativo al contenimento della spesa farmaceutica è stata resa difficile dai mutamenti avvenuti, nel corso dell'anno, dell'assetto legislativo. L'abolizione della quota di compartecipazione alla

spesa e la revisione del regime di rimborsabilità per numerosi farmaci, decisa dal Governo nel corso del 2000, ha determinato un diffuso e generalizzato aumento della spesa farmaceutica, da parte di tutti i medici aderenti al progetto, il che ha costretto ad una rinegoziazione del *budget*, al fine di tener conto anche di queste variabili.

In accordo con il *Team* per il *budget*, si è deciso di considerare raggiunto l'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica per quei medici che, alla data di chiusura del progetto, presentavano una spesa farmaceutica per assistito pesato inferiore alla media dell'Aulss oppure che, nell'anno considerato, avevano avuto un aumento di spesa inferiore alla media regionale.

La tabella 2 riassume la percentuale di Mmg/Pls che ha raggiunto gli obiettivi concordati.

Va sottolineato come siano stati sostanzialmente raggiunti gli obiettivi aziendali identificati, relativi al tasso di ricovero, al mantenimento del saldo attrazione-fuga per ricoveri, alla riduzione del numero di esami per residenti ed alla diffusa partecipazione dei Mmg/Pls all'accordo.

La valutazione dei risultati, fatta in modo congiunto dall'Azienda e dai Mmg/Pls ha consentito di applicare gli incentivi economici concordati ai Mmg/Pls che avevano raggiunto gli obiettivi.

#### 5. Conclusioni e prospettive

Il raggiungimento degli obiettivi aziendali di una Aulss richiede una profonda integrazione fra le strutture principali dell'Azienda: ospedale, dipartimento di prevenzione e distretto socio-sanitario.

In questo senso diventa indispensabile avviare dei rapporti formali di collaborazione fra l'ospedale ed il territorio, ed in particolare con i Mmg.

Tabella 1 - Accordo propedeutico al budget dei Medici di medicina generale anno 2001

| Obiettivi   | Indicatore   | Risultato atteso | % somma a disposizione | Per paziente                |
|---|--|------------------|------------------------|-----------------------------|
| <b>Per accettazione accordo propedeutico</b>        |  |                  |                        | <b>2.232</b>                |
| <i>Area ricoveri</i>                                |  |                  |                        |                             |
| Diventare tutore del paziente                       | Pazienti ultrasessantacinquenni tutelati presso l'ADI/pazienti ultrasessantacinquenni del Mmg * 100                          | 20               | <b>10</b>              | 223                         |
| <b>Farmaceutica</b>                                 |  |                  |                        |                             |
| Progetto ipertensione                               | Adesione scritta al progetto ipertensione con impegno a seguire le linee guida proposte                                      | Si               | <b>10</b>              | 223                         |
| Partecipazione ad incontri farmacovigilanza         | N. presenza incontri/incontri effettuati * 100   | 100              | <b>10</b>              | 223                         |
| Rientro spesa farmaceutica oltre la media           | Spesa farmaceutica per assistito al 31/12/2001/spesa media farmaceutica per assistito ULSS 2 * 100                           | < 130            | <b>40</b>              | 893                         |
| <b>Specialistica ambulatoriale</b>                  |  |                  |                        |                             |
| Progetto prioritizzazione                           | Adesione scritta al progetto ipertensione con impegno a seguire le linee guida proposte                                      | Si               | <b>20</b>              | 446                         |
| <b>Prevenzione</b>                                  |  |                  |                        |                             |
| Progetti prevenzione                                | Adesione scritta ai progetti di prevenzione per ca mammella, ca collo dell'utero, progetto fumo                              | Si               | <b>10</b>              | 223                         |
| <b>Al raggiungimento degli obiettivi aziendali</b>  |  |                  |                        | <b>1.240</b>                |
| Riduzione tasso ricovero                            | N. ricoveri per residente nel 2001 (in Azienda e nelle ULSS del Veneto)/residenti ULSS 2 al 30/6/2001 * 1000                 | < 180            | }                      | <b>1.240</b>                |
| Miglioramento saldo attrazione/fuga                 | Attrazione per non residenti presso le strutture di ricovero dell'ULSS 2 - Fuga per ricoveri presso altre aziende del Veneto | 0                |                        |                             |
| Riduzione specialistica                             | N. prestazioni specialistica ambulatoriale/residenti ULSS 2 al 30/6/2001   | < 14             |                        |                             |
| Diffusa partecipazione dei MMG al progetto budget   | N. di Mmg che sottoscrivono il progetto/n. Mmg ULSS 2 al 30/6/2001 * 100   | > 75             |                        |                             |
| <b>Per progetti speciali propedeutici al budget</b> |  |                  |                        |                             |
| Partecipazione ai gruppi di lavoro                  | Registro accessi attività di formazione, elaborazione linee guida, incontri per definizione reportistica                     |                  |                        | <b>100.000 lire/accesso</b> |
| <b>Totale</b>                                       |  |                  |                        | <b>3.720</b>                |

Il processo iniziato dall'Aulss 2 - Feltre nel corso del 2000 è finalizzato all'applicazione, anche alla realtà distrettuale ed ai Mmg/Pls delle metodiche budgettarie che già da anni sono state introdotte a livello dell'ospedale.

Ciò comporta una ridefinizione del ruolo dei Mmg/Pls, che dovranno essere sempre più integrati nell'organizzazione distrettuale e sempre più coinvolti nel perseguimento degli obiettivi aziendali di maggiore equità, efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate. Inoltre, il raggiungimento di questi obiettivi richiede una profonda e duratura sinergia di azione fra realtà ospedaliera e realtà territoriale.

Tali processi, necessitando elevati livelli di condivisione, risultano lenti e faticosi, anche perché richiedono importanti modifiche negli atteggiamenti, nei comportamenti, nei rapporti fra figure aziendali diverse e nei sistemi di comunicazione e di reciproca integrazione.

Nella sperimentazione condotta presso l'Aulss 2 - Feltre, il processo di *budgeting* all'interno della medicina generale non è stato concepito come una attività tesa a ridurre le spese e a contrarre l'attività, quanto, piuttosto, come il momento di una riflessione sulla necessità, in un'epoca nella quale viene maggiormente percepita la discrepanza fra bisogni di salute e risorse, di reindirizzare l'attività verso le prestazioni maggiormente efficaci ed in grado di produrre la maggior quantità di salute. In questo senso, sono stati particolarmente evidenziati gli aspetti etici del *budget*, concepito come strumento di razionalizzazione dell'offerta assistenziale, lasciando assolutamente in ombra gli aspetti economici, che possono essere percepiti dal Mmg come tentativi di un razionamento. Inoltre, particolare attenzione è stata posta nell'avviare e stimolare processi collaborativi fra Mmg e specialisti ospedalieri, al fine di costruire percorsi comuni e sinergici, fi-

nalizzati a perseguire una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il processo di budgettizzazione, come applicato, ha ancora un carattere assolutamente sperimentale, richiede degli aggiustamenti e, soprattutto, la crescita di una cultura diffusa centrata sulla analisi e valutazione dei risultati. Tuttavia, la strada intrapresa appare interessante, specialmente perché riesce a favorire processi di riflessione fra Mmg sulla pratica quotidiana.

Una miglior interazione fra Mmg/Pls ed Azienda, inoltre, consente una migliore «lettura» dei bisogni e delle aspettative reciproche. In particolare, nel corso degli incontri, sono emerse le difficoltà nella cogestione dei pazienti fra Mmg/Pls e specialisti ospedalieri. Una gestione troppo diretta, da parte dello specialista, di patologie anche a larga diffusione (diabete, ipertensione arteriosa...) finisce col sottrarre al Mmg il controllo diretto su una porzione consistente della spesa

Tabella 2 - Accordo propedeutico al *budget* dei Medici di medicina generale anno 2001. Medici partecipanti all'accordo 54 SU 67 (80,6%)

| Obiettivi   | Indicatore  | Mmg/Pls che hanno raggiunto l'obiettivo (%) |
|---|---|---|
| <i>Area ricoveri</i><br>Diventare tutore del paziente           | Pazienti ultrasettantacinquenni tutelati presso l'ADI/pazienti ultrasessantacinquenni del Mmg * 100 | 54 (100)                                    |
| <i>Farmaceutica</i><br>Progetto ipertensione                    | Adesione scritta al progetto ipertensione con impegno a seguire le linee guida proposte             | 37 (68,5)                                   |
| Partecipazione ad incontri farmacovigilanza                     | N. presenza incontri/incontri effettuati * 100  | 36 (67,5)                                   |
| Rientro spesa farmaceutica oltre la media                       | Spesa farmaceutica per assistito al 31/12/2001/spesa media farmaceutica per assistito ULSS 2 * 100  | 43 (79,6)                                   |
| <i>Specialistica ambulatoriale</i><br>Progetto prioritizzazione | Adesione scritta al progetto di prioritizzazione con impegno a seguire le linee guida proposte      | 54 (100)                                    |
| <i>Prevenzione</i><br>Progetti prevenzione                      | Adesione scritta ai progetti di prevenzione per ca mammella, ca collo dell'utero, progetto fumo     | 54 (100)                                    |



farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri, finendo col deresponsabilizzarlo.

Una evoluzione auspicata del sistema consiste nel gestire in maniera unitaria il budget aziendale, integrando in modo più profondo il budget dell'ospedale e quello del distretto.

#### BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- BATTAGLIA A. (1996), «È possibile allo stato dell'arte parlare di budget sulla spesa farmaceutica?», *Bollettino Notiziario dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vicenza*, anno XII, 5, agosto-settembre, pag. 24.
- BENNIS W., NANUS B. (1985), *Leaders. The Strategies for (1985); Taking Charges*, Harper & Row, New York, Usa (trad. it.: *Leader, anatomia della leadership*, Franco Angeli, Milano, 1993).
- BROOK R.H. (1989), «Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible?», *JAMA*, 262, pp. 3027-3030.
- DELAMOTHE T. (1993), «Wanted: guidelines that doctors will follow», *BMJ*, 307, pagg. 218.
- GRECO J.P., EISENBERG J.M. (1997), «Changing physicians' practices», *NEJM*, 329, pagg. 1271-1273.
- GRILLI R., PENNA A., LIBERATI A. (1995), *Migliorare la pratica clinica. Come produrre*

e implementare linee-guida, Il Pensiero scientifico, Roma.

- LONGO F., VENDRAMINI E. (1997), «Nuovi modelli di gestione delle medicina generale: prime esperienze a livello locale SDA Bocconi 23/5/1997», convegno: *Il budget in Medicina di base materiale didattico*.
- MARCOLIN F. (1996), «È proponibile un budget per il medico di medicina generale?», *Verona Medica*, 4, settembre.

#### BIBLIOGRAFIA GENERALE

- BATTAGLIA A., DEL ZOTTI F., GIROTTO S. (1997), «Family Practice Clubs», Poster presentato al terzo congresso del Dipartimento Italiano di Medicina di Famiglia, Abano Terme 13-16 marzo.
- BORGONOV I. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA.
- COMAC/HSR CBO (1991), «Package I. Methodology of a quality assurance study», *Concerted action programme on quality assurance in hospitals*, febr.
- CORNEWELL J., WAITE D. (1995), *Briefing on General Practitioner Fundholding*, London Audit Commission.
- DONABEDIAN A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Michigan.
- HANAU C., SOUTEYRAND Y. (1986), *Problemi di efficienza degli ospedali del Piemonte*, Regione Piemonte, Assessorato alla sanità, Torino.

HERSEY P., BLANCHARD K. (1986), *Management of Organizational Behaviour*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. (trad. it.: *Leadership situazionale*, Sperling&Kupfer, Milano, 1984).

HOWIE J. (1995), «Care of patients with selected health problems in fundholding practices in Scotland between 1990 and 1992: needs process and outcome», *Br. Journal of General Practitioners*, 45, pagg. 121-6.

INVERNIZZI E. (1996), *La comunicazione organizzativa nel governo dell'impresa*, Giuffrè, Milano.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (1991), *The Transition from QA to CQL An Introduction to Quality Improvement in Health Care*, Joint Commission, Oakbrook Terrace (111).

LONGO F. (1997), «Accezioni e modelli di budget e correlati sistemi organizzativi. Università Bocconi», convegno: *Il budget in medicina di base*, Milano 23 maggio 1997, materiale didattico.

VUORI H.V. (1982), *Verifica e revisione della qualità nei servizi sanitari. Concetti e metodologia*, Ufficio regionale per l'Europa. Organizzazione mondiale della sanità, Copenaghen (edizione per l'Italia di Edimedica Due, 1985).

ZAVATTARO F. (1993), «Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario», *Mecosan*, 5.

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

# Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

UNA COLLANA CHE RENDERÀ PREZIOSA LA SUA LIBRERIA

Gentile lettore,

una profonda trasformazione è oggi in atto: una mutazione profonda nelle strutture sanitarie e negli uomini che le governano.

Una cultura ed una pratica sono terminate; una nuova generazione di protagonisti è destinata a reggere le prossime fasi delle gestioni aziendali delle strutture sanitarie.

È ormai un fenomeno particolarmente visibile. In un contesto tradizionale e maturo sono cominciate ad innestarsi le esperienze manageriali più innovative, che nulla hanno da invidiare a ciò che avviene nei santuari aziendali.

La rivista **Mecosan** ne è stata, nei suoi ormai 10 anni di edizione, fedele e puntuale testimone: **ben 40 fascicoli (dal 1992 al 2001) per un totale di circa 8.000 grandi pagine edite (formato 21 x 28).**

La **SIPIS** srl, per festeggiare i 10 anni di vita di **Mecosan**, offre, a chi non ha ancora nella sua libreria le annate che documentano le tendenze del managing in sanità per il cambiamento del S.s.n., l'opportunità di assicurarsi un osservatorio attento a quanto di nuovo è emerso nel modo di fare azienda in sanità (10 volumi, per un totale di 40 fascicoli con circa 8.000 pagine di grande formato) \* al prezzo speciale di:

**€ 1200,00 anziché € 1940,00 \*\***

Approfitti di questa favorevole opportunità compilando il sottostante coupon: risolverà i suoi dubbi, faciliterà il suo lavoro.

## GLI SPLENDIDI 40 DI MECOSAN: € 1200,00

Programma abbonamento 2002

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

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso,

### Gli splendidi 40 di **MECOSAN**

- Pertanto:

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

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... li .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

\* Fino ad esaurimento delle scorte.

\*\* Chi è privo soltanto di alcune annate ed intende completare l'opera (in 10 volumi, 40 fascicoli), potrà, **entro il 30 luglio 2002**, richiederle singolarmente al prezzo speciale di **€ 150,00 cadauna**.

La presente offerta non è valida per gli ordini che provengono tramite libreria.

# IL SISTEMA SANITARIO AMERICANO: L'ESPERIENZA DELLE HMO

Daniel Simonet<sup>1</sup>, Salvatore Russo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Manyang Technological University, Singapore

<sup>2</sup> Economia delle aziende sanitarie - Università Ca' Foscari di Venezia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Origine ed evoluzione delle HMO - 3. Il *managed care* e la spesa sanitaria - 4. I meccanismi per il controllo dei costi - 5. Il ruolo dei medici sotto il regime delle HMO - 6. La qualità delle cure e la tutela del paziente - 7. La crisi delle HMO - 8. Conclusioni.

## 1. Introduzione

Nell'ultimo decennio molti paesi europei, di fronte all'incalzante crescita dei costi correlati al settore sanitario, hanno intrapreso il lungo cammino delle riforme, da un lato reinventando modalità e regole di gestione, dall'altro mutuando in parte modelli già esistenti e collaudati in altri contesti nazionali, differenti sotto il profilo politico, economico, sociale e culturale. Tra questi il modello americano del *managed care* ha suscitato un particolare interesse, soprattutto in quei governi che hanno inteso *rimodulare* le proprie scelte in ambito sanitario ponendo particolare enfasi sulle strategie *supply-side* e sulla conseguente introduzione di meccanismi concorrenziali. Negli Stati Uniti gli organismi sanitari di tipo privato, pur operando da tempo, hanno conosciuto la loro massima diffusione negli anni '90, registrando la presenza di un numero sempre più elevato di assicurati, rapidamente passati dai 15 milioni del 1984 agli attuali 75 milioni. Parallelamente alla crescita di adesioni, promosse dagli imprenditori o spontanee, si sono moltiplicati i programmi per valutare l'impatto di tali organismi sull'efficienza allocativa dei finanziamenti,

sui costi e sulla qualità delle prestazioni.

Traendo spunto da queste considerazioni, l'articolo, basato tanto su una rassegna della letteratura esistente quanto su una serie di testimonianze di professionisti raccolte sul campo, mette in evidenza alcuni degli effetti più rilevanti del sistema *managed care* sullo stato di salute della popolazione americana. Analogamente, rilevando taluni spunti di criticità, analizza i motivi del graduale indebolimento delle *Health Maintenance Organizations* (HMO) che all'interno del *managed care* rivestono un ruolo cruciale.

## 2. Origine ed evoluzione delle HMO

A partire dagli anni '70, gli Stati Uniti hanno assistito ad un incremento della spesa sanitaria dovuto, non soltanto al progresso della tecnologia medica ed all'invecchiamento della popolazione, ma anche al fatto che un crescente numero di individui si è progressivamente rivolto alle assicurazioni sanitarie, a prescindere che queste venissero offerte dal datore di lavoro o dallo Stato federale. È in tale contesto che il governo ha incoraggiato la nascita degli organismi del *managed care*, con l'obiettivo di ri-

duurre i costi sanitari e creare un sistema capace di garantire sia il finanziamento sia l'erogazione delle prestazioni mediche, mediante contratti con medici ed ospedali selezionati.

Nel 1973, infatti, il Congresso stabilì dei vantaggi fiscali a favore delle *società di gestione della spesa sanitaria* del tipo *Health Maintenance Organization* (HMO), approvando una legge apposita, nota come *Federal HMO Act*.

Secondo tale legislazione un'organizzazione sanitaria per poter appartenere al sistema *managed care* deve possedere tre requisiti di massima, ovvero:

---

Il presente lavoro è stato tradotto ed adattato da un *paper* scritto da Daniel Simonet nell'ambito del *post* dottorato al Leonard Davis Institute of Health Economics, nell'Health Care Systems Department della Wharton School dell'Università di Pennsylvania, Philadelphia. Gli autori rivolgono un particolare ringraziamento all'Università Ca' Foscari di Venezia, dove hanno avuto l'occasione di collaborare nell'ambito del Programma AREHCAS (Accounting in the Reform of European Health Care System), alla Wharton School, alla Columbia University e alla Nanyang University.

Salvatore Russo, oltre ad aver curato la traduzione ha scritto i paragrafi 1, 2, 3 e 8.

— deve consistere in un sistema organizzato il cui obiettivo è fornire prestazioni sanitarie o, altrimenti, assicurare l'erogazione di tali servizi in una data area geografica;

— deve fondarsi su un accordo che prevede un insieme di servizi di mantenimento e trattamento sanitario supplementare;

— deve essere costituita da un gruppo di persone volontariamente iscritte.

Le HMO, pur assumendo forme organizzative diversificate, sin dal loro ingresso, vengono destinate a provvedere alla copertura dei bisogni di prestazioni sanitarie predeterminate mediante programmi specifici in contropartita di un prepagamento forfetario (*prospective payment system*), fissato all'inizio di ogni esercizio, indipendentemente dal volume di servizi effettivamente erogati. Gli utenti, nello stipulare un contratto che può essere rimosso in causa annualmente, possono aderire ad una HMO sia individualmente, sia mediante l'intermediazione del loro datore di lavoro, stimolando la concorrenza tra le diverse organizzazioni e rinunciando in buona sostanza alla libera scelta del medico.

Sotto il profilo organizzativo, nel corso del tempo, si sono venuti profilando due modelli basilari di HMO:

— il modello di gruppo o *staff* costituito da medici a tutti gli effetti dipendenti dall'organismo assicurativo ed operanti in unità mediche centralizzate o in cliniche;

— il modello associativo o a rete che contratta con gruppi di medici o singoli che svolgono la loro attività in studi privati.

Sotto il profilo economico-finanziario, soltanto nella seconda metà degli anni '80 le strategie di riduzione dei costi delle società del *managed care* hanno cominciato ad attrarre l'interesse dei datori di lavoro che gradualmente hanno deciso di rivolgersi

loro, abbandonando il ricorso agli strumenti assicurativi tradizionali (1).

Dal canto suo, il governo, sulla scia di quanto stava accadendo nel settore privato, anche se in una fase successiva, si è comportato allo stesso modo, iniziando con l'affidare la gestione sanitaria dei pensionati dell'esercito (2) ai suddetti organismi.

