

Comitato scientifico

**Elio Borgonovi** (coordinatore)  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano

**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Sabino Casese**  
Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**  
Ordinario di economia - Università di Torino

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

**Fabio Roversi Monaco**  
Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**  
Amministratore delegato Villa Mafalda s.p.a.

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**

Redazione:

Coordinatore generale  
**Mario Del Vecchio**

Coordinatori di sezione  
**Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone**

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

Direttore generale

**Anna Gemma Gonzales**

Segreteria di redazione

**Silvia Tanno**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77  
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817  
E-mail: [sipised@tin.it](mailto:sipised@tin.it)

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23  
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598  
E-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700

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

— prezzo di una copia: € 65,00

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

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

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

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;

— fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

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

# MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

## IN QUESTO FASCICOLO:

### Editoriale

- 2 **Dai livelli essenziali ai livelli effettivi di assistenza**  
Elio Borgonovi

### Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 **Patologie mentali dei sistemi organizzativi: la sindrome del populismo organizzativo e della concretezza illusoria**  
Giuseppe Noto, Francesco Di Stanislao

- 27 **Un modello a supporto della valutazione e selezione delle tecnologie sanitarie nelle aziende sanitarie**  
Emanuele Lettieri, Cristina Masella

- 41 **Analisi costi-efficacia della cura del dolore in Italia: la radioisotopoterapia con Samario-153 e la terapia convenzionale**  
Monica Otto, Franck-Ulrich Fricke, Rosanna Tarricone

- 51 **L'approccio willingness-to-pay nella valutazione economica: il trattamento del dolore acuto e cronico**  
Giorgio L. Colombo, Mauro Caruggi, Giulio Serra

- 63 **L'evoluzione degli strumenti di implementazione strategica nei contesti sanitari**  
Simone Lazzini

- 81 **La carta dei servizi nel settore sociale: stato dell'arte e spunti per un migliore utilizzo dello strumento**  
Marta Barbieri, Manila Marcuccio

### Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 99 **Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario**  
Mario Del Vecchio, Franco Prandi

- 107 **I Comitati di etica nelle aziende sanitarie: i risultati di una indagine**  
Dario La Fauci

### Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 115 **Centrali di acquisto, servizi in rete ed «aree vaste». Una prima valutazione delle esperienze in atto**  
Marco Meneguzzo, Lucia Roncetti, Angelo Giovanni Rossi

- 135 **Servizi di radiologia: report e valutazione. Il caso dell'A.O. della provincia di Pavia**  
Antonio Nava, Ilaria Albini, Matteo Brambilla, Fabrizio Rugarli, Francesco D'Andrea

- 153 **I team dei Medici di medicina generale. Il caso della Asl Napoli 3 della Regione Campania**  
Valentina Ferraro

### Sez. 6ª - Biblioteca

- 166 **Novità bibliografiche**

- 170 **Spoglio riviste**

### Errata corrige

Nell'articolo «L'adozione di note di prescrivibilità per i test di laboratorio può essere uno strumento di migliore appropriatezza?» di A. Camerotto, S. De Toni, F. Carmignoto, A. Marcolongo, pubblicato sul n. 51 di Mecosan del 2004, per un refuso sfuggito alla correzione delle bozze alla pagina 72, seconda colonna, prima riga, compare il numero «133.676» anziché quello corretto di «1.133.676». Ce ne scusiamo con i lettori.