Il tasso di crescita delle adesioni ai programmi assicurativi è cresciuto del 10% annuo ed il numero di assicurati affiliati al regime *managed care* ha così raggiunto i 43,7 milioni di iscritti nel 1992 contro i 40 milioni del 1990 e gli 11,6 milioni del 1982 (3). In una fase successiva il numero di individui che hanno dato la loro adesione ai programmi sanitari delle HMO è andato via via espandendosi aumentando del 72%, nell'arco di tre anni (1994-1997), in cui gli iscritti sono passati da 44 milioni a 75 milioni.

È il caso di evidenziare peraltro che, in virtù dei contenuti dei programmi sanitari (*health plan*) mediante i quali il *managed care* interagisce con gli assicurati, attualmente sullo stesso convergono le attività e gli interessi di diversi tipi di entità organizzative tra cui principalmente rilevano, oltre alle HMO, le *Preferred Provider Organization* (PPO).

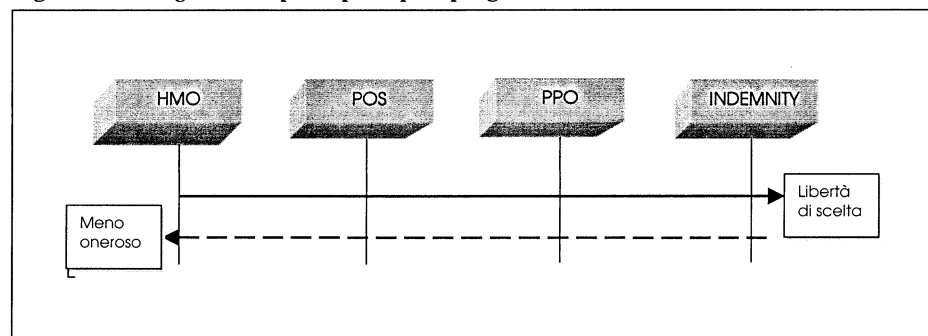
In generale tutti gli organismi aderenti al *managed care* forniscono, infatti, un insieme di prestazioni agli iscritti in contropartita di un pre-

mio assicurativo mensile o annuale (*prospective payment*). Il *benefit package* rappresenta l'insieme dei servizi coperti e stabilisce quali medici e ospedali rientrano nel quadro assicurativo. A loro volta le associazioni di professionisti e le strutture di cura erogano le prestazioni sanitarie agli assicurati in cambio di un importo fisso pagato anticipatamente dall'assicuratore.

In senso figurato ad un'estremità del *managed care*, come si può osservare nella figura 1, risultano i programmi offerti dalle HMO, che quanto a costi dovrebbero risultare più vantaggiosi pur offrendo un minore grado di libertà nella scelta dei fornitori di cure; di seguito i *Point-of-service* (POS), i PPO ed infine i *Traditional Indemnity* che, essendo legati al sistema dominante prima dell'avvento delle HMO, prevedono un maggiore grado di libertà nella scelta dei fornitori ma costi assicurativi assai più elevati. I programmi si distinguono sostanzialmente per le modalità con cui sono erogate le cure ed il sistema di pagamento delle stesse.

I POS (4) sono in realtà dei particolari piani, offerti da talune HMO, contenenti delle opzioni che consentono agli assicurati di scegliere la prestazione di un servizio erogata da un fornitore partecipante o non partecipante alla rete sanitaria allestita con differenti livelli di benefici associati al ri-

Figura 1 - *Managed care* e principali tipi di programmi sanitari



corso a fornitori partecipanti. Un PPO è, invece, una forma di *managed care* in cui una particolare organizzazione stringe degli accordi con medici, ospedali ed altri fornitori di cure che accettano pagamenti di entità inferiore da parte degli assicuratori. Il risultato consiste in una ripartizione dei costi meno onerosa rispetto alle proposte di altri fornitori al di fuori del *network*. Infine un *Indemnity Plan*, talvolta chiamato anche *fee-for-service* consente agli assicurati di rivolgersi a qualsiasi fornitore, medico od ospedale sia che a loro volta inviano il conto delle spese o al paziente oppure alla compagnia assicurativa che partecipa alle spese. Generalmente si ha una detrazione sui premi assicurativi, poiché pagamento dell'assicurazione avviene, ogni anno, prima che quest'ultima attivi i rimborsi. Gli organismi del *managed care* gestiscono ormai la salute di quasi un quarto dei cittadini americani, ovvero più del doppio rispetto al 1989 (5) ed il settore è andato lentamente consolidandosi considerato che il numero di HMO è cresciuto da 269, nel 1982, a 688, nel 1986, prima di ridursi a 562 nel 1992 (Sheperd, Salzman, 1994), ma ciò è riconducibile al fatto che, al fine di realizzare economie di scala o di scopo, alcune HMO hanno intrapreso la strada delle fusioni (Given, 1996; Wholey, Feldman, Christianson, Engberg, 1996).

In generale, anche se può apparire un paradosso, il sistema sanitario americano (figura 2) non è dominato dal settore privato ed il *trend* della spesa sanitaria in questo senso può dimostrarlo. Nel 1994, infatti, il 47% della spesa sanitaria (950 miliardi di dollari) era finanziato dal governo — attraverso i programmi *Medicaid*, *Medicare*, la copertura assicurativa degli impiegati federali ecc. — il 26% dai pazienti, il 21% dai datori di lavoro ed il 6% da istituzioni di beneficenza

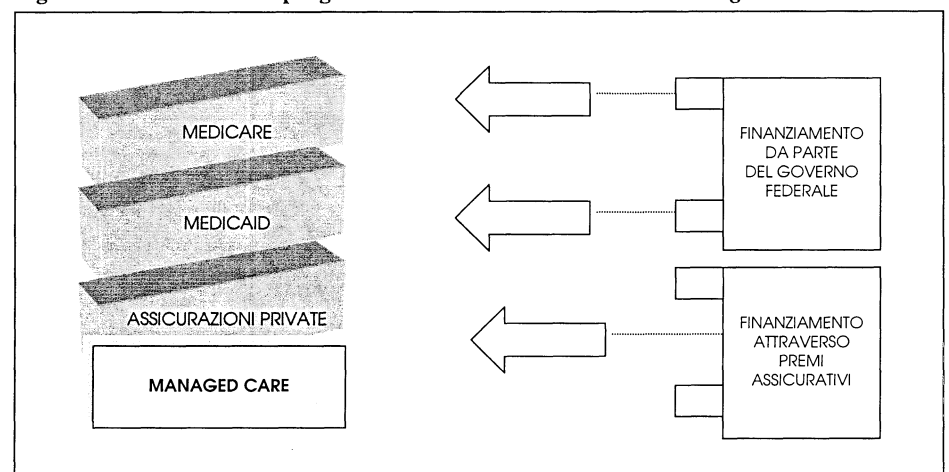
(6). Pertanto esso presenta delle discrasie rilevanti. Innanzitutto è parziale, infatti una parte affatto trascurabile della popolazione americana (44 milioni, ossia il 16,3% del totale della popolazione) è esclusa da ogni genere di copertura sanitaria. Si tratta in particolare di quelle persone che non possono accedere autonomamente a nessun tipo di forma assicurativa, ma i cui redditi sono troppo elevati per poter beneficiare di *Medicaid*, il programma assicurativo nazionale rivolto agli individui a basso reddito e agli indigenti. Esso copre attualmente circa 36 milioni di individui, includendo bambini, anziani, disabili, e le persone destinate a ricevere il reddito minimo federale. In effetti i due terzi delle persone senza assicurazione svolgono un'attività lavorativa ed a ciò va aggiunto che i programmi sanitari pubblici non coprono la totalità della spesa sanitaria (Himmelstein, Woolhandler, 1999). Per esempio, i pazienti *Medicare*, sebbene coperti da un programma sanitario pubblico, devono essi stessi provvedere alla copertura delle spese farmaceutiche (7) considerate infatti *out-of-pocket*, motivo che li induce ad abbandonare alcuni programmi per altri in cui le stesse vengono garantite. Inoltre, come testimoniano i

fenomeni di esclusione dei pazienti a rischio o dei pazienti più esposti a determinate malattie, le società che gestiscono la spesa sanitaria fanno confluire presso le proprie liste prioritariamente assicurati che presentano un rischio molto basso di ammalarsi, lasciando fuori così le persone più deboli, destinate inevitabilmente a generare costi. Questo fenomeno di esclusione è tanto più comprensibile, se si osserva come la domanda di cure provenga proprio da queste ultime che, costituendo il 10%, sono la fonte del 72% della spesa sanitaria totale (Berk, 1992). In questo senso si può dunque affermare che il *managed care* non è ancora arrivato ad eliminare le disuguaglianze che rendono difficoltosa l'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

### 3. Il *managed care* e la spesa sanitaria

Con lo sviluppo del *managed care*, la crescita della spesa sanitaria ha subito un rallentamento tra il 1991 ed il 1997 (8), dopo una forte impennata negli anni '80 (Anderson, 1997). Questa diminuzione ha permesso di mantenere allo stesso livello il rapporto tra spesa sanitaria e PIL assestato intorno

Figura 2 - Coesistenza dei programmi sanitari tradizionali con il *managed care*



ad una media del 13,2% tra il '93 ed il '95 (figura 3). In particolare, nello Stato della California le HMO, tra il 1983 ed il 1993, sono riuscite a frenare il ricorso all'utilizzo dei servizi ospedalieri (ospedali con più di 25 letti) (Robinson, 1996).

A ben vedere, la spesa sanitaria è aumentata meno rapidamente (il 44% meno rapidamente) (9) nei contesti di mercato caratterizzati da una forte penetrazione delle società del *managed care* se paragonati a quelli in cui la presenza delle HMO è stata meno incisiva. Questi risultati sono peraltro confermati da altri studi (Melnick, Zwanzinger, 1995) nei quali si afferma che, nonostante negli Stati Uniti la spesa sanitaria sia aumentata del 54% tra il 1980 ed il 1991, tale crescita è stata soltanto del 27% nello Stato della California dove il *managed care* ha conosciuto uno sviluppo molto forte. Per quanto concerne le spese per le visite ambulatoriali ed i farmaci, queste sono aumentate rispettivamente dell'82% e del 65% al livello nazionale contro il 58% ed il 41% della California. Allo stesso modo, gli ospedali situati nelle regioni caratterizzate da una forte presenza delle HMO hanno registrato una crescita più lenta della spesa e, infine, occorre evidenziare come la concorrenza tra le stesse HMO abbia contribuito a rallentare l'aumento dei premi assicurativi (Gaskin, Hadley, 1997; Wickizer, Feldstein, 1995). Nonostante questo vigile monitoraggio per impedire la crescita della spesa sanitaria, il sistema americano rimane troppo oneroso. In effetti la crescita della spesa sanitaria tra il 1990 ed il 1996 si è mantenuta più elevata rispetto alla maggior parte degli altri paesi industrializzati anche se la qualità delle cure (accessibilità, prestazioni ospedaliere, consumo di farmaci ecc.) è simile, a parte alcuni risultati sfavorevoli (durata media della vita, mortalità infantile ecc.).

*Medicare*, il più imponente programma assicurativo nazionale, deve infatti far fronte a notevoli sfide negli anni a venire. Per assicurare la sua stabilità, esso dovrà cercare di risolvere l'impatto combinato di una spesa sanitaria crescente, redditi insufficienti e l'invecchiamento della popolazione. Le proposte per il cambiamento del programma e del suo finanziamento sono già state discusse e, nell'esaminare l'opportunità delle diverse alternative, le forze di governo non possono tralasciare l'effetto sui beneficiari di *Medicare* e pertanto il modo in cui tutelare gli anziani e i disabili da eventuali costi *out-of-pocket*.

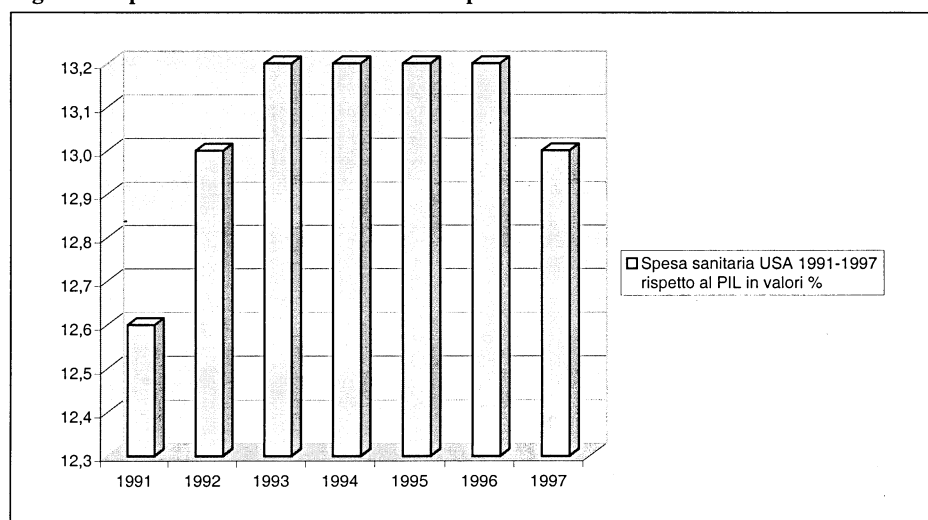
Il report annuale (1999) dell'Health Care Financing Administration (HCFA) ha messo in evidenza che la spesa sanitaria nel 1997 ha raggiunto i 1.100 miliardi di dollari con una spesa *pro capite* in media di circa 4.000 dollari e tale risultato rappresenta l'aumento più ridotto negli ultimi 40 anni. Il rallentamento è dovuto ad un'improvvisa caduta nella crescita della spesa privata pari al 2,3% nel 1994. Anche i volumi di spesa di *Medicare* e *Medicaid* nel 1994 sono diminuiti. La

spesa di *Medicaid* è cresciuta soltanto del 3,8% nel 1996, probabilmente a causa di un calo delle iscrizioni nel periodo 1995-1997 e ad una contrazione nel tasso di crescita della spesa per iscritto.

Il tasso di crescita annuale della spesa di *Medicare* è sceso dal 12% del 1994 al 7% del 1997, effetto probabilmente dovuto al rallentamento nell'aumento dei prezzi sanitari nello stesso anno, ad un impatto della nuova legislazione, ai cambiamenti nel comportamento dei fornitori con minori frodi e abusi ed infine ad una lieve diminuzione degli iscritti.

La spesa ospedaliera e per i servizi specialistici è diminuita mentre quella per i servizi a domicilio e gli altri servizi sanitari è aumentata. La spesa farmaceutica è cresciuta sino a 78,9 miliardi di dollari nel 1997, aumentando del 13% nel 1996 e del 14% nel 1997. In questo caso l'aumento è dovuto ad un maggiore contributo dei terzi pagatori delle prescrizioni, con una conseguente minore incidenza della spesa farmaceutica a carico degli individui, ad un aumento delle prescrizioni in ogni ricetta e all'aumento dei prezzi

Figura 3 - Spesa sanitaria USA 1991-1997 rispetto al PIL in valori %



Fonte: OECD Health Data 2001.

dei medicinali (Nutrition Today, 2000)

#### 4. I meccanismi per il controllo dei costi

La pratica medica ha conosciuto negli ultimi anni due cambiamenti rilevanti che hanno riguardato sia i produttori che i pazienti. Il primo è stato provocato da un miglioramento del rapporto costo/efficacia dei trattamenti offerti e da un conseguente sviluppo degli strumenti destinati a supportare i medici nella scelta delle terapie da adottare, dovuto quest'ultimo essenzialmente al progresso della medicina. In tal senso le strutture sanitarie (ospedali, HMO ecc.) hanno utilizzato svariati metodi come raccomandazioni cliniche (*guideline*), studi sulla qualità delle cure (*outcome*), protocolli di cura delle malattie secondo analisi costi/efficacia (*disease management*), revisione delle abitudini dei medici a prescrivere farmaci e analisi di laboratorio (*utilization review*). Tuttavia il raggiungimento di adeguati livelli di economicità non ha cessato di essere associato, talvolta erroneamente, ad una medicina a basso costo. Il secondo cambiamento ha ruotato invece intorno alla creazione di *standard* ritenuti in grado di omogeneizzare le pratiche mediche, molto diverse nei diversi contesti federali. Per esempio, se 11 miliardi di dollari vengono spesi ogni anno negli Stati Uniti per il trattamento dell'insufficienza renale terminale, è anche vero che tali costi variano considerevolmente da uno Stato all'altro con una media di 82.000 dollari per intervento (Evans, Kitzmann, 1998). Alcuni confronti tra produttori di cure dovrebbero consentire di stabilire degli *standard* e dunque di uniformare gli interventi e le prestazioni sanitarie con un costo più basso. Queste ultime sono generalmente sviluppate tanto dalle HMO quanto dagli ospedali.

Nella pratica però la difficoltà di prendere in considerazione i casi particolari fa correre il rischio di ingenerare una diminuzione della qualità delle cure anche se gli strumenti di *case management* aspirano a trattare i casi più complessi, vale a dire quelli che necessitano di cure particolari (10). In realtà essi impongono un controllo periodico permanente dei pazienti attraverso una filiera terapeutica (percorso) che, si suppone, offra una qualità delle prestazioni sanitarie ottimale. Gli organismi del *managed care* propongono un ventaglio di servizi destinati a razionare l'offerta di cure, tutti strumenti che includono il ricorso ad una rete limitata di produttori (*panel*), nonché l'introduzione di meccanismi del tipo *utilization review* che autorizzano la revisione delle prestazioni sanitarie ricevute dal paziente al fine di accertare che sono state necessarie e appropriate, ed il ricorso ad un medico avente la funzione essenziale di *gatekeeper*, ovvero colui che decide se il paziente deve o meno consultare uno specialista, oppure, ancora se ha bisogno di prestazioni aggiuntive e non di *routine* (11).

Questo genere di restrizioni vengono applicate allo stesso modo ai pazienti, agli ospedali ed alle farmacie (es. potere di sostituzione dei farmaci). Per quel che riguarda i primi, provvedimenti di compartecipazione al pagamento (*copayment*) sono stati elaborati per le cure d'urgenza, così come per la psichiatria ove l'istituzione di un co-pagamento di 20 dollari per visita medica ha scatenato una riduzione del 16% di cure psichiatriche e prestazioni ambulatoriali (12). Il co-pagamento rappresenta una peculiarità del sistema delle HMO, in virtù del quale una persona coperta paga una specifica tariffa per uno specifico servizio, come per esempio le visite ambulatoriali mediche, le prescrizioni o i servizi ospedalieri. Le HMO a loro

volta incitano gli ospedali a ridurre la durata della degenza dei pazienti considerato che tali «strategie» non si traducono necessariamente in un peggioramento del loro stato di salute. Infine talune farmacie di quartiere sviluppano un'offerta medica in partenariato con le HMO per realizzare delle economie di scala. A questo riguardo ad esempio, gli impiegati di 9 farmacie americane hanno seguito un programma di «sostituzione farmaceutica» che si è tradotto in una diminuzione mensile dell'8,3% del costo dei farmaci (Knowlton, Knapp, 1994). Ciò sta a significare che anche sotto l'egida delle HMO, i farmacisti si inseriscono con un ruolo non di certo secondario nella filiera di cure.

Le principali innovazioni, anche se di dubbia riuscita, hanno riguardato la creazione di sistemi sanitari integrati verticalmente in modo tale da fornire una valida combinazione di medici, ospedali, policlinici, case di cura, strutture per la lunga degenza, centri diagnostici. Conseguentemente al fatto che le nuove *managed care organization* hanno registrato un numero sempre maggiore di iscritti, v'è stato inoltre un potenziamento volto a migliorare il coordinamento e la razionalizzazione dei percorsi di cura. L'ultima modifica è consistita, invece, nell'integrazione orizzontale di fornitori come ospedali e gruppi infermieristici e di esperienze di medici, nelle quali è stata riposta la speranza di migliorare le cure, mediante apprendimenti condivisi dalle migliori esperienze che emergono in alcune delle loro unità separate. I *manager* hanno creduto che questi tre tipi di innovazione potessero abbassare i costi. L'integrazione verticale è stata vista come lo strumento più adatto a riequilibrare i margini di profitto e la componente dei costi; il ridisegno organizzativo come capace di ridurre l'eccessivo ricorso alle cure e i pagamenti ai fornitori;



l'integrazione orizzontale come indispensabile per il conseguimento di economie di scala e di scopo.