## DAI LIVELLI ESSENZIALI AI LIVELLI EFFETTIVI DI ASSISTENZA

Elio Borgonovi

*Il termine di LEA (livelli essenziali di assistenza) è diventato da alcuni anni di uso corrente nel dibattito sui sistemi di tutela della salute. Non solo, ma quello di LES (livelli essenziali di servizi) si va diffondendo rapidamente in molti settori di servizi di pubblico interesse o di pubblica utilità (dalla erogazione di gas, acqua ed elettricità, ai servizi sociali, ai trasporti, ecc.), ossia per quei bisogni di cui la comunità ha deciso di «darsi carico» in virtù di valori di progresso e di tutela della persona in quanto tale.*

*Il concetto di livelli essenziali si è diffuso prevalentemente in correlazione alla necessità di controllare l'espansione della spesa pubblica per la sanità e per gli altri settori cui esso è stato esteso o, per essere più precisi, per garantire la compatibilità tra livello del finanziamento pubblico e livello della spesa. Con riferimento alla tutela della salute, si può ricordare che vi è stata una prima fase in cui l'affermazione di tale diritto era stata interpretata in senso lato e assoluto (garantire a tutti i cittadini tutti i servizi che le conoscenze e le buone pratiche assistenziali, consentivano per cercare di «recuperare, mantenere, promuovere il benessere fisico e psichico delle persone» (art. 1 della legge 833/78). In una seconda fase anche la Suprema Corte ha sentenziato che tale diritto, in astratto assoluto, in*

*concreto trova un limite oggettivo nella disponibilità delle risorse.*

*Tuttavia, l'accentuazione dell'aspetto economico dei LEA, della loro funzione di garantire la compatibilità economica tra l'affermazione di un diritto e la concreta possibilità della comunità di garantirlo, appare riduttiva. Vi sono almeno altre tre dimensioni che è opportuno sottolineare.*

*1. La natura del rapporto tra individuo e istituzione. Infatti le istituzioni, in generale e pubbliche in particolare, rappresentano un «sistema di regole e di garanzie» finalizzato a non lasciare l'individuo o le forme primarie di organizzazione sociale, quali sono le famiglie, di fronte ad eventi, come quello della perdita della salute, che non sono in grado di affrontare da soli, o che potrebbero affrontare con gravi difficoltà e rinunciando a molti altri bisogni rilevanti per la persona.*

*Sul piano storico, sociologico, giuridico e culturale, il rapporto individuo e istituzioni solleva due problemi di fondo:*

*a) le regole delle istituzioni devono essere tali da non «annullare» l'identità e le libertà essenziali delle persone (e delle forme associative liberamente scelte): in questa direzione si sono mosse le critiche alle forme di organizzazione sociale derivate dallo strutturalismo economico e sociale quali quelle rappresentate dagli Stati*

*del «socialismo reale» o delle «democrazie popolari»;*

*b) gli individui, da parte loro, non devono considerare le istituzioni come «entità astratte» da cui attendersi comunque risposte ai propri bisogni identificati come «diritti giuridici»: non deve diffondersi, cioè, la cultura delle istituzioni che deresponsabilizzano gli individui, e le forme di organizzazione spontanea di collaborazione sociale, che possono contribuire «a far funzionare» le istituzioni.*

*Il concetto di livello essenziale di assistenza (di servizi) rappresenta pertanto una modalità operativa per stabilire il punto di equilibrio, che può cambiare nel tempo, tra livello di responsabilità dei singoli e delle forme di autorganizzazione sociale, e livello di responsabilità delle istituzioni.*

*2. Ciò introduce alla seconda dimensione, quella della evoluzione da una concezione istituzionale di servizio pubblico ad una concezione funzionale, che è poi la concezione originaria delle società semplici. In effetti, nello «Stato di diritto», l'affermazione che un certo bisogno dovesse considerarsi «pubblico» o di «interesse pubblico», aveva portato alla considerazione semplificatoria, e semplicistica, secondo cui la risposta a tali bisogni dovesse essere garantita dall'intervento diretto delle istituzioni pubbliche.*