### 5. Il ruolo dei medici sotto il regime delle HMO

All'inizio degli anni '90, le condizioni di lavoro dei medici sotto il regime delle HMO erano molto vantaggiose e non potevano lasciare prevedere gli sbocchi che avrebbero avuto con gli organismi del *managed care*, tanto più che le HMO vivevano in quel momento una situazione di sottoimpiego. Attualmente i medici possono continuare ad esercitare all'interno di uno studio medico indipendente, pur essendo *partner* di una HMO mentre gli stessi organismi del *managed care* agevolano la raccolta degli onorari dei medici presso i datori di lavoro, offrendo in questo modo una maggiore stabilità e regolarità a quei professionisti con i quali sono legati da un contratto. Tutto quest'insieme di fattori spiega l'affiliazione di un numero sempre più elevato di americani alle HMO: quasi otto medici su dieci sono attualmente integrati in una forma o in un'altra di organismi di *managed care* rispetto al 1990 quando erano uno su dieci. Occorre evidenziare comunque che i medici delle zone rurali sono meno legati ai suddetti organismi di quanto lo siano quelli appartenenti ai centri urbani.

Le modalità di remunerazione dei medici sono ugualmente state modificate, passando dal modello di «pagamento a prestazione» al contratto a *forfait* per quota *pro capite*. Mediante questo strumento il fornitore di cure, che può essere sia un ospedale, sia un medico, percepisce un importo fisso per singolo paziente, a prescindere dalla durata e dall'intensità delle prestazioni erogate. Il medico, che gioca il ruolo di tesoriere dell'organismo del *managed care* gode comunque di talu-

ni incentivi (solitamente finanziari) per adattare la sua prestazione ai bisogni reali dei pazienti. Allo stesso modo il sistema prevede delle penalità, così, nel momento in cui una società di tipo HMO ricorre al principio di *withholding*, opera un trasferimento parziale del rischio finanziario, trattenendo per sé una parte dei pagamenti effettuati al fornitore di cure. Al termine di questo periodo, i raffronti sono legati ad un obiettivo fissato inizialmente. Se le spese sono inferiori rispetto a quelle previste, gli importi trattenuti vengono allora versati al medico curante. Gli organismi HMO hanno ugualmente introdotto delle richieste di autorizzazione per le procedure mediche più sofisticate e onerose, come rivela uno studio (13) condotto all'interno di un organismo HMO a rete cui erano afferenti circa 2,9 milioni di assistiti assoggettati alla quota capitaria. In questo caso ogni ambulatorio studiato utilizzava un dispositivo di preautorizzazione, concernente le visite specialistiche, le analisi ed altre procedure sofisticate (per esempio il 95% di richieste per la risonanza magnetica, il 53% di richieste per le radiografie polmonari) (14).

Da un siffatto contesto si può evincere come l'autonomia decisionale del medico non è più importante come un tempo e ciò suscita delle perplessità. In effetti, sebbene la sanità americana poggi su un'intesa implicita tra il medico ed il paziente per determinare il miglior servizio possibile, gli accordi che legano i medici stessi alle società di gestione della spesa sanitaria sono talvolta così forti che queste ultime possono dissuadere i medici dal fornire al paziente l'integralità di prestazioni di cui lo stesso necessita. Dal suo canto, il paziente è tanto più debole in quanto si trova in una situazione di asimmetria informativa e non conosce la natura del contratto ovvero i vincoli e le restrizioni che legano il suo medi-

co all'organismo di *managed care* (Stone, Mantese, 1999).

Tuttavia occorre dire che altre HMO hanno rinunciato a tale sistema di autorizzazioni. In certi casi, infatti, il controllo dell'attività medica può generare dei costi superiori alle economie realizzate con il rifiuto di determinati trattamenti o interventi. Così l'*United Health Group* (Minnesota) ha deciso di lasciare l'ultima parola al medico per quanto riguarda il trattamento più appropriato per il paziente. Tale decisione, accolta in modo molto favorevole dall'*American Medical Association*, dovrebbe essere emulata da altre HMO, tanto più che il Gruppo costituisce la seconda HMO dopo Aetna con 14,5 milioni d'assistiti. La pratica, sotto il regime HMO, lascia trasparire altri difetti come l'insolvenza dell'assicuratore, l'esclusione dei medici dalle HMO (Ellis, 1997), il deterioramento delle condizioni di lavoro, le difficoltà del rapporto con i pazienti, l'insoddisfazione professionale (Warren, Weitz, Kulis, 1999).

### 6. La qualità delle cure e la tutela del paziente

Per quanto riguarda la qualità delle cure, in particolare quelle specialistiche, l'esperienza americana del *managed care* ha prodotto dei risultati modesti rispetto a quelli attesi. Il *managed care* è accompagnato ad esempio da un peggioramento della qualità in psichiatria (15): i malati più gravemente colpiti si mantengono molto meno bene dopo il loro trasferimento sotto il regime del *Managed Care* se paragonati agli altri pazienti rimasti nel sistema tradizionale di «pagamento a prestazione». Anche nella cura del cancro i risultati sono discreti: le pazienti colpite dal cancro al seno sono sopravvissute per un periodo breve dopo essere state operate in un ospedale appartenente ad una

HMO. Al contrario, risultati più soddisfacenti sono stati osservati presso le persone anziane sotto il regime delle HMO. Se i medici stimano che le cure, quando sono gestite da un *Gatekeeper*, sono paragonabili alle cure tradizionali, tale meccanismo risulta essere, al contrario, inefficace e persino rischioso in dermatologia ed in medicina d'urgenza. Tuttavia una raccolta di 15 studi che confrontano la qualità delle cure sotto il regime delle HMO e sotto il regime sanitario tradizionale (*Fee For Service*) rivela un eguale numero di casi di miglioramento e di peggioramento della salute dei pazienti, a prescindere dal regime assicurativo (HMO o *Fee for service*). Nella stessa si sottolinea che sotto il regime *managed care*, i pazienti *Medicare* colpiti da malattie croniche hanno subito un peggioramento delle loro condizioni di salute. Altre indagini svolte su pazienti sforniti di mezzi e deboli, confermano questi risultati. D'altronde il farsi carico da parte del datore di lavoro del versamento dei contributi indebolisce la posizione del paziente, se non altro per il fatto che crea una copertura sanitaria discontinua. Così, in uno studio sulle rescissioni dei contratti delle HMO, il 74% delle persone hanno asserito che la ricerca di un nuovo assicuratore era legata ad un cambiamento di datore di lavoro, il 17% ha giustificato tale cambiamento con la scelta di un contratto meno oneroso e soltanto il 9% degli intervistati ha dichiarato di farlo per beneficiare di cure di migliore qualità. Inoltre la concorrenza sui premi può spingere i datori di lavoro ad abbandonare un programma sanitario a vantaggio di un altro dai costi più ridotti. Tale strategia viene attuata non certo per agevolare il paziente quanto per diminuire l'incidenza dei contributi assicurativi sui costi di gestione del datore di lavoro. Infine a causa di una crescente competizione sui prezzi

alcune società di gestione della spesa sanitaria sono state indotte al fallimento, costringendo in questo modo le altre HMO ad accogliere gli assistiti abbandonati dall'assicuratore iniziale (16).

Di fronte a questi risultati poco confortanti, sono stati approvati altri provvedimenti legislativi per assicurare una maggior tutela agli assistiti. Il Presidente Clinton ha voluto una *Bill of rights* che attribuisce all'assistito i seguenti diritti:

- di ricevere tutte le informazioni necessarie sui diversi trattamenti possibili;

- di presentarsi al pronto soccorso senza il previo consenso dell'assicuratore;

- di reclamare nel caso in cui il trattamento gli venga rifiutato;

- di consultare un medico specialista al di fuori del programma sanitario se questo non contempla la specialità in questione.

Alcune regole troppo restrittive stabilite dagli organismi del *managed care* sono state eliminate, è il caso ad esempio della legge «Drive through deliveries» (Declercq Simmes, 1997). Infatti, a circa la metà degli anni '90, i ricoveri di un giorno per il parto erano divenuti più frequenti (17), specialmente negli Stati dell'ovest. Gli organismi del *managed care* sostenevano questa pratica volta a diminuire i costi ma i medici si sono preoccupati per le conseguenze che avrebbe avuto sulla salute dei neonati. La legge, rapidamente approvata in ragione del suo impatto poco oneroso, della vicinanza delle elezioni e della necessità di tutelare gli assistiti, ha così obbligato le HMO a fare marcia indietro ed a finanziare un ricovero di quarantotto ore per il parto. Il provvedimento ha conosciuto una diffusione rapida: se lo Stato del Maryland è stato il primo a adottarla, altri cinque Stati l'hanno seguito prima della fine del '95. Meno di

un anno dopo, altri 24 Stati avevano votato delle leggi più o meno simili. Tuttavia, sebbene la nuova regolamentazione abbia permesso di trovare un accordo tra i medici, gli assistiti ed i politici, gli effetti sortiti sono stati pressoché parziali. Ha infatti fornito poche informazioni sulle cure da somministrare o sulle analisi cui i neonati devono essere sottoposti nel corso di questa giornata supplementare di ricovero. La «legge del bavaglio» (*gag clause*) è stata pertanto abbandonata in tutti gli Stati. In poco tempo era diventata il simbolo dell'intrusione degli organismi di *managed care* nel rapporto medico-assistito, impediva infatti al medico di discutere con il suo paziente dei diversi trattamenti possibili o d'informarlo circa i vincoli previsti dal suo programma sanitario, rappresentando in questo modo una minaccia alla fiducia che si instaura comunemente tra i pazienti ed i medici. Sono state elaborate altre misure a tutela dell'assistito per assorbire le restrizioni e i vincoli imposti dalle HMO e dissuadere gli assistiti a ricorrere alle urgenze (Tintinalli, 2000). Molti Stati hanno approvato leggi finalizzate ad impedire alle organizzazioni del *managed care* di ridurre i giorni di degenza oppure di ricompensare/incentivare i loro medici per minimizzare i costi o di rifiutarsi di sostenere investimenti per terapie sperimentali. V'è da dire comunque che queste leggi non sempre vengono rispettate ed applicate dagli Stati. Nonostante ciò, il bilancio non deve essere considerato del tutto negativo. Le società di gestione della spesa sanitaria hanno anche avuto dei meriti mediante le seguenti attività:

- sviluppo di strumenti per valutare la qualità delle prestazioni sanitarie;

- miglioramento della prevenzione per i bambini e per gli anziani;

— introduzione di programmi di individuazione precoce del cancro di vaccinazioni obbligatorie.

D'altronde, dal 1999 in poi, le HMO si sono cimentate nella ricerca, accettando di finanziare i costi dei test clinici necessari alla valutazione dell'efficacia dei farmaci o dei percorsi clinici (18).

Una tale iniziativa risponde allo stesso modo alle attese dei pazienti, soprattutto di coloro che sperano di poter partecipare a dei *test* al fine di trarre beneficio dai prodotti innovativi prima che vengano resi disponibili al grande pubblico. In effetti, sino ad ora nessun medico o assistito si è mai lamentato per il fatto che le società di gestione della spesa sanitaria di tipo HMO si siano rifiutate di coinvolgere i loro assistiti nei test clinici, o nella sperimentazione dei farmaci più semplici, e questo per il fatto che si trattava di farmaci sperimentali. Un accordo è stato sottoscritto nel 1998 dal *National Institute of Health* (NIH) e dall'*American Association of Health Plans* (AAHP), un'associazione che raggruppa e difende gli interessi delle società di tipo HMO. Le HMO potranno incrementare il numero degli assistiti che si sottopongono a *test* clinici dopo che questi hanno ricevuto l'approvazione ed il finanziamento da parte del NIH. Le HMO si sono sin d'ora lanciate nello sviluppo di nuovi farmaci, così l'*United Healthcare Corporation* si è decisa a farsi carico dei costi degli esperimenti clinici dei suoi assistiti sofferenti di cancro. Allo stesso modo *United* (che conta 13 milioni di individui) dovrebbe finanziare gli esperimenti clinici in oncologia della *Coalition of National Cancer Cooperative Groups*, un'associazione che riunisce 12.000 ricercatori in oncologia.

## 7. La crisi delle HMO

Se le HMO hanno visto crescere notevolmente il loro numero di assistiti dagli anni '90 in poi, nel 1997 hanno anche iniziato a registrare delle defezioni (Benko, 2000; Charatan, 2000). Con la ripresa economica degli anni '90 le imprese si sono mostrate più esigenti nella scelta delle HMO per i loro dipendenti. Le società di gestione sanitaria sono pertanto diventate più fragili. La loro dimensione non sempre le agevola nel mantenere una posizione forte nei confronti dei datori di lavoro che spesso posseggono una forza contrattuale superiore, in virtù di coalizioni che gli stessi pongono in essere per negoziare la copertura assicurativa dei loro dipendenti. A tale potere contrattuale sfavorevole si aggiungono i costi amministrativi elevati e le denunce degli assicurati. Nel 1998, quasi un quarto degli organismi di *managed care* si trovavano in un situazione critica secondo l'agenzia di rilevazione Standard & Poors. Infine, secondo uno studio realizzato da *Modern Healthcare*, su 29 HMO, 9 hanno registrato delle perdite nel 1996 mentre soltanto cinque delle 16 che hanno realizzato dei profitti ne hanno registrato un aumento rispetto al 1995 (19). Allo stesso modo i programmi sanitari più rilevanti per dimensione erano quelli che registravano le perdite maggiori. Nel 1997 *Aetna/U.S. Healthcare*, *Pacificare*, *Cigna Oxford Health* e *Kaiser Permanente*, erano in rosso. Alcuni Stati sono più colpiti da altri: 25 delle 44 società di gestione studiate nello Stato dell'Illinois hanno accumulato perdite nel 1997. A ciò si aggiunge che la crescita degli organismi di *managed care* si è dimostrata essere del tutto disomogenea infatti se nel 1993 il numero di HMO *for profit* era simile a quello delle società *non profit*, è anche vero che

in seguito ha conosciuto uno sviluppo più accelerato (Gabel, 1997).

Un'ulteriore prova delle difficoltà delle HMO è infine rappresentata dalle strategie di ritiro da certi segmenti di mercato come gli anziani o da talune aree geografiche come le zone rurali. Verso la fine del 1998 le HMO di 30 Stati americani hanno annunciato il loro ritiro dal programma *Medicare* (*Medicare managed care*) giudicato poco vantaggioso dal punto di vista economico. Gli assistiti che perdono la loro copertura assicurativa *Medicare* ritornano generalmente nel sistema tradizionale di tipo *Fee for Service*, sebbene il costo più elevato dovuto al fatto che le loro risorse sono limitate e che spesso vanno ad integrare altre società di gestione. Ma in alcuni Stati, queste semplicemente non esistono. In generale si tratta di un ribaltamento della situazione per quelle società che, da qualche anno, hanno preso piede sul mercato di *Medicare managed care* con un grande investimento in pubblicità e con il sostegno del governo federale. Tale fenomeno di ritiro è stato rilevato nello Stato di New York, nel New Jersey, in Colorado, in Connecticut, in Delaware, in Maryland ed in Florida.

### 7.1. Il dissenso degli assicurati e dei medici

Le difficoltà innanzi evidenziate si sono tradotte in una perdita di fiducia degli utenti e dei professionisti che operano nel settore sanitario. Questo stato di cose risale agli anni '90 quando i primi sondaggi d'opinione rilevati presso gli assistiti (20) e i medici (21) hanno rivelato che gli organismi di *managed care* stavano conoscendo una crescente impopolarità, pur rappresentando una ristretta frazione del mercato assicurativo. In seguito i sondaggi hanno continuato a riportare risultati negativi. Secondo uno

studio realizzato ad Harvard dalla Fondazione Kaiser Family (22), il 76% delle persone con meno di 65 anni e coperti dal sistema assicurativo tradizionale di tipo *Fee For Service* guardavano con favore il loro programma sanitario, mentre soltanto il 66% degli assicurati appartenenti al regime *managed care* facevano altrettanto. Il 25% delle persone interpellate consideravano mediocre l'attività delle società di gestione della spesa sanitaria, allo stesso modo la pensava il 20% sui laboratori d'analisi, il 18% sugli ospedali ed il 12% sui medici. I punti di insoddisfazione più frequentemente menzionati erano il tempo loro dedicato dai medici, la possibilità di consultare uno specialista e la qualità delle cure. Soltanto il 30% delle persone sentite facevano affidamento sul loro programma sanitario contro il 55% degli assicurati sotto il regime *Fee For Service*. La maggior parte si proclamavano in favore di un rafforzamento del controllo dello Stato contro gli eccessi del *managed care*. Le inquietudini degli assicurati, trasmesse ed enfatizzate dai media, le organizzazioni dei consumatori e le associazioni dei medici, in realtà si sono affermate nella seconda metà degli anni '90. Secondo uno studio dell'*Agency for Health Care Policy and Research* ad un numero crescente di lavoratori veniva offerta un'assicurazione sanitaria da parte dei loro datori di lavoro, ma il numero dei lavoratori disposti ad aderire si è andato sempre più affievolendo, nonostante il fenomeno abbia riguardato perlopiù i dipendenti con bassi redditi rispetto a quelli con redditi più elevati. Per i lavoratori che guadagnavano meno di 7 \$ l'ora la percentuale di coloro a cui è stata offerta e che realmente hanno aderito è diminuita, nel periodo tra il 1987 ed il 1996, dall'80% al 63%. Invece tra i lavoratori che guadagnavano più di 15 \$ per ora, c'è stata una dimi-

nuzione del 5%, dal 91% del 1987 all'86% del 1996 (Cooper, Shone, 1997).

Nel 1999 un'inchiesta condotta dal Washington Post-ABC ha rivelato che il 30% del campione aveva una buona opinione sulle HMO, mentre il 52% affatto. Il 40% circa ha affermato che le HMO trattano le persone secondo equità mentre il 43% ha asserito il contrario. I medici hanno ugualmente preso le loro distanze dalle HMO infatti se da un lato essi sono sempre meno rappresentati all'interno delle associazioni professionali, dall'altro sono sempre più numerosi da raggiungere le dimensioni di un vero e proprio sindacato per lottare contro le HMO. Alcuni hanno anche creato delle associazioni «di categoria» a seconda della specialistica trattata, *specialty groups and networks*, per rinforzare il loro potere di negoziazione nei confronti delle HMO. Altri ancora hanno istituito proprie reti sanitarie ed offrono i loro servizi ai grandi imprenditori mediante contratti del tipo *capitation*. È peraltro il caso di evidenziare che questo genere di iniziative ricevono il sostegno delle imprese (es. Motorola) che vogliono ridurre i loro costi stipulando contratti diretti con le istituzioni sanitarie senza ricorrere all'intermediazione degli organismi del *managed care*. Infine si è appurata la tendenza alle alleanze da parte degli studi dei medici generici con gli ospedali — che devono misurarsi con una diminuzione del numero dei ricoveri — o sono dagli stessi acquisiti. In questo modo diventano la loro porta d'ingresso poiché convogliano i malati negli ospedali e ciò permette loro da una parte di accaparrarsi una clientela sicura, indipendente da quella delle HMO e dall'altra di esercitare un potere di mercato più forte nei confronti delle stesse HMO (23). Queste ultime, dovendo riconoscere le difficoltà di influenzare le decisioni terapeutiche

dei medici, troppo attaccati a la loro autonomia professionale, tentano ormai di cooperare con loro sulla base di associazioni ad hoc (Robinson, 1999). In generale la situazione non lascia trasparire segnali di miglioramento ed una delle critiche maggiori mosse all'intero sistema *managed care* riguarda proprio la sua configurazione troppo arroccata ad una struttura organizzativa il cui perno è costituito dai *provider* con le seguenti disfunzioni (Herzlinger, 1998):

1) perdita di produttività dovuta al fatto che gli stessi utenti tentano di unificare i *provider* frammentati in un sistema che fornisca cure integrate per le loro malattie croniche o inabilità;

2) pochi incentivi alla prevenzione ed alle cure;

3) difficoltà nel misurare l'*outcome* ed i costi;

4) poche opportunità per stimolare degli effetti benefici della curva di apprendimento a causa della perdita della massa critica del volume di prestazioni;

5) pochi incentivi organici a fornire cure in settori economicamente più efficienti dovuto al fatto che all'interno del *managed care* è assente il *micromanagement*, mentre al contrario ogni *provider* individuale tenta di massimizzare il valore dei servizi offerti.

## 8. Conclusioni

L'insegnamento che si può trarre dall'esperienza statunitense assume un significato interessante e ricco di spunti, alla luce del dibattito che accompagna le riforme sanitarie, sempre in divenire, dei paesi europei. Molti di questi, il cui sistema sanitario è ancorato a meccanismi assicurativi pubblici, oppure pubblici e privati insieme, ma anche molti di quei paesi in cui il sistema di finanziamento è prevalentemente fiscalizzato hanno avuto mo-

do di confrontare le proprie iniziative in termini di politiche sanitarie con la realtà delle HMO ed i risultati da esse prodotti. Gli elementi di diversità che si palesano nel caso europeo rispetto agli Stati Uniti sono in linea di massima dovuti alla convergenza di quasi tutti i governi del vecchio continente verso politiche comunque tese a garantire, seppure a vari livelli e dimensioni, l'universalità dell'accesso, pur non rinunciando a perseguire strategie di contenimento di costi. Come si può in larga parte desumere da quanto appena esposto, il *managed care* ha infatti consentito alle HMO, che ne rappresentano la massima espressione, di tenere sotto controllo i fornitori di prestazioni, come i medici specialisti o gli ospedali ma, dall'altro, ha dovuto scontrarsi con questioni legate al mantenimento dell'equità nell'accesso e dell'efficienza allocativa, tutti fattori affatto trascurabili. Nonostante la presenza di elementi di incertezza sull'efficacia delle HMO è in ogni caso innegabile che la coniugazione di meccanismi competitivi e di strumenti incentivanti interni abbia condotto a performance di rilievo almeno in campo contrattuale. In particolare i profili di onnicomprensività degli accordi tra acquirenti e fornitori, ed i vantaggi dell'organizzazione integrata verticalmente rappresentano gli aspetti più degni di menzione.

Quella delle HMO resta infatti la principale esperienza in cui, sia sotto il profilo del finanziamento, sia sotto il profilo dell'erogazione dei servizi, si è fatto ricorso principalmente all'introduzione di meccanismi concorrenziali tra gli assicuratori che hanno ottenuto dei risultati significativi in termini di abbattimento dei costi. In particolare ciò ha inciso positivamente sull'ospedalizzazione, sulla somministrazione di cure e sugli esami costosi, grazie all'organizzazione di filiere di cure, all'utilizzazione di referenti per

le *best practice* mediche che hanno indotto, in definitiva, un'accurata selezione dei medici, all'adattamento delle capacità di risposta ai bisogni. In questo modo hanno dato prova di possedere le competenze necessarie tanto per incidere sulle tariffe dei produttori quanto per gestire il capitale salute dei pazienti puntando molto spesso nella prevenzione ed eliminando il fenomeno del *moral hazard* tipico dei sistemi sanitari pubblici.

Dal punto di vista degli assicurati, i risultati continuano ad apparire controversi e, per questo, va notato che le cattive *performance* delle HMO riguardano prevalentemente la parte di popolazione più debole. Vanno, infatti, a condizionare l'equità nell'accesso di quei pazienti (anziani, pazienti sofferenti di problemi psichici) che sono meno liberi di esercitare il ruolo di consumatori informati, come esigerebbe un mercato perfettamente concorrenziale, e sono invece destinati a ricevere un'assistenza sanitaria di qualità inferiore. Ma ciò sta a significare che gli effetti della concorrenza sui costi delle cure dipende fortemente dal contesto nel quale viene esercitata.

Per quanto concerne l'impatto che tale sistema ha sortito sulla qualità, appare nel complesso ingiustificato parlare di una minore qualità fornita dalle HMO, come vorrebbero i suoi detrattori. Semmai una contraddizione emergente dal *managed care* «più esasperato» consiste nel fatto che, pur essendo costituito da un insieme di forze autonome operanti nel libero mercato, con tutta una serie di meccanismi efficaci, in grado di garantire un risultato di breve periodo, il sistema corre il rischio di essere inefficace nel medio-lungo, in assenza di interventi regolativi da parte delle autorità governative. Ciò, ovviamente, ripropone la questione riguardante la gestione della complessità della regolazione di mercato in ambito sanitario. Il sistema, ne-

gli ultimi anni, ha richiesto frequenti intercessioni a livello centrale che ne hanno frenato la discesa verso l'impopolarità ed il «fallimento». Questo stato di cose non ha fatto altro che avvalorare le ipotesi evolutive tracciate da autorevoli esperti convinti già da tempo (Ellwood, Enthoven, Etheridge, 1992) che il settore vada riaggiustato, tenendo conto di almeno due fattori fondamentali:

— l'*universalità* dell'accesso ad un *benefit package* minimo, garantita mediante una combinazione ottimale di contributi obbligatori da parte dei datori di lavoro, sussidi governativi e risorse individuali;

— la *regolazione a livello nazionale* che fissi degli *standard* di funzionamento e di *performance*, che assicuri l'efficacia delle informazioni mediche e cliniche e che, infine, operi un continuo monitoraggio sul funzionamento efficiente del mercato.

---

(1) Nel caso in cui gli individui non sono coperti da una HMO devono sottoscrivere un'assicurazione privata. Generalmente ciò accade quando il datore di lavoro non può farlo per i suoi dipendenti (nelle imprese con meno di 25 dipendenti).

(2) TRICARE (1998) senior demonstration of military managed care-DOD. Notice of demonstration project. Fed Regist Jul 17, 63(137), pp. 38558-9.

(3) Marion Merrel Dow managed care Digest (1993).

(4) I POS sono dei particolari piani che consentono agli assicurati di scegliere la prestazione di un servizio erogata da un fornitore partecipante o non partecipante alla rete sanitaria allestita con differenti livelli di benefici associati all'uso di fornitori partecipanti. I POS possono essere serviti in diversi modi:

— una HMO può permettere ai suoi membri di fruire di particolari servizi da parte di organizzazioni non partecipanti;

— una HMO può fornire più servizi da parte di organizzazioni non partecipanti attraverso politiche mediche supplementari.

(5) Cfr. «A right to sue», *The Economist*, 16 ottobre 1996 (62-63).

(6) Cfr. Himmelstein D. *et al.* (1999), «A reappraisal of private employers' role in providing health insurance», *New England Journal of Medicine*, 340 (2), pp. 109-114.

(7) Cfr. Poisal J.A. *et al.* (1999), «Prescription drug coverage and spending for Medicare beneficiaries», *Health Care Financing Review Spring*; 20(3), pp. 15-27; Benjamin G. (1999), «Medicare prescription drugs: a benefit whose time has come», *Physician Exec*, Jul-Aug, 25(4), pp. 89-90.

(8) Il tasso di crescita della spesa sanitaria raggiunse il 4,4% nel 1996, ovvero il tasso più basso rispetto ai 37 anni precedenti.

(9) Su questo totale, il 28 % era legato al volume delle prestazioni sanitarie, il 6% al numero dei letti disponibili, il 10% a una modificazione dell'intensità dei servizi offerti.

(10) Fonte: Alpha Center (Washington, DC) — Health Care Delivery and Financing Terms; United Healthcare Corporation (Minnetonka, MN) — Glossario.

(11) Fonte: Alpha Center (Washington, DC) — Health Care Delivery and Financing Terms; United Healthcare Corporation (Minnetonka, MN) — Glossario.

(12) Cfr. Selby J.V., Fireman B.H., Swain B.E., (1996), «Effect of a co-payment on use of the emergency department in a health maintenance organisation», *New England Journal of Medicine*, Med, Mar, 334:10, pp. 635-41.

(13) Nel caso in questione si tratta di un'associazione di 133 ambulatori medici. Kerr E.A. *et al.* (1995), «managed care and capitation in California: how do physicians at financial risk control their own utilization?», *Ann Intern Med*, Oct, 123:7, 500-4.

(14) Per 75% degli ambulatori medici, le richieste di pre-autorizzazione erano raramente rifiutate (meno del 10%).

(15) Cfr. Rogers W.H. *et al.* (1993), «Outcomes for adult outpatients with depression under prepaid or fee-for-service financing», *Arch Gen Psychiatry*, Jul, 50(7), pp. 517-25.

(16) Scott G. (1999), «New Jersey HMO is forsaken», *Physicians' Weekly*, 15 march, vol. XVI, 11.

(17) Cfr. Volpp K.G., Bundorf M.K. (1999), «Consumer protection and the HMO backlash: are HMOs to blame for drive-through deliveries?», *Inquiry Spring*, 36(1), pp. 101-9.

(18) Winnick E. (1999), «HMO coverage to include clinical trials», *The Islet foundation Public message forum*, 11 febbraio.

(19) Soltanto 29 società su 113 contattate hanno accettato di partecipare a questo studio.

(20) Cfr. Blendon R.J. *et al.* (1992).

(21) Cfr. Taylor K.S. (1994), «Survey: oncologists frustrated with managed care hur-

dles», *Hospitals Health Network*, Nov 20;68(22):78, e anche Patterson P. (1994), «Nurses voice concern about managed care», *OR Manager*, Sep, 10(9):1, pp. 10-2.

(22) Kaiser Family Foundation (1997), «The Kaiser/Harvard National Survey of Americans' Views on managed care», November.

(23) Vedasi Burns L.R. *et al.* (2000), «Impact of HMO market structure on physician-hospital strategic alliances», *Health Serv Res*, Apr, 35(1 Pt 1), pp. 101-32.

#### BIBLIOGRAFIA

BAZZOLI G.J. ET AL. (2000), «Provider capitation working? Effects on physician-hospital integration and costs of care», *Med care*, Mar, 38(3), pp. 311-24.

BENKO L.B. (2000), «New England HMOs hit hard», *Modern Healthcare*, Jan 10, 30 (2), pp. 24-5.

BERK M.L. (1992), «The Concentration of Health Expenditure: An Update», *Health Affairs*, 4: 11, pp. 145-149.

BLEDSON D.R., LEISY W.B., RODEGHERO J.A. (1995), «Tying physician incentive pay to performance», *Healthcare Financing Management*, Dec, 49(12), pp. 40-4.

BLENDON R.J. ET AL. (1992), «Why Californians are concerned about health care», *Journal of American Health Policy*, Nov-Dec, 2(6), pp. 22-7.

CASTLES A.G., MILSTEIN A., DAMBERG C.L. (1999), «Using employer purchasing power to improve the quality of perinatal care», *Pediatrics*, Jan, 103(1 Suppl E), pp. 248-54.

CHARATAN F. LEADING (2000), «Health maintenance organisation near bankruptcy», *British Medical Journal*, Jan 15, 320(7228), pp. 135.

COOPER S., SCHONE F. (1997), «More offers, fewer takers for employment-based health insurance: 1987 and 1996», *Health Affairs*, 16(6), pp. 142-149.

DECLERCQ E., SIMMES D. (1997), «The politics of «Drive-through deliveries»: putting early postpartum discharge on the legislative agenda», *Milbank*, Q, 75(2), pp. 175-202.

DECLERCQ E., MAKING U.S. (1999), «Maternal and Child Health policy: from «early discharge» to «drive through deliveries» to a national law», *Matern Child Health Journal*, Mar, 3(1), pp. 5-17.

ELLIS M.S. (1997), «Liability issues in managed care. Otolaryngology-Head & Neck Surgery at LSU School of Medicine in New Orleans, USA», *Journal La State Med Soc* May, 149(5), pp. 151-8.

ELLWOOD P.M., ENTHOVEN A.C. ETHERIDGE L. (1992), «The Jackson Hole initiatives for the twenty-first century American health care system», *Health Economics*, 1(3), pp. 149-68.

EVANS R.W., KITZMANN D.J. (1998), «An economic analysis of kidney transplantation», *Surgery clinic*, North Am, Feb, 78:1, pp. 149-74.

GABEL J. (1997), «Ten ways HMOs have changed during the 1990s», *Health Affairs*, (Millwood), May-Jun, 16(3), pp. 134-45.

GASKIN D.J., HADLEY J. (1997), «The impact of HMO penetration on the rate of hospital cost inflation, 1985-1993», *Inquiry*, Fall, 34:3, pp. 205-16.

GIVEN R.S. (1996), «Economies of Scale and Scopes as an Explanation of Merger and output Diversification in the health maintenance organisation industry», *Journal of Health Economics*, Dec 15 (6), pp. 685-713.

HERZLINGER E.R. (1998), «The Managerial Revolution in the U.S. Health Care Sector: Lessons from the US Economy», *Health Care Management Review*, Summer, 23(3), pp. 19-29.

KENNEDY D.V., JENNINGS M.C. (1998), «Beyond HMOs: trends in employer direct contracting», *Healthcare Financing Management*, Aug. 52(8), pp. 45-8.

KNOWLTON C.H., KNAPP D.A. (1994), «Community pharmacists help HMO cut drug costs», *American Pharmacists*, Jan, NS34:1, pp. 36-42.

Lee-Feldstein A., Anton-Culver H., Feldstein P.J. (1994), «Treatment differences and other prognostic factors related to breast cancer survival. Delivery systems and medical outcomes», *Journal of the American Management Association*, 271, pp. 1163-1168.

MELNICK G.A., ZWANZIGER J. (1991), «State health care expenditures under competition and regulation, 1980 through», *American Journal of Public Health*, Oct, 85:10, pp. 1391-6.

NUTRITION TODAY (1999), *Health Care Spending*, Marzo.

OECD (2001), *OECD Health Data 1998*, Paris, Organization for Economic Cooperation and Development.

ROBINSON J.C., GARDNER L.B. (1995), «Adverse selection among multiple competing health maintenance organizations», *Medicare*, 33(12), pp. 1161-75.

ROBINSON J.C. (1996), «Decline in hospital utilization and cost inflation under managed care in California», *Journal of the Ameri-*

- can Management Association, Oct, 276:13, pp. 1060-4.
- SHEPERD M.D., SALZMAN R.D. (1994), «The Formulary Decision-Making Process in a Health Maintenance Organisation Setting», *PharmacoEconomics*, 5 (1), pp. 29-38.
- STONE T.T., MANTESE A. (1999), «Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care», *Journal Health Care Finance*, Fall, 26(1), pp. 48-62.
- TINTINALLI J.E. (2000), «Analysis of insurance payment denials using the prudent layperson standard», *Annals of Emergency Medicine*, March, 35, pp. 291-294.
- WARE JE JR. ET AL. (1996), «Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the Medical Outcomes Study», *Journal of the American Management Association*, Oct 2;276(13), pp. 1039-47.
- WARREN M.G., WEITZ R., KULIS S. (1999), «The impact of managed care on physicians», *Health Care Management Review*, Spring, 24(2), pp. 44-56.
- WHOLEY D. ET AL. (1996), «Scale and Scope Economies among Health Maintenance Organizations», *Journal of Health Economics*, Dec, 15(6), pp. 657-684.
- WICKIZER T.M., FELDSTEIN P.J. (1995), «The impact of HMO competition on private health insurance premiums, 1985-1992», *Inquiry*, Fa.

# LEADERSHIP COLLETTIVA E PROCESSI DI CAMBIAMENTO NELLE AZIENDE SANITARIE

Eva Krczal

Department of Public, Nonprofit and Health Management - University of Klagenfurt

Mario Del Vecchio (adattamento italiano a cura di)

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi»

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il *change management* nelle organizzazioni sanitarie - 3. L'approccio della *transformational leadership* - 4. Il rapporto tra stile di *leadership* e politiche della qualità - 5. Il profilo di *leadership* dei direttori di ospedale austriaci - 6. I dati generali - 7. Gli stili di *leadership* prevalenti nei direttori degli ospedali - 8. Le dimensioni della *transformational leadership* - 9. Analisi degli stili di *leadership* rispetto al numero dei posti letto - 10. Analisi degli stili rispetto alla proprietà - 11. I progetti di miglioramento della qualità - 12. Risultati e discussione.

*Taking the importance for a health care organisation to adapt continuously to changing conditions in account, the paper addresses the role of leaders in the change process. Although change theorists note the significance of leadership only a few have incorporated leadership theory into their studies. Leadership researchers, on the other hand, focus on the effect on individual and organisational outcomes such as job satisfaction and performance (both subjective and objective). In search for literature about the relationship between effective leadership and change management we came across a theoretical model developed by Avolio (1994) that links leadership styles with quality concepts. Based on the theoretical parallels between leadership theory and quality management, the paper highlights the situation in Austria by illustrating the results of a survey conducted in hospitals of the provinces of Vienna and Carinthia to identify prevailing leadership styles of Austrian hospital directors and to evaluate quality improvement projects conducted in Austrian hospitals. Results indicate a number of arguments against a multi-person leadership. Criticism comes from organisational theory arguing that a number of barriers of effective decision-making lie within the organisational structures. In addition, leadership theorists bring forward the argument that management-by-exception is not suited for fostering innovation and change but is rather preserving the status quo of the organisation.*

## 1. Introduzione

Quando si considera l'ambiente nel quale operano le istituzioni sanitarie, diventa subito evidente come la capacità di adattarsi dinamicamente alle condizioni esterne sia un elemento cruciale per garantire il successo dell'azienda. Le continue modificazioni dei meccanismi politico-istituzionali che definiscono l'allocazione delle risorse e la crescente complessità delle relazioni che legano i diversi portatori di interesse interni ed esterni all'azienda creano sempre nuove sfide al *management* degli ospedali. I governi introducono misure tese a comprimere i costi, i pazienti esprimono domande crescenti, i cittadini reclamano mag-

giore trasparenza sui livelli di funzionalità e sulle risorse assorbite. Per di più tutto ciò avviene in un contesto, come quello degli ospedali, in cui l'obiettivo primario — di migliorare lo stato di salute delle persone — non si presta a facili traduzioni operative o quantificazioni. Per confrontarsi efficacemente con tutte queste pressioni le organizzazioni sanitarie devono riuscire a sviluppare adeguati tratti di flessibilità e innovatività. Le maggiori pressioni per il cambiamento si rivolgono prioritariamente ai direttori poiché essi occupano posizioni chiave ai livelli più elevati dell'organizzazione e rispondono del funzionamento dell'ospedale stesso rispetto ai diversi portatori di interesse.

Gli assetti istituzionali degli ospedali austriaci sono caratterizzati da una direzione collegiale (*Kollegiale Führung*) composta da tre direttori ognuno dei quali rappresenta una delle principali famiglie professionali presenti in ospedale: medici, amministrativi e personale infermieristico. Tale configurazione collegiale, se da una parte esprime e garantisce un equilibrio tra le diverse componenti professionali, dall'altra comporta problemi non secondari sul piano strategico in quanto i potenziali conflitti tra i diversi gruppi vengono portati ai livelli più elevati dell'azienda. Le implicazioni della tripartizione sono state discusse in letteratura sia dal punto di vista strettamente organizzativo (Heimerl-



Wagner, 1996; Ingruber, 1999) sia da quello delle più specifiche teorie sulla *leadership* (Hodgson, Levinson, and Zaleznick, 1965). Il presente articolo si concentra prevalentemente sulle tematiche connesse alla *leadership* e ai processi di cambiamento negli ospedali.

L'importanza della *leadership* e del *commitment* della dirigenza ai fini di un efficace processo di cambiamento è sottolineata da tutta la letteratura sull'argomento. Gli autori che si occupano di *quality management* richiamano frequentemente l'esigenza di una *leadership* forte e «visionaria» come elementi essenziali per una applicazione dei principi del *quality management* (Deming, 1982; Kanji and Asher, 1993; Dahlgaard, Kirsten, and Kanji 1994), anche se gli stessi autori rimangono poi sul vago quando si tratta di fornire definizioni precise che connotino *leader* efficaci o visionari.

Modelli di *leadership* che si concentrano particolarmente sui cambiamenti organizzativi come quelli rappresentati dalla *charismatic* (House, 1976; Conger and Kanungo, 1988; Zaleznick, 1991; Bryman, 1992) e *transformational* (Bass, 1985; Bennis and Nanus, 1985; Tichy and DeVanna, 1986, and 1990) *leadership* sono stati solo recentemente individuati dalla ricerca in questo campo.

L'articolo vuole esplorare la relazione tra *leadership* e *quality management* considerato come una delle determinanti fondamentali del cambiamento organizzativo (Almaraz, 1994, p. 6). Come obiettivo specifico lo scritto identificherà lo stile di *leadership* maggiormente efficace per promuovere il miglioramento continuo della qualità nelle organizzazioni sanitarie. Vi sono un certo numero di lavori che hanno collegato la *leadership* a specifici approcci di *quality management* nei contesti sanitari. L'impianto teorico qui utilizzato è quello di

Avolio (1994) che, all'interno di un modello più generale, afferma come particolari stili di *leadership*, adottati da chi ha responsabilità di direzione tendono a perseguire specifiche politiche di qualità. Basandosi sui rapporti concettuali tra teoria della *leadership* e *quality management*, l'articolo illustra le situazioni dell'Austria illustrando i risultati di una ricerca condotta nelle provincie di Vienna e della Carinzia.

## 2. Il change management nelle organizzazioni sanitarie

«Any major change process will focus on the company's culture, structure, procedures and human resource management which require alteration to better meet the organisation's strategic goals and objectives» (Atwater, 1994, p. 146). I miglioramenti nella qualità delle risorse (materiali e umane), dei processi interni e di quelli finali (risultati finanziari, *customer satisfaction*, prodotti e servizi erogati) rappresentano elementi chiave nei programmi di cambiamento.