Ciò tramite politiche di raccolta dei tributi e redistribuzione della ricchezza (nel caso della funzione equitativa) o tramite la produzione e l'erogazione diretta dei servizi. Stabilire che la tutela della salute, ovviamente nell'ambito delle conoscenze disponibili, è un «diritto della persona», dichiarare che la comunità «organizzata istituzionalmente» deve impegnarsi a garantire che tale bisogno sia soddisfatto, non significa affermare che esso debba essere soddisfatto direttamente dall'amministrazione pubblica, ma che essa si impegna a stabilire regole, indirizzi e efficaci controlli tali da garantire che i bisogni siano soddisfatti, seppure con modalità diverse. In questo quadro vi sono due processi essenziali:

a) quello derivante dal principio della sussidiarietà orizzontale secondo cui gli individui e la società sono liberi di rispondere ai propri bisogni, salvo l'intervento «dei sistemi sociali di ordine superiore» (le istituzioni di diverso livello) quando la complessità dei bisogni o altri vincoli impediscono una autonoma risposta;

b) quello delle varie forme di delimitazione dell'intervento delle istituzioni pubbliche, tra le quali vanno elencati appunto i livelli essenziali: l'amministrazione pubblica esplicita qual è il livello di bisogno che è garantito uniformemente alla popolazione, lasciando poi la libertà di soddisfare livelli più elevati, dando priorità a questi bisogni rispetto ad altri, o lasciando anche la libertà di rinunciare a tali livelli, nei Paesi nei quali è consentita «l'uscita dal sistema di tutela pubblica».

Definire livelli essenziali, significa consentire che altri soggetti, privati for profit, non profit, misti pubblico-privato, intervengano con fondi e assicurazioni integrative e potenzialmente o parzialmente sostitutive (nei Paesi nei quali ciò è consentito e favo-

rito anche sul piano fiscale) non solo nell'erogazione dei servizi, ma anche nel finanziamento della spesa. Tra l'altro i livelli essenziali possono essere modificati in rapporto alla capacità del sistema sociale di autorganizzarsi per dare risposta a quel bisogno. Se tale capacità aumenta, le istituzioni pubbliche possono ridurre l'estensione della copertura tramite i livelli essenziali. Se tale capacità diminuisce, le istituzioni pubbliche dovrebbero garantire una estensione della copertura. Facendo riferimento alla realtà odierna si può dire che nei Paesi nei quali la tutela della salute non è in alcun modo garantita, occorre operare affinché si introducano livelli essenziali e questi siano gradualmente ampliati in relazione allo sviluppo economico e al progresso civile. Nei Paesi progrediti, al contrario, i livelli essenziali di assistenza possono essere ridotti, eventualmente differenziandoli per classi di reddito e per aree territoriali (come, ad esempio, consentito in Italia dalla razionalizzazione del sistema) o per altre caratteristiche.

3. La terza dimensione considera i livelli essenziali come strumento per gestire il decentramento e il federalismo. Infatti decentramento e federalismo implicano strutturalmente il riconoscimento e l'accettazione di differenze. La definizione dei livelli essenziali di assistenza consente, infatti:

a) di riconoscere e valorizzare le differenze positive, legate a differenti scelte di priorità delle Regioni o a diversi livelli di efficienza, in quanto consente ad ognuna di destinare ulteriori risorse al settore della tutela della salute, se considera questo bisogno prioritario rispetto ad altri (destinando al suo finanziamento risorse proprie), o di raggiungere i livelli essenziali con minori risorse (in caso di politiche dell'offerta razionali e di gestioni efficienti);

b) di creare stimoli al superamento delle differenze negative derivanti da inefficienze dei sistemi regionali di tutela della salute, poiché spinge gli organi di governo ad eliminare tali inefficienze, per non dover «pagare il costo politico» di livelli assistenziali inferiori rispetto a quelli di altre Regioni.