L'approccio *Total Quality Management* (TQM) — o *Continuous Quality Improvement* (CQI) — esprime un concetto di cambiamento di primaria importanza in quanto riesce a coniugare l'idea dell'impegno nei confronti della qualità e della *customer satisfaction* con quella del miglioramento continuo dell'azione del *management* a tutti i livelli dell'organizzazione (1).

L'applicazione dei principi del TQM richiede che le persone riflettano in maniera diversa circa ciò che esse fanno e le modalità attraverso cui i compiti vengono svolti. Secondo McLaughlin/Kaluzny (1994) il cambiamento organizzativo prodotto dall'applicazione dei principi del *quality management* comporta modificazioni

rilevanti sia su elementi strutturali, quali i livelli di responsabilità, il ridisegno dei processi, il sistema degli incentivi, l'applicazione degli strumenti e delle tecniche di miglioramento della qualità, sia su elementi più *soft* quali la cultura organizzativa, gli stili manageriali, i moduli della comunicazione. Avolio sottolinea il ruolo dei cambiamenti *soft*, definiti come un «fundamental shift from one level to another in understanding, beliefs, values, morals, and perspective» (Avolio, 1994, p. 122), nell'attuazione dei progetti di *quality management*.

Gli studi sulla qualità affermano come l'impegno del *top management* sia fondamentale per il successo di ogni programma di miglioramento della qualità (Deming, 1990; Crosby, 1979; Dahlgaard, Kirsten and Kanji, 1994 and Zink, 1998), e in questa prospettiva devono essere posti nella giusta rilevanza sia l'«upper management commitment to place quality as a top priority» sia la «institution of leadership practices oriented towards TQM values and vision» (Waldman, 1994, p. 32). Gli esperti della qualità menzionano un insieme di temi che i *top manager* devono considerare per supportare i processi di cambiamento in direzione della qualità. I *manager* devono infatti produrre le condizioni per il miglioramento continuo della qualità sia modificando strutture e procedure organizzative sia rendendo disponibile le risorse necessarie perché gli operatori possano fornire servizi orientati alla qualità (Kanji and Asher, 1993; Zink, 1998). Il *top management* è responsabile per la gestione complessiva del processo di cambiamento e in particolare per la motivazione e il coinvolgimento attivo dei collaboratori nel processo stesso. La motivazione e l'impegno degli operatori dipendono da diversi fattori. Il primo passo in tale direzione è lo sviluppo di una visione e la coerente comunicazione

di un messaggio e di una strategia in grado di realizzare la visione stessa (Dahlgaard, Kirsten and Kanji, 1994). Un altro strumento importante è la costruzione di modelli di ruolo: «through his/her words and actions, a leader must express determination to realize his/her vision» (Dahlgaard, Kirstensen and Kanji, 1994, p. 71). Una ulteriore funzione del *management* è quella di discutere singolarmente con i collaboratori i risultati raggiunti rispetto al quadro delineato dalla visione e di prevedere vantaggi per gli operatori che sostengono attivamente le iniziative intraprese. Sforzi e suggerimenti su come migliorare la qualità dei servizi dovrebbero essere apertamente riconosciuti dal *top management* e considerati nel sistema delle ricompense (Zink, 1998).

Il *commitment* del *top management*, così come delineato dagli autori appena menzionati, è espressione dell'agire di *leader* che rappresentano effettivi agenti di cambiamento di successo in aziende che mirano a dare concreta attuazione ai principi del *quality management*. Gestire il cambiamento significa, quindi, riuscire ad articolare una visione attraente e sfidante, a rappresentare un modello di ruolo ed essere un *coach* per lo sviluppo dei collaboratori. A questo punto, la connessione tra le teorie della *leadership* e il *management* del cambiamento può essere stabilita. Le caratteristiche del *top management* come delineate nella letteratura sul *quality management* riflettono gli aspetti salienti della *transformational leadership* che verrà discussa nei paragrafi che seguono.

### 3. L'approccio della *transformational leadership*

In generale la *leadership* viene definita come «a process whereby an individual influences a group of individuals to achieve a common

goal» (Northhouse, 1997, p. 3). Drucker (1985) sostiene che il dirigente efficace dovrebbe sempre essere attento al futuro e prestare attenzione ai risultati piuttosto che agli sforzi spesi per raggiungerli. La letteratura prevalente sulla *leadership* opera una netta distinzione tra i *leader* e i *manager*. A differenza dei *manager* che ricercano stabilità e controllo attraverso meccanismi e procedure, i *leader* «look for ways to radically alter the status quo, to create something totally new, for revolutionary new processes, for ways to beat the system» (Kouzes, 1988, p. 33). Nell'ambito del *change management* le riflessioni sulla *charismatic* e *transformational leadership* offrono spunti interessanti sui processi di influenza che i *leader* instaurano nei confronti delle persone che essi guidano. In particolare tali teorie descrivono come i *leader* possano dare l'avvio, sviluppare e sostenere trasformazioni significative nelle organizzazioni. L'approccio «trasformativo» descrive l'influenza che il comportamento del *leader* esercita sulle persone, sull'organizzazione nel suo complesso e sulla sua cultura in particolare. La teoria della *transformational leadership* fu introdotta da Burns che analizzò il comportamento dei *leader* politici, identificandone diversi aspetti di rilievo e proponendo quindi la distinzione tra *transformational* e *transactional leadership* (2).

Il punto qualificante della *transformational leadership* è l'attenzione posta al miglioramento della *performance* dei collaboratori e al pieno sviluppo di tutto il potenziale di cui essi sono portatori. I *transformational leader* riescono a motivare le persone a fare di più di quanto esse avessero intenzione di fare e spesso più di quanto esse stesse ritenessero possibile. Essi si pongono nei confronti degli al-

tri con aspettative particolarmente sfidanti e riescono ad ottenere dalle persone *performance* particolarmente elevate. L'elemento più importante è la loro capacità di fare leva sui bisogni più elevati delle persone quali la stima e l'autorealizzazione. Burns definisce tali *leader* come persone che «engage with others in such a way that leaders and followers raise one another to higher levels of motivation and morality» (Burns, 1978, p. 20).

La *transactional leadership*, al contrario, pone l'accento sulle transazioni o i processi di scambio che hanno luogo tra *leader*, colleghi e subordinati nei quali il *leader* offre ricompense per in cambio delle *performance* dei subordinati. Burns definisce questo stile di *leadership* come un processo in cui «person takes the initiative in making contact with others for the purpose of an exchange of valued things» (Burns, 1978, p. 19). Come sottolinea Bass (1985), i *transactional leader* motivano le persone discutendo ciò che viene loro richiesto, specificando gli *standard* attesi di *performance* e ricompensando adeguatamente le persone che raggiungono gli obiettivi predefiniti.

Mentre Burns (1978) considera *transformational* e *transactional leadership* come estremi opposti di un *continuum*, Bass (1985) considera le due tipologie come complementari piuttosto che alternative. Secondo Bass e Avolio (1990), la prima è un superamento della seconda teso a perseguire livelli più elevati di efficacia. Nella versione più recente della teoria, conosciuta come *Full Range Leadership Model*, Bass e Avolio (1994) descrivono otto dimensioni che definiscono diverse configurazioni di *leadership*: quattro (le 4 I) *transformational* (influenza idealizzata, motivazione ispirata, stimolo intellettuale, considerazione individualizzata), tre *transactional* (ricompense

**Box 1 - Otto dimensioni della leadership**

*Transformational leadership (le 4 I)*

- **Influenza idealizzata:** i *transformational leader* esercitano una grande influenza sulle persone. Essi sono capaci di modificare valori e sistemi di pensiero diffusi mostrando un impegno attivo nell'interpretare nuovi modi di ragionare. Si comportano in modo tale da risultare veri e propri modelli di ruolo per i propri collaboratori, i quali non solo si fidano, ma si identificano emotivamente con il *leader*. I collaboratori sviluppano intensi sentimenti di ammirazione e rispetto nei confronti del *leader* e cercano di emularlo.
- **Motivazione ispirata:** i *transformational leader* lavorano con la visione che definisce uno stato futuro particolarmente attraente e con la missione che rappresenta il modo con cui tale stato può essere raggiunto. Essi pongono obiettivi particolarmente impegnativi e dimostrano una intensa fedeltà ai fini e alle visioni condivise in modo da motivare e ispirare le persone intorno a loro.
- **Stimolo intellettuale:** i *transformational leader* stimolano i loro collaboratori verso l'innovazione e la creatività, li spingono ad analizzare gli assunti impliciti, a riformulare i problemi in nuovi schemi logici e ad affrontare le situazioni consolidate con modalità originali. Le persone vengono incoraggiate a cambiare i modi di pensare circa i problemi tecnici e organizzativi e a modificare addirittura le proprie competenze e i propri valori. Le loro idee non vengono solo perché sono differenti da quelle del *leader* o da quelle prevalenti nel contesto organizzativo.
- **Considerazione degli individui:** i *transformational leader* costruiscono un forte legame emotivo con i propri collaboratori. Essi pongono particolare attenzione ai bisogni individuali di crescita e di maturazione, agiscono come *coach* o mentori degli individui. I compiti vengono delegati alle persone anche come occasioni di apprendimento. Le differenze tra gli individui in termini di bisogni e di aspettative vengono riconosciute ed accettate. Le interazioni con i collaboratori sono personalizzate.

*Transactional leadership*

- **Ricompense immediate:** con questo sistema il *leader* assegna o si accorda su ciò che deve essere fatto e promette ricompense o effettivamente ricompensa in relazione allo svolgimento efficace dei compiti assegnati.
- **Gestione per eccezioni attiva:** il *leader* organizza un monitoraggio attivo di tutte le deviazioni dagli *standard*, degli sbagli ed errori in cui i collaboratori possono incorrere nello svolgimento dei compiti e assume prontamente le azioni correttive laddove necessario.
- **Gestione per eccezioni passiva:** implica una attesa passiva dell'insorgere di deviazioni, sbagli ed errori per poi intraprendere le azioni correttive.

*Non-leadership*

- **Laissez-Faire:** si connota in questi termini il rifiuto o l'assenza di *leadership*. Per definizione risulta essere il più inattivo e inefficace degli stili.

contingenti, direzione per eccezioni sia nella versione attiva sia in quella passiva) e l'ultima di non *leadership* (vedi box 1) (3).

La figura 1 presenta l'insieme delle otto dimensioni posizionate rispetto alla loro efficacia e all'atteggiamento attivo o passivo che esse implicano. Il profilo di *leadership* ottimale è caratte-

rizzato da un prevalere delle dimensioni tipiche dello stile *transformational* e in ordine decrescente dalle altre.

**4. Il rapporto tra stile di leadership e politiche della qualità**

L'approccio alla qualità assunto dai *leader* può variare dalle più tradizio-

nali forme di controllo della qualità, a più complessivi approcci come quello della *quality assurance* fino a concetti dinamici come quelli insiti nel *continuous quality improvement*. Avolio (1994) ipotizza l'esistenza delle relazioni illustrate nella tabella 1 tra stili di *leadership* e approcci alla qualità.

*Laissez-faire* e direzione per eccezioni passiva si collegano alla assenza di ogni misura di *quality assurance* o di miglioramento della qualità. Avolio, Waldmann, and Yammarino (1991) sottolineano come un clima permeato dall'approccio al controllo di qualità impedisce lo sviluppo di nuove idee e di soluzioni creative. L'innovazione infatti è strettamente collegata alla possibilità dell'organizzazione di compiere errori e di apprendere da essi. Quando gli errori sono eliminati o nascosti senza una analisi adeguata delle cause nessun miglioramento è possibile. Sistemi di incentivi focalizzati alla prevenzione degli errori hanno inevitabilmente orizzonti di breve periodo, non implicano nessun cambiamento fondamentale o significativo nella cultura organizzativa. I *transactional leader* si concentrano sui bisogni e sulle aspettative dei collaboratori in una prospettiva di definizione degli obiettivi e di controllo sulle attività affinché tutti i *target* siano raggiunti. La *transactional leadership* è «an effective means of maintaining and/or achieving acceptable standards of performance» (Avolio, Waldmann, and Yammarino, 1991, p. 10), ma non riesce ad essere altrettanto efficace nell'innalzare i livelli complessivi di *performance* «conformity, not creativity, is encouraged» (Bass and Avolio, 1990, p. 14).

I *transformational leader* possono cambiare effettivamente lo *status quo* nelle loro organizzazioni attraverso il riconoscimento della necessità del cambiamento e la costruzione di una

visione attraente e motivante del futuro. Riuscire a trasmettere una visione positiva del futuro ai collaboratori è un elemento essenziale per motivarli, per far loro accettare l'esigenza del cambiamento per coinvolgerli nei processi di trasformazione. Per quanto concerne il *quality management*, i *transformational leader* integrano l'idea del miglioramento continuo della qualità in quella di una visione del futuro. Molti studiosi della *leadership* sottolineano come le dimensioni che caratterizzano la *transformational leadership* siano particolarmente coerenti con le necessità che emergono quando si tratta di guidare i processi di cambiamento (Eisenbach, Watson, and Pillai, 1999, Avolio, 1994, Atwater and Atwater, 1994).

**Influenza idealizzata:** l'influenza idealizzata o carisma consente di costruire nei collaboratori una base di fiducia e rispetto che risulta fondamentale nell'accettazione di cambiamenti radicali (Atwater and Atwater, 1994). «Without such trust and commitment to the leader's intentions, attempts to change and redirect the organisation's mission are likely to be met with extreme resistance» (Avolio, 1994, p. 132). Nei concreti contesti organizzativi i *manager* si trovano, spesso infatti a lavorare duramente per spiegare ai propri collaboratori la necessità del cambiamento o convincerli sulla direzione di cambiamento intrapresa (Rao, 1996). In questa prospettiva i *leader* carismatici impegnati sulla qualità servono come modelli di ruolo in modo tale che comportamenti e atteggiamenti adeguati possano essere incorporati in una cultura aziendale orientata al miglioramento continuo della qualità.

**Motivazione ispirata:** la motivazione ispirata gioca un ruolo centrale nello sviluppo di una visione attrattiva e stimolante di una organizzazione dedicata alla soddisfazione dei clienti e

al miglioramento continuo della qualità. La mancanza di una visione condivisa, come sottolinea Kottler (1994), è un punto di particolare criticità nei tentativi di cambiamento a livello dell'azienda nel suo comples-

so «Without a sensible vision, a transformation effort can easily dissolve into a list of confusing and incompatible projects that can take the organisation in the wrong direction or nowhere at all» (Kottler, 1995, p. 63).

Figura 1 - Stili di leadership

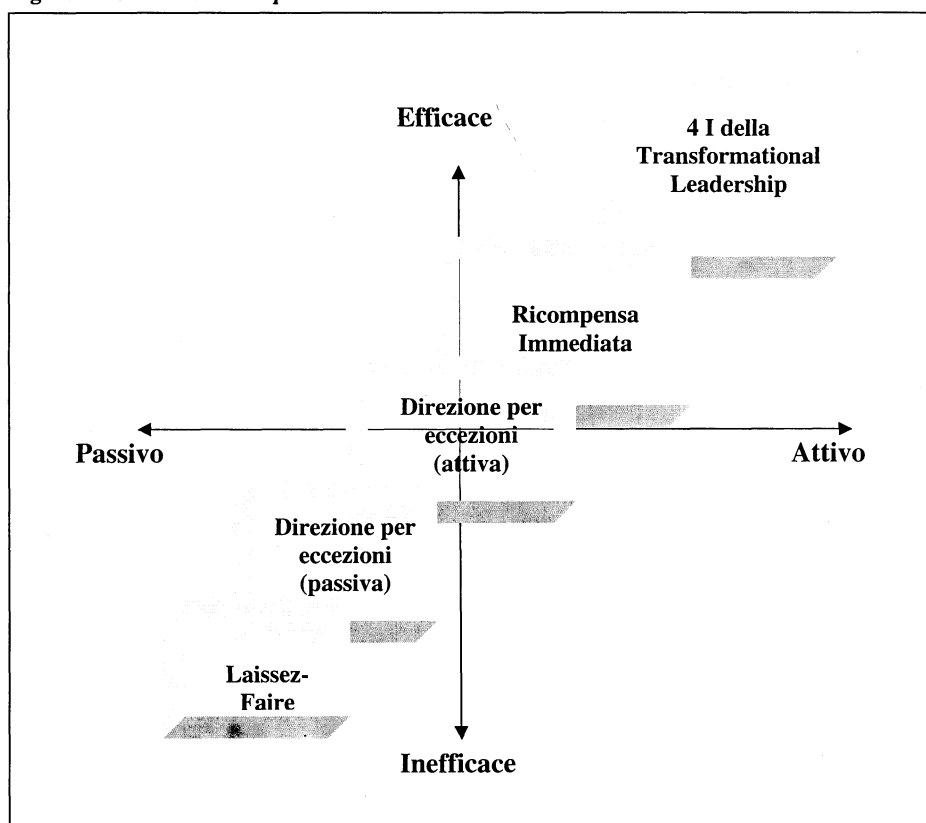


Tabella 1 - Parallelismi tra qualità e teoria della leadership

|   |   |
|---|---|
| <b>Quattro dimensioni della transformational leadership</b> | Gli operatori devono essere coinvolti nei processi di miglioramento della qualità. Attenzione alla qualità a tutti i livelli con una enfasi sullo sviluppo e il miglioramento continuo. |
| <b>Ricompense contingenti</b>                               | Ricompense e incentivi ai lavoratori con i tassi più bassi di errori.   |
| <b>Direzione per eccezioni attiva</b>                       | I prodotti devono essere attentamente monitorati per assicurare «zero difetti».   |
| <b>Direzione per eccezioni passiva</b>                      | Quando accadono errori, questi devono essere identificati e corretti.   |
| <b>Laissez-Faire</b>  | La qualità è un problema del cliente.   |

Fonte: Avolio (1994), p. 127.

Il coerente combinarsi di ispirazione ideale e motivazione ispirata aiuta quindi la diffusione dei processi di cambiamento attraverso tutta l'organizzazione (Atwater and Atwater, 1994).

*Stimolo intellettuale:* come si è visto (vedi box 1) lo stimolo intellettuale è una modalità di conduzione che spinge collaboratori verso l'innovatività e la creatività. Le persone vengono incoraggiate a cambiare i modi di pensare e di affrontare i problemi. Tutto ciò risulta di fondamentale importanza nel sostenere il miglioramento continuo della qualità nei singoli processi e nei sistemi nel loro complesso. Il miglioramento continuo richiede che la *leadership* insista su una aperta considerazione di tutti gli eventi e una disponibilità totale al cambiamento.

*Considerazione degli individui:* attraverso questa dimensione della *leadership* i collaboratori vengono stimolati al pieno sviluppo del proprio potenziale e a contribuire al perseguimento di più elevati livelli di *performance*. «Transformational leaders move followers to higher levels of development, responsibility and commitment» (Avolio, 1994, p. 135). Se la strategie di cambiamento per avere successo devono essere coerenti con le specifiche caratteristiche dell'organizzazione, tra queste una particolare importanza rivestono la volontà e la capacità di cambiare delle persone. I *transformational leader* facendo rivolgendosi ai bisogni di realizzazione dei collaboratori e sostenendoli attraverso il *coaching* riescono a rendere attraente il cambiamento. I collaboratori imparano ad assumersi la responsabilità della propria crescita e ciò risulta analogo alla assunzione di responsabilità richiesta dal *Total Quality Improvement* (Avolio, 1994). I compiti delegati ai collaboratori vengono monitorati, non per controllare

dettagliatamente l'operato, ma solo per valutare i progressi complessivi e le eventuali necessità di supporto che gli operatori possono esprimere. L'attenta considerazione degli individui è anche importante nel neutralizzare l'inevitabile resistenza che è destinata ad accompagnare i processi di trasformazione (Eisenbach, Watson and Pillai, 1999). Il *leader* deve impegnarsi affinché le persone siano coinvolte nei processi di cambiamento e riescano a percepire i vantaggi che essi possono apportare ad ogni singolo individuo.

### 5. Il profilo di *leadership* dei direttori di ospedale austriaci

Bass (1985) ha sviluppato un *Multi-factor Leadership Questionnaire* (MLQ) per riuscire a distinguere i *transformational* e *transactional leader*. Il questionario prevede 84 domande sul comportamento dei *leader* e la percezione dei collaboratori sulla *performance* del gruppo e sul loro grado di soddisfazione. Le domande fino alla 73 hanno lo scopo di identificare le quattro caratteristiche della *transformational leadership* insieme a quelle della *transactional leadership*. Ai collaboratori viene chiesto di rispondere a ciascuna domanda su una scala che va «molto spesso» a «mai» e ogni domanda è associata a uno dei due stili di *leadership*. Il questionario è quindi in grado di identificare il modello di *leadership* predominante.

Nel nostro studio sugli stili di *leadership* negli ospedali, abbiamo utilizzato una versione modificata del MLQ, così come definito da Steyer che riduce le domande a 35. Il questionario è stato tradotto in tedesco e testato per valutare affidabilità e correlazione con le caratteristiche dei due stili di *leadership* secondo l'interpretazione di Bass e Avolio. Il questionario modificato è stato ritradotto in in-

glese e sottoposto all'autore originale (Steyer, 1998) per approvazione.

### 6. I dati generali

Per cercare di stabilire il tipo di *leadership* prevalente negli ospedali austriaci i questionari sono stati inviati a 57 ospedali pubblici e privati delle province di Vienna e della Carinzia. I questionari di ritorno ci hanno concesso di valutare lo stile di *leadership* di 165 direttori di ospedali.

Una prima analisi mostra che la maggior parte dei questionari ritornati riguardano i direttori infermieristici. Quasi metà delle valutazioni sono ad essi ascrivibili mentre il rimanente 50% può essere attribuito in parti uguali ai direttori amministrativi e a quelli medici (vedi tabella 2).

### 7. Gli stili di *leadership* prevalenti nei direttori degli ospedali

I risultati dello studio rivelano che tutti i tre direttori raggiungono punteggi elevati nella direzione per eccezioni cui segue in ordine decrescente la *transformational leadership*, la ricompensa contingente e il *laissez faire* (vedi tabella 3).

Per quanto concerne la direzione per eccezioni i punteggi medi si collocano tra 1,8 e 2,1, con i collaboratori che avvertono «relativamente spesso» l'esercizio di tale dimensione della *leadership*. La *transformational leadership* viene immediatamente dopo con medie che vanno dal 2,3 al 2,8, il che significa che essa viene percepita da «relativamente spesso» a «talvolta». Seguono quindi ricompensa contingente e *laissez faire* con valori medi che vanno rispettivamente dal 2,9 al 3,2 e dal 3,0 al 3,2.

Si osservano differenze significative tra i direttori amministrativi e quelli medici per quanto riguarda la *transformational leadership* ( $p = 0,19$ )

Tabella 2 - Progetto di *Quality improvement* negli ospedali pubblici di Vienna

| Area pazienti clienti                    |       | Area delle relazioni col personale                          |       | Miglioramento dei processi                                    |       | Controlli di qualità                                |       | Progetti che coinvolgono tutta l'azienda                |      |
|--|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|
| Indagini sul grado di soddisfazione      | 7     | Brochure informative per il personale                       | 4     | Miglioramento dei processi tra diverse unità                  | 7     | Controllo di qualità nelle singole unità            | 28    | Vision dell'ospedale                                    | 1    |
| Informazioni e consigli ai pazienti      | 10    | Miglioramento programmi di formazione e addestramento       | 7     | Miglioramenti nella gestione delle informazioni               | 18    | Controllo di qualità che coinvolge più unità        | 11    | Definizione della missione e degli obiettivi strategici | 7    |
| Sicurezza dei pazienti                   | 2     | Indagini sul personale                                      | 6     | Gestione dei tempi nelle sale operatorie                      | 6     | Iso 9000  | 5     | Autovalutazione efqm                                    | 1    |
| Miglioramento nei processi assistenziali | 17    | Sviluppo individuale  | 1     | Miglioramenti nell'allocazione e programmazione del personale | 7     | Linee guida per il personale ospedaliero            | 7     | Autovalutazione efqm in una singola unità               | 2    |
| Miglioramento dei servizi accessori      | 4     | Miglioramento delle condizioni di lavoro                    | 1     | Gestione materiali e farmaci                                  | 11    | Standardizzazione della documentazione sul paziente | 10    | Gestione della ammissione e dimissione dei pazienti     | 1    |
|  |       | Addestramento sulle tecniche di miglioramento della qualità | 2     |   |       |   |       | Leadership  | 1    |
|  |       | Programmi proposti dal personale                            | 2     |   |       |   |       |   |      |
|  | 40    |   | 23    |   | 49    |   | 61    |   | 13   |
|  | 21,5% |   | 12,4% |   | 26,3% |   | 32,8% |   | 7,0% |

e la direzione per eccezioni ( $p = 0,14$ ). I direttori amministrativi hanno in entrambe le dimensioni punteggi più elevati dei direttori sia medici sia infermieristici, sempre con una prevalenza della direzione per eccezioni. Le differenze appena segnalate indicano come i direttori amministrativi abbiano con i propri collaboratori un rapporto più stretto rispetto a quello intrattenuto dai direttori medici e infermieristici. Tale fenomeno può essere spiegato dalle caratteristiche culturali degli ospedali. Le singole divisioni ospeda-

liere godono di un elevato grado di autonomia dalla amministrazione centrale e di conseguenza i responsabili agiscono con relativa indipendenza rispetto al comitato dei direttori (Heimerl-Wagner, 1996). Le unità amministrative, d'altra parte, sono collocate in situazione di più stretta dipendenza dal direttore amministrativo con il quale finiscono per avere contatti molto più intensi.

I risultati dello studio confortano la tesi secondo cui nei medesimi individui si manifestano differenze in

quantità e intensità tra espressioni di *transformational* e *transactional leadership*. Comparando il profilo di *leadership* dei direttori di ospedale con quello ottimale secondo Bass e Avolio, vi sono alcune incongruenze nell'area della *transactional leadership*. I direttori di ospedale sembrano esercitare la direzione per eccezioni più spesso di quella della ricompensa contingente. In termini generali la direzione per eccezioni implica una attenzione particolare ai risultati negativi cui vengono collegati in-

terventi critici sugli operatori, mentre l'approccio della ricompensa contingente enfatizza i risultati positivi con interventi di rinforzo tramite apprezzamenti espliciti sugli operatori. I risultati dell'indagine mostrano come i *feedback* negativi da parte dei superiori siano maggiori di quelli positivi.

### 8. Le dimensioni della *transformational leadership*

Sia le teorie sul *change management* sia le ricerche sulla *leadership* hanno identificato alcune dimensioni della *transformational leadership* come fattori di stimolo per il miglioramento continuo della qualità. Per questo motivo tali dimensioni vengono analizzate in dettaglio.

Quando i *manager* introducono cambiamenti nelle organizzazioni devono considerare possibili rischi di fallimento. Un fattore critico per il successo a lungo termine dei processi di cambiamento è il livello di adesione al cambiamento da parte degli operatori (Rao, 1996). Per quanto concerne la *leadership*, l'adesione dipende in modo significativo dal livello di fiducia che il *leader* riesce a costruire. Simon (1999, p. 90) sostiene che l'integrità nei comportamenti, intesa come il grado di coerenza percepita tra i valori verbalmente dichiarati e quelli concretamente praticati, sia un fattore critico della *transformational leadership* perché è alla base della fiducia. La *leadership* carismatica, che è sovrapponibile alla influenza ideale, viene spesso descritta attraverso l'utilizzo di parole quali fiducia, credibilità e rispetto ed è perciò una dimensione essenziale della *transformational leadership* per la gestione del cambiamento (Avolio, 1994; Eisenbach, Watson, and Pillai, 1999). La tabella 4 mostra come l'influenza idealizzata sia percepita dai collaboratori di tutti i direttori più

spesso delle rimanenti dimensioni della *transformational leadership*. Tale fenomeno è particolarmente evidente per i direttori amministrativi.

Gli autori che si occupano della *leadership* carismatica enfatizzano l'importanza della presenza di specifici fattori contingenti perché questa sia messa in condizione di emergere. Alcuni (Hinkin and Tracey, 1999) sostengono che una crisi è condizione necessaria, se non addirittura la causa, per l'emergere dello stile di *leadership* in questione. Altri affermano che la crisi (Bass, 1985) o la delusione rispetto all'ordine sociale prevalente e lo stress psicologico che ne consegue (Conger and

Kanungo, 1987) facilitino il formarsi di *leadership* carismatiche.

L'ambiente nel quale le istituzioni sanitarie si trovano ad operare sta imponendo ad esse cambiamenti radicali. I recenti sviluppi rendono sempre più pressante per gli ospedali la necessità di passare dall'amministrazione — il modello di gestione ordinario in assenza di rischi finanziari ed economici — alla gestione manageriale. La difficile sfida di trasformare l'amministrazione nella gestione dell'ospedale richiede l'emergere di *leader* carismatici e questa può essere la ragione per cui la *leadership* carismatica ottiene punteggi elevati tra i direttori ospedalieri.

Tabella 3 - Stili di *leadership* prevalenti negli ospedali

| Ruolo             |           | Transformational Leadership | Ricompensa Immediata | Gestione per Eccezioni | Laissez-Faire |
|-------------------|-----------|-----------------------------|----------------------|------------------------|---------------|
| Direttore Amm.    | Media     | 2,3250                      | 3,1170               | 1,8150                 | 3,0000        |
|                   | N         | 42                          | 40                   | 41                     | 41            |
|                   | Std. Dev. | ,8292                       | 1,1158               | ,9171                  | 1,2649        |
| Direttore Medico  | Media     | 2,7925                      | 3,1739               | 2,0874                 | 3,1585        |
|                   | N         | 41                          | 41                   | 41                     | 41            |
|                   | Std. Dev. | ,8904                       | 1,1017               | ,6352                  | 1,0749        |
| Direttore Inferm. | Media     | 2,3877                      | 2,9601               | 2,1108                 | 3,1605        |
|                   | N         | 82                          | 82                   | 82                     | 81            |
|                   | Std. Dev. | ,9002                       | 1,0630               | ,8824                  | 1,2089        |
| Totale            | Media     | 2,4723                      | 3,0524               | 2,0310                 | 3,1196        |
|                   | N         | 165                         | 163                  | 164                    | 163           |
|                   | Std. Dev. | ,8946                       | 1,0833               | ,8415                  | 1,1861        |

Tabella 4 - Dimensioni della *Transformational Leadership*

| Ruolo             |           | Influenza Idealizz. | Motivazione Ispirata | Stimolo Intellett. | Consideraz. Individui |
|-------------------|-----------|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| Direttore Amm.    | Media     | 2,0762              | 2,7764               | 2,3577             | 2,3222                |
|                   | N         | 42                  | 41                   | 41                 | 42                    |
|                   | Std. Dev. | ,9850               | 1,0325               | ,7902              | 1,0667                |
| Direttore Medico  | Media     | 2,5679              | 2,8846               | 2,6069             | 2,9491                |
|                   | N         | 41                  | 39                   | 41                 | 41                    |
|                   | Std. Dev. | 1,0858              | 1,0023               | ,8541              | ,9921                 |
| Direttore Inferm. | Media     | 2,3512              | 2,5329               | 2,3809             | 2,3872                |
|                   | N         | 81                  | 81                   | 81                 | 81                    |
|                   | Std. Dev. | 1,0667              | ,9623                | ,9228              | ,9803                 |
| Totale            | Media     | 2,3350              | 2,6801               | 2,4319             | 2,5110                |
|                   | N         | 164                 | 161                  | 163                | 164                   |
|                   | Std. Dev. | 1,0596              | ,9958                | ,8748              | 1,0317                |

### 9. Analisi degli stili di leadership rispetto al numero dei posti letto

La tabella 5 mostra i diversi stili di leadership così come emergono nei piccoli ospedali rispetto a quelli più grandi, essendo la dimensione misurata dal numero dei posti letto. Negli ospedali più piccoli i collaboratori percepiscono fenomeni di leadership in maniera più intensa di quanto non avvenga negli ospedali più grandi. Una tendenza generale che coinvolge tutti gli stili di leadership è quella che vede il decrescere dell'intensità dei fenomeni di leadership al crescere dei posti letto e quindi della dimensione dell'ospedale. Per quanto concerne la *transformational leadership* differenze significative ( $p = 0,001$ ) sono state riscontrate tra ospedali con meno di 300 letti e ospedali con più di 800 letti. Mentre nei piccoli ospedali i collaboratori osservano «relativamente spesso» comportamenti riconducibili alla *transformational leadership* nei grandi ospedali ciò avviene solo «talvolta».

Tutte le dimensioni della *transformational leadership* implicano relazioni dirette e personali tra i leader e i collaboratori. L'ampiezza dell'area da sottoporre a controllo da parte dei direttori cresce in proporzione al numero delle divisioni e dei dipartimenti, se a ciò si somma l'elevato grado di autonomia delle unità è comprensibile che sia spesso difficile per un direttore tenersi in stretto contatto con i propri collaboratori. I programmi di formazione per lo sviluppo delle doti di *transformational leadership* spesso suggeriscono di trovare adeguati spazi di tempo per parlare con i collaboratori e di esercitare il management anche girando per l'azienda (Kelloway and Barling, 2000). I manager dovrebbero prestare attenzione ai problemi individuali dei collaboratori, discutere le questioni relative al loro lavoro, inco-

raggiarli a sviluppare soluzioni innovative e al tempo stesso rendere le proprie decisioni trasparenti. È evidente che mantenere contatti individualizzati richiede un considerevole investimento in termini di tempo ed è altrettanto evidente che il tempo è una risorsa scarsa per i direttori.

### 10. Analisi degli stili rispetto alla proprietà

Una analisi degli stili di leadership tra i direttori degli ospedali pubblici e quelli privati mostra l'esistenza di differenze significative sul terreno della *transformational leadership* e della ricompensa contingente. Nel confronto tra ospedali pubblici e ospedali religiosi le dimensioni della *transformational leadership* ( $p = 0,004$ ) e della ricompensa immediata ( $p = 0,038$ ) vengono percepite più spesso dagli operatori degli ospedali religiosi. Gli ospedali privati raggiungono punteggi più elevati sulle dimensioni *transformational* ( $p = 0,011$ ) rispetto a quelli pubblici. I risultati riflettono an-

cora una volta l'impatto di fattori ambientali sulle percezioni collegate alla leadership. Gli ospedali pubblici hanno operato per lungo tempo in un ambiente molto più stabile rispetto a quello degli ospedali privati, le pressioni per il cambiamento sono state molto meno importanti e di conseguenza vi è stata un bisogno molto minore di leader di questo tipo. In particolare il carisma, componente fondamentale per leader che devono gestire il cambiamento (Simons, 1999) è meno rilevante per manager che operano in ambienti stabili (Hinkin and Tracey, 1999).

### 11. I progetti di miglioramento della qualità

Dal 1993 le leggi federali obbligano gli ospedali a introdurre misure di controllo e verifica della qualità. Gli ospedali devono quindi produrre dei report sui progetti di controllo della qualità raccolti dalle province. Le informazioni vengono normalmente trattenute dalle province senza essere

Tabella 5 - Stili di leadership e dimensione degli ospedali

| numero di letti |           | Transformational Leadership | Ricompensa Immediata | Gestione per Eccezioni | Laissez-Faire |
|-----------------|-----------|-----------------------------|----------------------|------------------------|---------------|
| meno di 100     | Media     | 2,1867                      | 2,6871               | 1,8929                 | 3,0714        |
|                 | N         | 8                           | 7                    | 7                      | 7             |
|                 | Std. Dev. | ,7570                       | ,9515                | ,8763                  | 1,4268        |
| 100-300         | Media     | 2,2634                      | 2,9953               | 2,0128                 | 3,0705        |
|                 | N         | 78                          | 77                   | 78                     | 78            |
|                 | Std. Dev. | ,8383                       | 1,1128               | ,8870                  | 1,2187        |
| 300-500         | Media     | 2,5101                      | 3,0289               | 2,0567                 | 3,2000        |
|                 | N         | 25                          | 25                   | 25                     | 25            |
|                 | Std. Dev. | ,8464                       | 1,1110               | ,9213                  | 1,3070        |
| 500-800         | Media     | 2,8933                      | 3,2377               | 2,2917                 | 3,2000        |
|                 | N         | 6                           | 6                    | 6                      | 5             |
|                 | Std. Dev. | ,6972                       | ,9617                | ,8429                  | ,8367         |
| più di 800      | Media     | 2,8102                      | 3,2251               | 2,0233                 | 3,1300        |
|                 | N         | 50                          | 50                   | 50                     | 50            |
|                 | Std. Dev. | ,9350                       | 1,0441               | ,7526                  | 1,1011        |
| Totale          | Media     | 2,4830                      | 3,0658               | 2,0276                 | 3,1121        |
|                 | N         | 167                         | 165                  | 166                    | 165           |
|                 | Std. Dev. | ,8898                       | 1,0766               | ,8437                  | 1,1847        |



inviata come previsto al ministero competente né essere rese disponibili al pubblico. Nel corso della ricerca abbiamo cercato di ottenere i *report* sulla qualità degli ospedali delle due province, ma siamo riusciti ad ottenere soltanto informazioni sui progetti di miglioramento della qualità degli ospedali pubblici di Vienna.

I progetti sono stati accorpatisi in cinque gruppi a seconda della focalizzazione prevalente: pazienti/clienti; personale, miglioramento dei processi, introduzione di standard di controllo di qualità, progetti al livello aziendale complessivo (vedi box 2 e tabella 2).

Per quanto riguarda l'area che concerne i pazienti/clienti l'enfasi principale è sul miglioramento dei trattamenti assistenziali (17). Un numero significativo di progetti è rivolto al miglioramento della comunicazione tra pazienti e personale dell'ospedale (10). Vi è un numero relativamente basso di progetti (7) che prevedono strumenti di misurazione del grado di soddisfazione dei pazienti, anche se questi strumenti sono compresi nei progetti più ampi di miglioramento complessivo cosicché il loro numero totale è più elevato di quanto espresso nella tabella.

I progetti rivolti prevalentemente al *personale* sono essenzialmente costituiti da programmi rivolti al miglioramento delle capacità professionali (7) e da indagini rivolte alla valutazione della soddisfazione del personale (6). I principi generali di *quality management* applicati al personale si traducono in specifici progetti orientati al miglioramento delle condizioni di lavoro (1), allo sviluppo delle capacità individuali (1), all'attuazione di programmi proposti dal personale (2) e all'addestramento sulle tecniche di miglioramento della qualità.

Il miglioramento dei processi consiste in interventi nelle modalità di assistenza con lo scopo prioritario di in-

crementare l'efficienza in termini di tempi (6), personale (7) e altre risorse (11). Ulteriori progetti sono ri-

volti a stimolare la cooperazione tra le diverse unità (7), mentre un significativo numero di progetti prevede inve-

**Tabella 6 - Stili di leadership e proprietà degli ospedali**

| Proprietà            |           | Transformational Leadership | Ricompensa Immediata | Gestione per Eccezioni | Laissez-Faire |
|----------------------|-----------|-----------------------------|----------------------|------------------------|---------------|
| federale provinciale | Media     | 2,6906                      | 3,1551               | 2,0211                 | 3,1098        |
|                      | N         | 83                          | 83                   | 83                     | 82            |
|                      | Std. Dev. | ,9119                       | 1,0533               | ,7561                  | 1,1084        |
| ospedali religiosi   | Media     | 2,0367                      | 2,5448               | 1,9167                 | 3,0000        |
|                      | N         | 20                          | 20                   | 20                     | 20            |
|                      | Std. Dev. | ,7132                       | 1,1919               | ,8223                  | 1,3860        |
| assicurazioni        | Media     | 2,5877                      | 3,3891               | 1,7552                 | 3,1875        |
|                      | N         | 17                          | 16                   | 16                     | 16            |
|                      | Std. Dev. | 1,0438                      | 1,1344               | ,8463                  | 1,2366        |
| privati              | Media     | 2,2685                      | 3,0186               | 2,1791                 | 3,1383        |
|                      | N         | 47                          | 46                   | 47                     | 47            |
|                      | Std. Dev. | ,7552                       | ,9993                | ,9833                  | 1,2411        |
| Totale               | Media     | 2,4830                      | 3,0658               | 2,0276                 | 3,1121        |
|                      | N         | 167                         | 165                  | 166                    | 165           |
|                      | Std. Dev. | ,8898                       | 1,0766               | ,8437                  | 1,1847        |

**Box 2**

- **I progetti focalizzati sui clienti/pazienti** rappresentano il 22% di tutti i progetti di miglioramento della qualità. Tra questi vi sono sia progetti orientati al miglioramento della qualità dei trattamenti e dell'assistenza fornita ai pazienti sia progetti che cercano di intervenire sui servizi accessori ad essi offerti. Quasi tutti i progetti che hanno come oggetto i trattamenti cercano anche di migliorare i livelli di efficienza.
- **I progetti focalizzati sul personale** rappresentano il 12%. La maggior parte dei progetti in questa area riguardano o la formazione e l'addestramento oppure le indagini sul personale.
- **Il miglioramento dei processi** è l'oggetto principale del 26% dei progetti e in questo insieme si ritrovano tutti i progetti tesi a migliorare l'efficienza nella fornitura dei servizi. Si tratta di ottimizzare i processi assistenziali con l'obiettivo ultimo di comprimere i costi. In molti di questi programmi si ritrovano anche misure orientate ai pazienti o alla qualità dei processi in quanto incorporano stimolano l'adozione di linee guida da parte del personale medico o infermieristico.
- L'area del **Controllo di qualità** è quella prevalentemente coperta dai progetti. Il 33% di tutti i progetti è orientato infatti alla specificazione degli *standard* di qualità e alla introduzione di meccanismi in grado di assicurare il rispetto di tali *standard*.
- **I progetti a livello aziendale complessivo** riflettono una programmazione di lungo periodo di miglioramento continuo della qualità e coinvolgono tendenzialmente tutte le unità dell'ospedale. Si tratta dell'introduzione di misure di miglioramento della qualità in una prospettiva che coinvolge tutta l'azienda e che si concretizza in interventi quali la riformulazione alla luce dei temi della qualità della missione e degli obiettivi strategici o della predisposizione di una autovalutazione secondo il modello EFQM (\*). Soltanto il 7% di tutti i progetti ricadono in questa categoria.