Va peraltro sottolineato che l'uso dello strumento livelli essenziali di assistenza (di servizi) al fine di affermare l'appartenenza ad un sistema unitario e di mettere in evidenza l'autonomia e la responsabilità dei livelli istituzionali intermedi (Regioni per le politiche sanitarie e aziende sanitarie per i livelli di efficienza gestionale) è condizionato/subordinato a due elementi «tecnici» che non sempre sono rispettati adeguatamente:

a) che siano definiti «livelli assistenziali», ossia di risposta ai bisogni e non «livelli di prestazioni garantite», poiché se si definiscono le prestazioni si corre il rischio, da un lato, di consentire l'erogazione di prestazioni inutili o inappropriate, dall'altro, di porre standard di prestazioni che non consentono di soddisfare bisogni reali;

b) che il finanziamento sia effettivamente correlato ai livelli essenziali garantiti: si fa riferimento sia ai trasferimenti finanziari dallo Stato alle Regioni (a fronte dei livelli essenziali stabiliti a livello nazionale), sia ai trasferimenti dalle Regioni alle aziende sanitarie (a fronte dei livelli essenziali stabiliti dalle Regioni stesse).

Si tratta di due condizioni di natura «tecnica», ma che hanno rilevanti riflessi politico-istituzionali. Sul piano della politica sanitaria, definire i livelli essenziali in termini di prestazioni garantite gratuitamente e non in termini di situazioni di salute su cui intervenire, significa orientare le scelte verso il modello assistenziale che privilegia la cosiddetta «medicina prestazionale» (diagnosi, cura e in parte

riabilitazione) rispetto alla «tutela della salute» (che privilegia la prevenzione e, in altri casi, forme di assistenza non esplicitamente previste nell'ambito delle prestazioni garantite). Sul piano politico in senso lato, l'eventuale sottostima dei trasferimenti dal livello superiore a quello inferiore (Stato verso le Regioni e Regioni verso le aziende sanitarie) «sposta» il livello della responsabilità per l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi di salute e per la copertura del disavanzo a consuntivo in caso di maggiori spese effettive. Sul piano istituzionale si crea lo spazio per forme di relazioni che possono privilegiare:

a) il modello «negoziale», tentato senza eccessivo successo con l'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001, ma che potrebbe (e, a parere di chi scrive, dovrebbe) essere ritentato sulla base di informazioni o previsioni più solide;

b) il modello di conflittualità interistituzionale, che si traduce nel tentativo di «far ricadere su altri livelli di governo la responsabilità del mancato raggiungimento degli obiettivi di salute o di equilibrio economico» senza un equivalente impegno nella ricerca di soluzioni più soddisfacenti per i cittadini-pazienti (qualità dei servizi) e per il sistema (equilibrio economico).

Esiste, peraltro, un aspetto di ordine generale su cui si ritiene utile richiamare l'attenzione. Si discute molto di livelli essenziali di assistenza, sulla compatibilità di tale concetto con quello di sistema di tutela della salute «generalizzato» o «residuale», sulle implicazioni nel rapporto pubblico-privato, sugli eventuali effetti sul livello di equità o di parità (sostanziale e non formale) di trattamento dei cittadini. Limitata, e solo indiretta, attenzione ad una distinzione più rilevante sul piano concreto tra:

— LEAP (livelli essenziali di assistenza programmata);

— LEAC (livelli effettivi di assistenza controllata).

Tale classificazione intende sottolineare i seguenti elementi. Il concetto di essenziale è un concetto comunque «astratto» che dipende sia da elementi oggettivi (esempio prestazioni che salvano la vita o eliminano patologie gravemente invalidanti da essere considerate essenziali), sia da valutazioni soggettive e legate alla cultura (condizioni di salute che per alcuni sono considerate rilevanti, e quindi essenziali, per altre persone possono essere considerate meno rilevanti, e quindi non essenziali), sia da valutazioni di ordine economico (certi livelli di salute possono essere considerati essenziali, ma si ritiene che essi possano essere soddisfatti autonomamente dalla totalità, o dalla grande maggioranza della popolazione). Esso va valutato in relazione ai concetti di minimo garantito dall'intervento pubblico, di contenuto e estensione del diritto sancito per legge, di coerenza con la concezione di benessere fisico e psichico dominante in una società.

Il secondo concetto, livelli effettivi, sottolinea come il cittadino-paziente sia interessato ad avere prestazioni e servizi idonei a garantire una effettiva risposta alle proprie esigenze di salute e non tanto alle dichiarazioni, magari tradotte in leggi o in piani sanitari, sui livelli di assistenza che lo Stato o la Regione «si impegna formalmente a garantire».