(\*) La European Foundation of Quality Management ha sviluppato un modello (EFQM Excellence Model) che si propone di fornire uno schema di riferimento per le aziende che vogliono attuare il Total Quality Management. Le aziende possono usare il modello EFQM per l'autovalutazione o per candidarsi nell'European Quality Award. I premi vengono riconosciuti alle aziende che dimostrano tratti di eccellenza nella gestione della qualità come parte dei processi di miglioramento continuo (European Foundation for Quality Management).

stimenti in tecnologia dell'informazione per migliorare la qualità delle informazioni disponibili sui pazienti e le comunicazioni tra le unità ospedaliere (18).

La parte più consistente dei progetti riguarda il controllo di qualità in senso stretto. La maggior parte dei progetti in questione è allocata nelle singole unità (28) e una quantità minore coinvolge contemporaneamente più di una unità o l'azienda nel suo complesso (11). Cinque divisioni hanno ricevuto o stanno per ricevere la certificazione ISO 9000. Linee guida per il personale (7) e standardizzazione della documentazione (10) sono ulteriori strumenti che applicano i principi del controllo di qualità.

I progetti di intervento complessivo sull'azienda si focalizzano sulla ridefinizione della visione, della missione e degli obiettivi strategici dell'ospedale. Dei sette progetti dedicati alla missione, due di essi affrontano esplicitamente anche la messa in opera della missione stessa e gli obiettivi strategici. Un ospedale si sta preparando per una autovalutazione EFMQ e in un altro ospedale due dipartimenti stanno autonomamente preparandosi alla medesima procedura.

## 12. Risultati e discussione

Negli ultimi due paragrafi abbiamo analizzato le relazioni tra *leadership* e gestione del cambiamento con riferimento alla situazione austriaca. Secondo la nostra indagine la direzione per eccezioni è la dimensione dominante della *leadership* negli ospedali austriaci. Per quanto riguarda i progetti di miglioramento della qualità nel contesto degli ospedali pubblici di Vienna l'approccio prevalente risulta essere quello del controllo di qualità. I risultati dell'indagine confermano il modello di Avolio (1994) sui rapporti tra *leadership* e *quality management*

laddove stabilisce una relazione tra gestione per eccezioni e politiche della qualità basate sul controllo di qualità.

Per venire alla questione di come una *leadership* collettiva possa stimolare innovazione e cambiamento nelle organizzazioni sanitarie sia la letteratura sul *quality management* sia quella sulla *leadership* forniscono indicazioni utili riguardo ai processi di cambiamento. Il *quality management* suggerisce che il sostegno e lo stimolo per il miglioramento continuo della qualità deriva dal *top management*. Gli studiosi di organizzazione sostengono che un assetto di *leadership* collettiva, come quello caratteristico degli ospedali austriaci, manifesta alcune debolezze in termini di sviluppo strategico e gestione dei processi di cambiamento nella direzione del miglioramento continuo della qualità. D'altra parte, la *leadership* collettiva produce un effetto positivo sulla gestione in quanto ognuno dei tre direttori rappresenta una prospettiva differente e ciò conduce a decisioni tendenzialmente più equilibrate. Il fattore cruciale diventa quindi la capacità dei direttori di lavorare insieme. Se essi infatti riescono a produrre «gioco di squadra» possono mandare segnali importanti a tutto l'ospedale e incoraggiare progetti che rompono le barriere professionali e organizzative.

L'analisi dei progetti di miglioramento della qualità nell'area viennese ha dimostrato come la maggior parte di essi sia portata avanti da singole unità. Vi sono scarse evidenze di lavoro di gruppo interdisciplinare o di cooperazione tra i diversi dipartimenti. Anche le autovalutazioni EFMQ si sviluppano nelle singole unità, mentre dovrebbero, per definizione, coprire l'organizzazione nel suo complesso. Il miglioramento continuo della qualità richiede una *leadership* forte, in grado di stimolare l'impegno sulla qualità in

tutta l'organizzazione. Il limitato numero di progetti che hanno coinvolto l'intera azienda indicano la scarsa influenza che i direttori riescono a esercitare sull'introduzione di misure tese al miglioramento della qualità.

Sia la prevalenza di interventi orientati al controllo di qualità così come la di progetti interdisciplinari e di respiro più complessivo confliggono con i principi del miglioramento continuo della qualità. La teoria della *leadership* applicata al cambiamento suggerisce che le dimensioni della *transformational leadership* dovrebbero essere rafforzate per mettere in atto processi di cambiamento efficaci, e proprio tali dimensioni dovrebbero quindi ricevere particolari attenzioni dai direttori degli ospedali austriaci.

(1) La letteratura sul *quality management* è particolarmente estesa, includendo anche i lavori dei cosiddetti guru come Deming (1982), Juran (1988), Crosby (1979), and Ishikawa (1985) e irrobustita dai lavori recenti di Kanji and Asher (1993), Dahlgaard, Kirsten, and Kanji, (1994), and Rao (1996). Per quanto concerne la sua applicazione al contesto ospedaliero i lavori di riferimento sono quelli di Berwick/Godfrey/Roessner (1990) e di McLaughlin/Kaluzny (1994). Sui principi e gli strumenti del TQM si rimanda alla letteratura appena menzionata.

(2) Sulla *transformational leadership* ulteriori riferimenti sono: Bass (1985), Bennis e Nanus (1985), Tichy e DeVanna (1986, 1990).

(3) Per una dettagliata descrizione delle diverse dimensioni si rimanda a: Bass (1985); Bass and Avolio (1994): pp. 3, Avolio, Waldman and Yammarino (1991): pp. 13-15; or Bass and Avolio (1990): p. 22. La sintesi presentata nel box 1 si basa su tali lavori.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMARAZ J. (1994), «Quality Management and the process of Change», *Journal of Organizational Change Management*, vol. 7, n. 2, pp. 6-14.
- ATWATER L.E., DAVID C. (1994), «Strategies for Change and Improvement», in: Bass B.M. (1994), *Improving organizational ef-*

- fectiveness through transformational leadership, Sage, Thousand Oaks.
- AVORIO B.J., WALSMAN D.A., EINSTEIN W.O. (1988), «Transformational leadership in a management game simulation», *Group and Organisation Studies*, 13, pp. 59-80.
- AVORIO B.J. (1994), «The Alliance of Total Quality and the Full Range of Leadership», in: Bass B.M. (1994), *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*, Sage, Thousand Oaks.
- AVOLIO B.J., YAMMARINO F.J., BASS B.M. (1991), «Identifying common methods variance with data collected from a single source: An unresolved sticky issue», *Jural of management*, 17, pp. 571-587.
- AVOLIO B.J., WALDMAN D.A., YAMMARINO F.J. (1991), «Leading in the 1990s: The Four I's of Transformational Leadership», *Journal of European Industrial Training*, vol. 15, n. 4, pp. 9-16.
- BASS B.M. (1985), *Leadership and Performance beyond Expectations*, Free Press, New York.
- BASS B.M., AVOLIO B.J. (1990), «Developing Transformational Leadership. 1992 and Beyond», *Journal of European Industrial Training*, vol. 14, n. 5, pp. 21-27.
- BASS B.M., AVOLIO B.J. (1994), «Introduction», in: Bass B.M. (1994), *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*, Sage, Thousand Oaks.
- BENNIS W.G., NANUS B.: *Leaders* (1985), *The strategies for taking charge*, Harper & Row, New York.
- BERWICK D.M., GODFREY A.B., ROESSNER J. (1990), *Curing health care : new strategies for quality improvement*, Jossey-Bass, San Francisco.
- BRYMAN A. (1992), *Charisma and Leadership in Organisations*, Sage, London.
- BURNS J.M. (1978), *Leadership*, Harper and Row, New York.
- BYCIO P., HACKETT R.D., ALLEN J.S. (1995), «Further assessments of Bass's (1985) conceptualisation of transactional and transformational leadership», *Journal of Applied Psychology*, 80, pp. 468-478.
- CONGER J.A., KANUNGO R.N. (1988), *Charismatic Leadership. The Elusive Factor in Organisational Effectiveness*, Jossey-Bass, San Francisco.
- CROSBY P.B. (1979), *Quality is free: the art of making quality certain*, McGraw-Hill, New York.
- DAHLGAARD J, KIRSTEN K., KANJI G. (1994), *The Quality journey*, Carfax, Abingdon, Oxfordshire.
- DEMING W.E. (1990), *Out of the crisis*, Cambridge, Massachusetts Inst. of Technology.
- DRUCKER P.F. (1985), *The effective executive*, Harper & Row, New York.
- Dunham-Taylor, J., (2000), «Nurse executive transformational leadership found in participative organizations», *The Journal of Nursing Administration*, vol. 30, 5, pp. 241-250.
- DUNHAM-TAYLOR J. ET AL. (1999), «Transformational leadership in the context of organisational change», *Journal of Organisational Change Management*, vol. 12, n. 2, pp. 80-88.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT: <http://www.efqm.org>.
- HATER J.J., BASS B.M. (1988), «Supervisors' evaluations and subordinates' perceptions of transformational and transactional leadership», *Journal of Applied Psychology*, 73, pp. 695-70.
- HEIMERL-WAGNER P. (1996), «Organisation in Gesundheitsinstitutionen», in: Heimerl-Wagner P., Köck Ch. (1996), *Management in Gesundheitsorganisationen*, Ueberreuter, Wien.
- HINKIN T.R., TRACEY B.J. (1999), «The relevance of charisma for transformational leadership in stable organizations», *Journal of Organisational Change Management*, vol. 12, n. 2, pp. 105-119.
- HOUSE R.J. (1976), «A 1976 theory of charismatic leadership», in: Hunt J.G. & Larson L.L. (1976), *Leadership: The cutting edge*, pp. 189-207, Southern Illinois University Press, Carbondale.
- HODGSON R.C., LEVINSON D.J., ZALEZNICK A. (1965), *The Executive Role Constellation*, Harvard University, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Boston.
- HUNT J.G. (1991), *Leadership. A new synthesis*, Sage Publications, Newbury Park.
- INGRUBER H. (1999), «Management-Herausforderungen und-Lösungen in österreichischen Spitälern», in: Braun G. (1999), *Handbuch Krankenhausmanagement*, Schäffer-Poeschel, Stuttgart.
- ISHIKAWA K. (1985), *What is total quality control?*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- JURAN, JOSEPH M. (1988), *Juran on planning for quality*, Free Press, New York.
- KANJI G., ASHER M. (1993), *Total Quality Management Process. A Systematic Approach*, Carfax, Abingdon, Oxfordshire, 1993.
- KELLOWAY K.E., BARLING J. (2000), «What we have learned about developing transformational leaders», *Leadership & Organization Development Journal*, 21/7, pp. 355-362.
- KOTTER, JOHN P. (1995), «Leading Change. Why transformation efforts fail», *Harvard Business Review*, March-April.
- KOUZES J.M. (1988), *The leadership challenge. How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*, Jossey-Bass, San Francisco.
- MCLAUGHLIN C.P., KALUZYNY A.D. (1994), *Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementation, and Applications*, Aspen, Gaithersburg.
- NORTHHOUSE P.G. (1997), *Leadership. Theory and Practice*, Sage, Thousand Oaks, 1997.
- RAO A. (1996), *Total quality management: a cross functional perspective*, Wiley, New York.
- SIMONS T.L. (1999), «Behavioural integrity as a critical ingredient for transformational leadership», *Journal of Organisational Change Management*, vol. 12, n. 2, pp. 89-104.
- TICHY N.M., DEVANNA M.A. (1986), *The transformational leader*, John Wiley, New York.
- TICHY N.M., DE VANNA M.A. (1990), *The transformational leader* (2nd ed.). John Wiley, New York.
- STEYRER J., GEYER A. (1998), «Messung und Erfolgswirksamkeit transformationaler Führung», *Zeitschrift für Personalforschung*, 12.Jg. Heft 4.
- STEYRER J., MAUNZ S. (2000), «Burnout und Führungsverhalten in der Krankenpflege. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung», *Österreichische Krankenhauszeitung*, 11, pp. 41-44.
- WALDMAN, DAVID A. (1994), «Designing Performance Management Systems for Total Quality Implementation», *Journal of Organizational Change Management*, vol. 7, n. 2, pp. 31-44.
- WIENER KRANKENANSTALTENVERBUND, Qualitätsbericht 1999.
- ZALEZNICK A., CHRISTENSEN C.R., ROETHLISBERGER F.J. (1958), *The Motivation, Productivity and the Satisfaction of the Worker*, Harvard University, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Boston.
- ZALEZNIK A. (1991), *The managerial mystique: restoring leadership in business*, Harper and Row, New York.
- ZINK K.J. (1998), *Total quality management as a holistic management concept: the European model for business excellence*, Springer, Berlin.
- ZWINGMAN-BAGLEY C. (1999), «Transformational management style positively affects financial outcomes», *Nursing Administration Quarterly*, vol. 23, 4, pp. 29-34.

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

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

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

# **SI ABBONI SUBITO AVRÀ DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA**

**CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 LUGLIO 2002**

**CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO 2002 + ANNATA ARRETRATA IN REGALO  
DUE ANNATE AL PREZZO DI UNA: € 194,00**

Programma abbonamento 2002

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

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

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

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

- Pertanto:
  - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
  - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata  
Barrare la casella che interessa
- Avendo provveduto al pagamento dell'abbonamento entro il 30 luglio 2002, ho diritto ad una annata arretrata in regalo (con esclusione del 2000 e 2001).

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... li ..... Annata arretrata prescelta: 19.....

Codice Fiscale .....

FIRMA E TIMBRO .....

Partita IVA .....

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

L'ordine è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 30 luglio 2002.

L'offerta della presente campagna promozionale non è cumulabile con altre e non si applica agli ordini che pervengano tramite libreria.

La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la **SIPIS**, che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ANTONIA PERONI

Etica e deontologia

McGraw-Hill  
Milano, 2002  
pagg. 198, € 13,00

*Il percorso che quest'opera propone porta ad approfondire le conoscenze in ambito etico al fine di aiutare l'operatore a comprendere le ragioni che devono motivare i suoi comportamenti se vuole essere coerente con la sua dimensione personale e l'aspettativa sociale, considerato che egli si trova a lavorare nel settore dell'assistenza sanitaria e/o sociale. La prima parte del testo affronta i temi in maniera teorica per poi cercare di applicare i concetti espressi a situazioni concrete nella seconda parte.*

INDICE: L'AUTORE. PRAFAZIONE. INTRODUZIONE. 1. ASPETTI GENERALI. 2. I DIRITTI DELL'UOMO E DEL MALATO. 3. LA PERSONA ASSISTITA. 4. L'AGIRE ETICO. 5. IL COMPORTAMENTO ETICO NEI CONFRONTI DELLA PERSONA IN PARTICOLARI CONDIZIONI DI SALUTE. 6. I DOVERI DELL'OPERATORE. ALLEGATI.

*Efficienza ed efficacia delle aziende ospedaliere sono temi di grande attualità e sui quali si discute sia in sedi istituzionali che nel mondo accademico. In questo contesto, il controllo direzionale ha assunto, in tali aziende, un ruolo di primaria importanza così come ha acquisito valenza strategica lo sviluppo delle conoscenze, ai vari livelli di responsabilità, coerenti con l'esigenza di un corretto impiego delle potenzialità informative di strumenti quali la contabilità direzionale. In relazione a ciò, nel testo sono analizzate, le relazioni tra il processo di controllo e la natura delle informazioni ad esso funzionali. In particolare si prendono in esame gli aspetti connessi al controllo dei costi ed all'orientamento delle aree di responsabilità. L'obiettivo è quello di pervenire ad una configurazione della struttura tecnica del controllo aderente alle complessità tipiche delle aziende ospedaliere e tale da costruire un valido supporto per una visione strategica della gestione.*

INDICE: PRAFAZIONE. 1. IL CONTROLLO DIREZIONALE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE. 2. L'ARTICOLAZIONE E LA DETERMINAZIONE DELLE INFORMAZIONI SUI COSTI. DALLA LOGICA PER «CENTRI DI COSTO» ALLA LOGICA «ACTIVITY-BASED». 3. L'ARTICOLAZIONE E LA DETERMINAZIONE DELLE INFORMAZIONI PER AREE DI RESPONSABILITÀ. DALLA PROSPETTIVA DI BREVE TERMINE ALLA PROSPETTIVA STRATEGICA.

ALESSANDRO MUSAIO

Il controllo dei costi  
e delle aree di responsabilità  
nelle aziende ospedaliereFranco Angeli  
Milano, 2001  
pagg. 242, € 20,00

NERINA DIRINDIN  
EVA PAGANO  
(a cura di)

**Governare il federalismo**  
Le sfide per il federalismo

Il Pensiero Scientifico Editore  
Roma, 2001  
pagg. 273, € 26,00

*Lo stato sociale e il sistema fiscale del nostro paese sono stati recentemente interessati da un processo riformatore di carattere strutturale. All'interno di tale processo, il riordino del Servizio sanitario nazionale e l'avvio del federalismo costituiscono due innovazioni potenzialmente in grado di modificare in modo sostanziale l'assetto del sistema sanitario e della finanza regionale. La piena responsabilizzazione delle regioni sul finanziamento della sanità pubblica apre prospettive ancora completamente da esplorare. A tale incertezza si aggiunge quella, rilevante ai fini della garanzia del diritto alla salute, delle ricadute sulle scelte di politica sanitaria nelle diverse regioni italiane. Su questi temi si sofferma il volume, volendo contribuire ad una discussione ed ad un confronto senza pregiudizi e nel rispetto degli interessi generali dell'intera collettività di cittadini.*

INDICE: PRESENTAZIONE. FEDERALISMO FISCALE E TUTELA DELLA SALUTE. UN CORSO DI RESPONSABILIZZAZIONE DELLE REGIONI O IL PRESUPPOSTO PER CAMBIAMENTI STRUTTURALI? (NERINA DIRINDIN). PARTE PRIMA. FISCALITÀ, FEDERALISMO E SANITÀ. PER UN FEDERALISMO EUROCOMPATIBILE (MAURIZIO FERRERA). DECENTRAMENTO TRIBUTARIO E SPESA SANITARIA (GIANNI GUERRIERI). FEDERALISMO E PEREQUAZIONE IN ITALIA. A PROPOSITO DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE

133/1999 «DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PEREQUAZIONE, RAZIONALIZZAZIONE E FEDERALISMO FISCALE» (MASSIMO BORDIGNON, NICOLETTA EMILIANI). SANITÀ E FEDERALISMO FISCALE (GILBERTO MURARO). IL NUOVO SISTEMA PERQUATIVO DELLE REGIONI A STATUTO ORDINARIO (MASSIMO BORDIGNON). PARTE SECONDA. RISCHI ED OPPORTUNITÀ: ESPERIENZE INTERNAZIONALI E DIBATTITO NAZIONALE. FEDERALISMO E INTERESSE NAZIONALE: STANDARD SANITARI E CONTENIMENTO DELLA SPESA PUBBLICA (GEORGE FRANCE, STEFANIA GABRIELE). COMPATIBILITÀ TRA DECENTRAMENTO E STANDARD SANITARI NAZIONALI: LEZIONI DAL CANADA (GEORGE FRANCE). FEDERALISMO FISCALE E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. VERSO UN RIDIMENSIONAMENTO DEI DIRITTI DI CITTADINANZA? (ELENA GRANAGLIA). DUE IMPORTANTI CONTRIBUTI AL DIBATTITO SUL FEDERALISMO FISCALE: ASPETTI CRITICI E ARGOMENTAZIONI STRUMENTALI (EVA PAGANO). APPENDICE 1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO. APPENDICE 2. ALLEGATO STATISTICO. PREMessa (EVA PAGANO). COMPARAZIONE INTERNAZIONALE. DATI REGIONALI.