Esso è invece un concetto concreto, immediatamente percepibile dalle persone, confrontabile con la quantità, qualità e altre condizioni di erogazione dei servizi (esempio code o liste d'attesa) garantite da altre aziende sanitarie e da altre Regioni.

Negoziare, concordare, decidere, programmare certi livelli assistenziali è sicuramente importante perché con-

sente di individuare obiettivi, motivare persone (singole o operanti nell'ambito di strutture di offerta), incentivare e responsabilizzare. Tuttavia, si ritiene che sia ancor più importante spostare il dibattito, e quel che più conta l'impegno, sul fronte dei processi di controllo delle politiche e della gestione per migliorare i livelli qualitativi di assistenza effettivamente erogati. Ciò significa intervenire sull'innovazione delle metodiche assistenziali e tecnologiche, sull'organizzazione del lavoro (per attuare più elevati livelli di efficienza), sulla motivazione e la valorizzazione delle persone (tramite riconoscimenti sul piano economico, e non solo economico, del merito e della professionalità).

Il passaggio dal concetto di LEAP, livelli essenziali di assistenza programmati, a quello di LEAC, livelli effettivi di assistenza controllati, consente di porre in modo assai diverso rispetto all'attuale dibattito, il tema della gestione del decentramento alle Regioni, delle politiche e degli interventi di tipo perequativo, del decentramento/federalismo coniugato con la sussidiarietà istituzionale. Il processo di decentramento/federalismo potrà, infatti, essere compatibile con il mantenimento del modello del sistema nazionale di tutela della salute e potrà essere «sostenibile» sul piano sociale, non perché vi sarà un fondo o interventi perequativi di carattere «finanziario», ma solo se vi sarà la diffusione e la perequazione della capacità effettiva delle Regioni e delle aziende sanitarie di elevare i propri livelli di qualità della salute, efficacia nella risposta ai bisogni dei pazienti, efficienza nell'impiego delle risorse, economicità della gestione intesa come capacità di mantenere un fisiologico equilibrio nel lungo periodo tra spesa e finanziamenti ottenuti da varie fonti.

La vera sussidiarietà istituzionale di tipo orizzontale (tra Regioni) o ver-

ticale (dello Stato nei confronti delle Regioni) si realizza trasferendo conoscenze, professionalità e capacità di tipo tecnico-professionale, manageriale e di formulazione-attuazione di politiche tali da:

a) consentire alle Regioni/aree nelle quali i livelli effettivi sono già vicini a quelli essenziali programmati di

ridurre ulteriormente l'eventuale divario;

b) aiutare le Regioni in cui, per molteplici ragioni che in questo editoriale non è possibile ricordare, il divario tra LEAP e LEAC è molto ampio, a creare le condizioni per ridurre progressivamente ma significativamente il divario stesso.

Solo in questo modo si potrà affermare che il processo di decentramento/federalismo sarà stato utile per riconoscere e valorizzare le differenze positive delle varie aree del Paese e non avrà portato all'abbandono del sistema nazionale di tutela della salute.

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: rinnovo dell'abbonamento a prezzo bloccato a **RAGIUSAN + RAGIUSAN CLICK**.

Egregio lettore,

la sua esperienza operativa nell'ambito del mondo della sanità La pone, pressoché ogni giorno, a confronto con problematiche di natura giuridica, amministrativa, organizzativa e tecnico-funzionale, in rapporto alle quali è indispensabile poter disporre di un adeguato background di notizie comparate nel quadro normativo di riferimento e di informazioni attendibili sui vari fattori che a livello politico-amministrativo, giurisdizionale e dottrinale concorrono a determinare l'evoluzione del sistema.

La rivista **Ragiusan**, Rassegna giuridica della sanità, svolge come Ella sa, in tale campo, da anni, una funzione leader.

**Ragiusan**, in oltre 20 anni di vita, ha saputo imporsi come strumento autorevole di approfondimento giuridico-amministrativo, per tutti coloro che operano nel mondo della sanità.

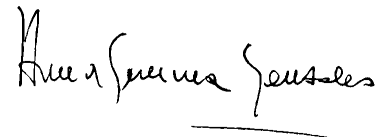
In più, **Ragiusan** si è dotata del supporto informatico **Ragiusan click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni Le hanno convinta ad essere già abbonata a **Ragiusan** o La convinceranno a diventarlo; mi auguro che sottoscriva subito l'abbonamento per il 2005 a **Ragiusan**, per sé e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante, non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, gennaio 2005

## ABBONAMENTO RAGIUSAN 2005

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. .... abbonamenti a **RAGIUSAN cartaceo** al prezzo di € 690,00;
- n. .... abbonamenti a **RAGIUSAN cartaceo + RAGIUSAN click** al prezzo complessivo di € 1.040,00;
- n. .... abbonamenti a **RAGIUSAN click** al prezzo di € 1.095,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **Ragiusan**).

● 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

..... lì .....

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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



# PATOLOGIE MENTALI DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI: LA SINDROME DEL POPULISMO ORGANIZZATIVO E DELLA CONCRETEZZA ILLUSORIA

Giuseppe Noto<sup>1</sup>, Francesco Di Stanislao<sup>2</sup>

<sup>1</sup> U.O. Qualità - Azienda USL 6 - Palermo. Consulenza dell'Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Marche  
<sup>2</sup> Cattedra di Igiene - Università Politecnica delle Marche. Direzione Generale della ARS Marche

SOMMARIO: 1. Presentazione dell'articolo - 2. Prima parte. Riflessioni su alcune «patologie mentali» delle organizzazioni - 3. Seconda parte. Le prospettive terapeutiche per risolvere o ridimensionare le sindromi - 4. La prospettiva terapeutica per lo sviluppo di un'epistemologia orientata alla complessità ed all'approccio sistemico - 5. Conclusioni.

*The article presents a series of considerations about the importance of "non-structured" elements in organizational systems and describes and analyses several «mental illnesses» of the organization related to these elements. From the authors own experience, several organizational contexts are presented, and the article offers an analysis of the fundamental problems which affect the organizational life and emphasizes the clinical expression of the "mental illness" within the health care organization. In the second part of the article, root-cause analysis, diagnostic process and therapy are discussed.*

## 1. Presentazione dell'articolo

*Il simbolismo è importantissimo per il funzionamento dell'organizzazione e se un manager non è in grado di comprendere miti, rituali, usanze, artefatti, narrazioni, non riesce a conoscere la realtà di quello che sta accadendo all'interno dell'organizzazione (1).*

M. Alvesson, P.O. Berg (1993)

L'articolo, sviluppato a partire dalla ricostruzione di esperienze vissute direttamente dagli autori all'interno del sistema sanitario, si prefigge di dare un contributo al tema dell'analisi di alcune «patologie» delle organizzazioni strettamente correlate, nella loro eziologia e nelle loro espressioni cliniche, agli aspetti «non-strutturati» del sistema organizzativo.

### 1.1. Premesse a proposito di elementi strutturati e non strutturati nei sistemi organizzativi

Su questo tema è utile precisare che:

— con il termine di elementi non-strutturati (concetto diverso da «non-strutturali») ci si riferisce agli elementi «informali» del sistema organizzativo, quali le culture, gli aspetti simbolici, le dinamiche relazionali, i modelli di pensiero e le rappresentazioni, i miti, i rituali etc.;

— tali elementi compongono, assieme alle «variabili strutturate» delle organizzazioni (identificabili nella macrostruttura, nei meccanismi operativi e nei processi sociali), i tasselli del mosaico complesso e dinamico che dà struttura e forma all'organizzazione e ne determina la vita, orientando le scelte, le azioni ed i comportamenti;

— le patologie trattate sono potenzialmente presenti in qualsivoglia sistema organizzativo, anche se nell'articolo si farà particolare riferimento alle aziende sanitarie pubbliche. Queste ultime sono, infatti, il contesto di lavoro degli autori e oltre a ciò, come verrà meglio chiarito in seguito, presentano alcune caratteristiche tipiche

del sistema pubblico che costituiscono un *humus* nel quale, verosimilmente, le patologie mentali possono generarsi con maggiore facilità.