*Le esperienze di questi ultimi anni dimostrano che le ISO 9000/ VISION quando applicate tenendo in considerazione le specificità del contesto sanitario possono diventare un modello di riferimento capace di sostenere il miglioramento continuo e soprattutto essere condiviso dai professionisti che operano in strutture sanitarie a partire da medici e infermieri. Gli autori hanno rivolto la loro attenzione alla ricerca di quali elementi specifici del mondo sanitario debbano essere integrati nelle ISO 9000 per renderle un modello di riferimento per la sanità.*

INDICE: 1. PREFAZIONE (GIROLAMO SIRCHIA). PREMessa (AUGUSTO CAVINA). 2 INTRODUZIONE (NON FORMALE). 3. DAL CONCETTO DI ASSICURAZIONE QUALITÀ E QUELLO DI GESTIONE PER LA QUALITÀ. 4. ETICA E QUALITÀ IN SANITÀ. 5. ACCREDITAMENTO, CERTIFICAZIONE E GOVERNO CLINICO. 6. I PRINCIPALI ASPETTI CHE DIFFERENZIANO LE ISO 9001: 2000 RISPETTO ALLE ISO 9001: 1994. 7. RESPONSABILITÀ E DIREZIONE. 8. GESTIONE DELLE RISORSE. 9. PROGETTAZIONE E SVILUPPO DEI SERVIZI SANITARI. 10. VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO. 11. I SISTEMI DI VALUTAZIONE. 12. ALCUNI CASI ESEMPLARI DI APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA ISO 9000. 13. LINEE GUIDA PER L'ACCREDITAMENTO: REUMATOLOGIA E SISTEMI DI EMERGENZA-URGENZA 118. 14. LE ISO 9000 NELLA FORMAZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA: UNO STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO O UN PARADOSSO? 15. LA SCUOLA ORSA MAGGIORE PER L'ADDESTRAMENTO ALLA GESTIONE DELLA QUALITÀ NELLE STRUTTURE SANITARIE.

GIANFRANCO BARAGHINI  
BARBARA TREVISANI  
LAURA ROLI

**Le iso 9000 in sanità**  
La vision

Franco Angeli  
Milano, 2002  
pagg. 551, € 39,00

SUSAN HAMER  
GILL COLLINSON

**Evidence-based practice**  
Assistenza basata  
su prove di efficacia

(Edizione italiana a cura  
di Paolo Chiari,  
Antonella Santullo)  
McGraw-Hill  
Milano, 2002  
pagg. 264, € 29,00

*Questo libro rappresenta un primo apporto alla diffusione delle conoscenze fornendo un insieme di strumenti per insegnare a gestire conoscenze e informazioni. Questo volume si articola in tre parti: la prima è finalizzata a far acquisire conoscenze sulle prove di efficacia per sviluppare un approccio critico al tema, la seconda esamina le modalità di applicazione delle prove di efficacia nei diversi setting operativi e contesti organizzativi, la terza si focalizza sulla dimensione etica dell'assistenza basata su prove di efficacia e sulle strategie di cambiamenti sia individuali sia organizzativi*

INDICE: AUTORI. PRAFAZIONE. INTRODUZIONE. PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA. PARTE PRIMA. LA RICERCA DEGLI ELEMENTI DI PROVA. 1. LA PRATICA PROFESSIONALE BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA (EVIDENCE-BASED PRACTICE). 2. TIPI DI PROVE. 3. LE REVISIONI SISTEMATICHE. 4. LE FONTI DELL'INFORMAZIONE. PARTE SECONDA. L'APPLICAZIONE DELLE PROVE. 1. L'EFFICACIA CLINICA. 2. LO SVILUPPO DELLA PRATICA PROFESSIONALE. 3. LA VERIFICA CLINICA (AUDIT). PARTE TERZA. RIFLETTERE SUGLI ELEMENTI DI PROVA. 1. IL CAMBIAMENTO PERSONALE. 2. IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO. 3. IL CAMBIAMENTO ETICO.

*Questo volume si offre come strumento operativo dedicato a istituzioni e operatori impegnati in programmi di progettazione, realizzazione e valutazione della qualità dei servizi in ambito sanitario. Si propone come guida agile rivolta ad una pluralità di possibili fruitori, e, nel contempo, come ausilio per quei gruppi operativi che si pongono obiettivi di monitoraggio e controllo della qualità. In particolare, il principale valore d'uso della guida è contenuto nella carta della qualità, uno strumento di base per operare processi di progettazione, realizzazione e valutazione della qualità, di accreditamento e di certificazione della qualità di servizi e strutture sanitarie.*

INDICE: PRESENTAZIONE (PAOLA OLIMPIA ACHARD). 1. INTRODUZIONE. LA NECESSITÀ DI UNA POLITICA DELLA QUALITÀ. 2. L'APPROCCIO ALLA QUALITÀ. 3. GARANZIE E CERTIFICAZIONE. IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ. 4. IL TEAM BUILDING E IL LAVORO DI GRUPPO PER LA QUALITÀ. 5. LA CARTA DELLA QUALITÀ: LE LISTE DEI REQUISITI DEL SISTEMA PER LA GESTIONE DELLA QUALITÀ. 6. GLI STRUMENTI E METODI PER LA GESTIONE DELLA QUALITÀ. GLOSSARIO. FONTI NORMATIVE E SCIENTIFICHE DEI REQUISITI DI QUALITÀ.

C. PACCHI, F. BERTI  
A. DI STEFANO  
G. NATALUCCI  
M. SCARPETTA

**Qualità in organizzazioni  
sanitarie**  
Progettare, realizzare e valutare  
un sistema di gestione  
per la qualità. Una integrazione  
di approcci con la Vision 2000

Franco Angeli  
Milano, 2002  
pagg. 349, € 30,00

AMANDA REYNOLDS  
GRAHAM THORNICROFT

**La gestione di servizi  
di salute mentale**

(Edizione italiana a cura  
di Claudio Jommi)  
McGraw-Hill  
Milano, 2002  
pagg. 205, € 24,00

*Il testo affronta in uno stile chiaro e semplice il tema della gestione dei servizi di salute mentale. L'analisi si riferisce al contesto dei servizi inglesi, con riferimento, in particolare, a quelli territoriali: da una parte ciò consente al lettore italiano di conoscere l'assetto dei servizi psichiatrici territoriali di un paese il cui sistema sanitario è stato tradizionalmente vicino al Servizio sanitario nazionale italiano; dall'altra gli aspetti affrontati, e, in particolare proprio le problematiche della gestione dei servizi, possono essere ricondotti alla realtà italiana.*

INDICE: AUTORI. RINGRAZIAMENTI. PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA. PARTE A - IL CONTESTO. 1. INTRODUZIONE. 2. BACKGROUND SULLE POLITICHE. PARTE B - LE SEI FASI CHIAVE PER SVILUPPARE SERVIZI DI SALUTE MENTALE GESTIBILI. 1. FASE 1 LA VISION: CONCORDARE I PRINCIPI GUIDA. 2. FASE 2 VALUTAZIONE DEI BISOGNI DELLA POPOLAZIONE. 3. FASE 3 DIAGNOSI DELL'ORGANIZZAZIONE. 4. FASE 4 DEFINIZIONE DEL PIANO STRATEGICO DEI SERVIZI. 5. FASE 5 DEFINIZIONE DELL'OFFERTA DI SERVIZI. 6. FASE 6 REVISIONE E VALUTAZIONE. PARTE C - LE SEI FUNZIONI CHIAVE DEL MANAGER. 1. FUNZIONE 1 GESTIRE IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO. 2. FUNZIONE 2 IL RUOLO CENTRALE DELLE RISORSE UMANE. 3. FUNZIONE 3 GESTIRE IL BUDGET. 4. FUNZIONE 4 CREARE UNA RUBUSTA INFRASTRUTTURA. 5. FUNZIONE 5 ALLEATI O AVVERSARI? 6. FUNZIONE 6 GESTIRE IL FUTURO. GLOSSARIO.



## SPOGLIO RIVISTE

### Meccanismi di mercato

DEATON A.  
*Policy implications of The Gradient Of Health And Wealth: An economist asks, Would redistributing income improve population health?*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 11

SOHN M.W.  
*A Relational Approach to Measuring Competition Among Hospitals*  
HSR 37 (2) April 2002, p. 457-482

### Economia del farmaco

CHUMNEY E.C.G., SIMPSON K.N.  
*The Emerging Role of the Consumers in Pharmaceutical Pricing Decisions*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (4), 2002, p. 229-232

LAPANE K.L., HUGHES C.M.  
*Optimising Drug Utilisation in Long Term Care*  
PharmacoEconomics 20 (3) 2002, p. 143-152

LASHOBER M.A., NEUMAN P., STRABIC A.A.  
*Trends in Medicare Supplemental Insurance And Prescription Drug Coverage, 1996-1999*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 13-30

LUNDKVIST J.  
*Pricing and reimbursement of drugs in Sweden*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (4), 2002, p. 66

MULLINS C.D., WANG J.  
*Pharmacy Benefit Management: Enhancing the Applicability of Pharmacoeconomics for Optimal Decision making*  
PharmacoEconomics 20 (1) 2002, p. 9-21

### Sistemi di finanziamento

FORSBERG E., AXELSSON R., ARNETZ B.  
*Performance-based reimbursement in health care: consequences for physicians' cost awareness and work environment*  
European Journal of Public Health, 12 (1), 2002

WENNBERG J.H., FISHER E.S., SKINNER J.S.  
*Geography and The Debate Over Medicare Reform*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 10

### Valutazione economica dell'attività sanitaria

ANTLOCH K.M., JENNINGS G., BOTTI M., CHAPMAN R., WULFSOHN V.  
*Integrating Cost-effectiveness Evidence Into Clinical Practice Guidelines In Australia For Acute Myocardial Infarction*  
The European Journal of Health Economics, 3(1), 1/2002, p. 3-9

AUSTIN P.C.  
*A Comparison of Bayesian Methods for Profiling Hospital Performance*  
Medical Decision Making 22 (2) Mar-Apr 2002, p. 163-172

HALL M.A., DUGAN E., BALKRISHNAN R., BRADLEY D.  
*MARKETWATCH. How Disclosing HMO Physician Incentives Affects Trust: Not all cost-minimizing physician incentives are ethically troubling to patient*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 197-206

PERNEGER T.V., MARTIN D.P., BOVIER P.A.  
*Physicians' Attitudes toward Health Care Rationing*  
Medical Decision Making 22 (1) Jan-Feb 2002, p. 65-70

ROPER W.L., HODLEWSKY R.T., TILSON H., LOHR K.N.B., CAMPBELL W.H.

*The Potential Impact of Measuring Healthcare Quality on Pharmaceutical Related Costs and Outcomes*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (4), 2002, p. 233-239

STREET A., DAWSON D.

*Costing Hospital Activity: the experience with healthcare resource groups in England*  
The European Journal of Health Economics, 3(1), 1/2002 p. 3-9

### Analisi dei sistemi sanitari

ALTMAN D.E., LEVITT L.

*The Sad History Of Health Care Cost Containment As Told In One Chart*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 9

GURMANKIN A.D., BARON J., HERSHEY J.C., UBEL P.A.

*The Role of Physicians' Recommendations in Medical Treatment Decisions*  
Medical Decision Making 22 (3) May-June 2002, p. 262-271

MACDONALD G., HOPKINS S.

*Unit Root Properties of OECD Health Care Expenditure and GDP Data*  
Health Economics 11(4), June 2002, p. 371

WON G., CLEMENS M.K., KEEHAN S., ZEZZA M.

*Health Spending Projections For 2001-2011: The Latest Outlook*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 207-218

### Programmazione e organizzazione del lavoro

DOHAN D.

*Managing Indigent Care: A Case study of a safety Net emergency department*  
HSR 37 (2) April 2002, p. 361-376

MCGINNIS J.M., WILLIAMS-RUSSO P., KNICKMAN J.R.

*The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 78-93

RATTO M., PROPPER C., BURGESS S.

*Using financial incentives to promote teamwork in health care*  
Journal of Health Services Research & Policy 7(2), April 2002, p. 69-70

### Controllo di gestione e sistemi informativi

BLATIER J.F., ALLARD A.B., BROSSE M., THIOT N.

*Stratégie d'utilisation des données PMSI en planification. Application au développement hospitalier d'activités chirurgicales en oto-rhino-laryngologie*  
Journal d'économie médicale 20 (1), Janvier 2002, p. 3-18

GRIFFITHS K.M., CHRISTENSEN H., EVANS K.

*Pharmaceutical Company Websites as Sources of Information for Consumers: How Appropriate and Informative are they?*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (4), 2002, p. 205-214

WASSERFALLEN, Y. VON AUW, M. SANDRI FOR THE ORCHIDÈE STUDY GROUP

*Cost Reduction Project in a Swiss University Hospital: Methods and Results of a Bottom-Up Intervention*  
Journal d'économie médicale 20 (1), Janvier 2002, p. 33-44

### Innovazione tecnologica

MAZUR D.J.

*Law and Ethics: The Evaluation of Internet Health Care and Telehealth: Ethical Perspectives*  
Medical Decision Making 22 (1) Jan-Feb 2002, p. 84-86

PARÈ G.

*Implementing clinical information systems: a multiple case study within a US hospital*  
Health Services Management Research 15 (2), February 2002, p. 72-92

SIGMUND H., KRISTENSEN F.B.

*Does Health technology assessment benefit health services and politics? The experience of an established HTA institution: the Danish Centre for Evaluation and HTA*  
The European Journal of Health Economics, 3(1), 1/2002, p. 54-58

### Altro

GYRD-HANSEN D.

*Comparing the results of applying different methods of eliciting time preferences for health*  
Disease Management & Health Outcomes, 10 (4), 2002, p. 10-16

MECHANIC D.

*Disadvantage, Inequality, And Social Policy*  
Health Affairs 21 (2), March/April 2002, p. 207-218

**NOVITÀ**  
**RA BIT SAN<sup>15</sup>**  
Rassegna in bit della sanità  
un CD-rom con 15 anni  
di sanità (1987-2001)

Rassegna Giuridica della Sanità

# RAGIUSAN

Rivista mensile di dottrina, giurisprudenza  
e documentazione di interesse socio-sanitario  
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità  
WHO Collaborating Centre for Health legislation  
diretta da **Luigi D'Elia**

Gentile lettore,

al passo con i tempi, la SIPIS soc. ed. a r.l., Le mette a disposizione un CD-rom con l'archivio completo in data base per la ricerca (analitico-sistematica o per materia — 98 argomenti, in 1° voce, centinaia di argomenti in 2° e 3° voce —, per singola parola o frase, per magistratura giudicante o per istituzione emanante, per autore o per singola data) degli indirizzi dottrinali, giurisprudenziali ed istituzionali di ben 15 anni di sanità, così come pubblicati in **Ragiusan** dal 1987 a oggi.

Con un semplice e rapido click, Ella sarà in grado di consultare, per singoli argomenti, non solo l'attività normativa a livello nazionale e regionale, ma anche quanto sul piano dottrinario e giurisprudenziale (di ogni ordine e grado) è stato pubblicato nelle circa **50 mila pagine di Ragiusan** rivista leader nel mondo della sanità.

Con un semplice e rapido click potrà accedere al data base di **Ragiusan** che ora Le viene presentato in CD-rom, in modo da non appesantire il suo disco rigido, per costruire quel back-ground indispensabile per l'avvio a soluzione di problematiche, di natura organizzativa e tecnico-funzionale, che necessitano di adeguate conoscenze sul piano giuridico-amministrativo e giurisprudenziale.

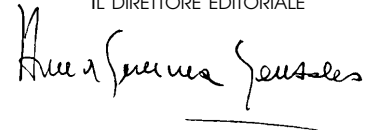
L'offerta di RA BIT SAN<sup>15</sup>, la banca dati completa (1987-2001) sulla sua scrivania, Le consente, alle condizioni indicate nell'allegata cedola, di venire in possesso del CD-rom contenente gli indici di **Ragiusan** con l'aggiornamento fino all'ultimo fascicolo pubblicato per il 2001.

Utilizzi l'acclusa cedola: le modalità di sottoscrizione e di pagamento sono quelle consuete e riportate nella cedola.

Se ha acquistato a suo tempo RA BIT SAN<sup>15</sup>, il nuovo CD-rom con 15 anni di sanità (fino al 2001) Le viene offerto con lo sconto del 50%, solo € 50,00.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Roma, dicembre 2001

## COSTO DEL CD-ROM: € 100,00

Programma abbonamento 2002

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

- Vi prego voler inoltrare con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco) ed alle condizioni che ne regolano l'uso, n. .... CD-rom contenente

## RA BIT SAN<sup>15</sup>

Rassegna in bit della sanità  
15 anni di sanità (1987-2001)

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

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... li .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

# MECOSAN

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

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

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

## Il bilancio in estratto

Campagna  
promozionale  
per la trasparenza  
delle aziende sanitarie

Gentile abbonato,

la SIPIS, società editoriale della rivista Mecosan, offre **ai propri abbonati** la possibilità di pubblicizzare le risultanze della gestione contabile dell'Azienda sanitaria (valore della produzione, reddito operativo, in altri termini rendiconto d'esercizio) mediante un'inserzione in bianco e nero su pagina intera con un'eccezionale sconto sulla tariffa ordinaria.

È un'offerta che se da un lato consente di presentare l'immagine dell'Azienda facendone apprezzare le politiche di trasparenza grazie alla divulgazione che viene fatta dei costi di gestione, dall'altro consente di assolvere senza notevoli oneri all'obbligo di legge (articolo 6, legge n. 67 del 1987) imposto a tutte le Aziende della pubblica amministrazione e quindi anche alle Aziende sanitarie.

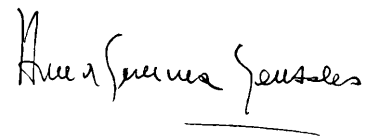
Attivarsi entro il 30 luglio 2002 conviene senz'altro in quanto l'Azienda verrà ad usufruire di uno sconto del 50% sulla tariffa intera; infatti **una pagina intera** di Mecosan o una pagina intera di Ragiusan del **formato** di cm. **21 x 28** in bianco e nero **costerà soltanto € 750,00 + I.V.A.** anziché € 1500,00 + I.V.A.

Non perda questa favorevole occasione che permette alla Sua Azienda:

- di ottemperare agli obblighi di legge;
- di ottenere a minor costo una pagina pubblicitaria su una rivista tra le più accreditate del settore;
- di godere di quella immagine di trasparenza che l'intera collettività richiede.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE EDITORIALE



Ulteriore sconto del 15% per la pubblicazione su ambedue le riviste, Mecosan e Ragiusan.

Roma, gennaio 2002

## CEDOLA D'ORDINE

### Il bilancio in estratto

Spett.le SIPIS

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

E-mail: sipised@tin.it

Con riferimento alla Vs/offerta «promozionale», Vi invitiamo a pubblicare, ai sensi della legge 25 febbraio 1987, n. 67, l'allegato estratto del bilancio di questa Azienda sanitaria sul primo numero raggiungibile della rivista Mecosan (e/o della rivista Ragiusan) (\*) alle seguenti condizioni riservate agli abbonati dell'annata in corso, non morosi anche per gli anni pregressi:

- pagina intera (cm. 21 x 28) in bianco e nero;
- entro il 30/07/2002: **prezzo speciale di € 750,00 + I.V.A.** anziché € 1500,00 + I.V.A.

Provvederemo al pagamento entro 30 giorni data fattura. Alleghiamo inserto da pubblicare.

FIRMA E TIMBRO

(Apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Intestare fattura a: ..... C.a.p. .... Località .....

Codice fiscale ..... Via ..... Tel. ....

Partita I.V.A. ....

(\*) Cancellare il nome della rivista che non interessa.

N.B.: la campagna promozionale è riservata agli abbonati dell'annata in corso, non morosi per gli anni pregressi. I prezzi della presente campagna promozionale non si applicano agli ordini che pervengono tramite agenzie.

**Costo dell'abbonamento per l'anno 2002: € 194,00**

# MECOSAN

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

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

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

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

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

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

Il pagamento dell'abbonamento, potrà essere effettuato con versamento sul:

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

o mediante assegno bancario non trasferibile intestato alla società editoriale.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2002 è fissato in:

**€ 194,00 per l'abbonamento ordinario**

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

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

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

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

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

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

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2002 per l'estero è fissato come segue: € 194,00 per l'Europa unita; € 294,00 per il resto del mondo (spese postali incluse).

---

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

---

## CAMPAGNA PROMOZIONALE VALIDA FINO AL 30 LUGLIO 2002

### ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

**Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 164,00**  
**Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 164,00**  
**Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 164,00**  
**Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 164,00**  
**Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 164,00**  
**Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 164,00**  
**Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 164,00**  
**Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 164,00**  
**Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 194,00**  
**Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 194,00**

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 1.445,00, anziché € 1.700,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**