Le premesse che animano l'articolo sono le seguenti.

Vi sono alcune «patologie delle connessioni sistemiche» delle organizzazioni, che si manifestano attraverso espressioni cliniche che potremmo definire «mentali», e che:

— riguardano la cultura, i valori, i significati, le rappresentazioni, le dinamiche relazionali, le scelte ed i comportamenti dei vari attori dell'organizzazione,

— originano dal concorrere di un insieme di cause correlate con tutte le variabili, strutturate e non-strutturate, del contesto organizzativo.

### 1.2. Premesse a proposito del concetto di «mente» e di «patologie mentali» delle organizzazioni

Prima di addentrarsi nella trattazione, è utile precisare che nell'articolo

con il termine di «mente» si fa riferimento all'interpretazione data dal filone ecosistemico, tra le cui espressioni più rappresentative si annoverano G. Bateson (1976, 1984, 1989), H. Maturana e F. Varela (1992), R. Gregory (1985), F. Capra (1988, 1998) (vedi tabella 1).

Sulla base di questo concetto di «mente» di un sistema, così come esplicitato nella tabella 1, si può meglio comprendere come le patologie che affliggono i processi mentali delle organizzazioni, come si vedrà più avanti, abbiano le seguenti caratteristiche:

— non sembrano direttamente imputabili ad un'unica causa, ma dipendono da una molteplicità di fattori concausali, strutturati e non, in connessione complessa tra loro, e pertanto esse non sono diagnosticabili per mezzo dei classici strumenti di analisi che indagano soltanto gli elementi «strutturati» dell'organizzazione;

— gli effetti (le espressioni cliniche) di tali patologie sono «sistemici» e tendono a dare un malessere generalizzato dell'organizzazione, che risulta difficile da interpretare e da diagnosticare se si utilizza un approccio analitico classico, semplificatore della complessità, meccanicistico e lineare (ricerca della «causa-effetto»), che non sa riconoscere il giusto valore alla complessità delle concause e delle espressioni cliniche. Capra (1998) ci sottolinea che «nell'approccio sistemico, le proprietà delle parti possono essere comprese solo studiando l'organizzazione del tutto. Di conseguenza, il pensiero sistemico non si concentra sui mattoni elementari, ma piuttosto sui principi di organizzazione fondamentali. Il pensiero sistemico è «contestuale», cioè l'opposto del pensiero analitico. Analisi significa smontare qualcosa per comprenderlo; pensiero sistemico significa porlo nel contesto di un insieme più ampio»;

— le patologie mentali del sistema organizzativo logorano progressivamente il «senso» del sistema, l'appartenenza e la motivazione degli operatori, tendono a generare inerzia organizzativa e ad affliggere progressivamente tutto il sistema, diffondendosi per progressiva «contaminazione semantica patologica» e disseminando significati, rappresentazioni e comportamenti patologici in tutto il sistema.

### 1.3. La struttura dell'articolo

La prospettiva verso cui si muove l'articolo è che il saper riconoscere e

«diagnosticare», interpretare e connotare le sindromi mentali dell'organizzazione è un passaggio fondamentale che può facilitare l'individuazione di strategie «terapeutiche» utili ad uscire fuori dal magma indefinito che le caratterizza. Ma per riconoscere le sindromi, per diagnosticarle e trattarle, non è sufficiente la sola analisi delle variabili «strutturate» (cosiddette *hard*) del sistema organizzativo.

L'articolo, suddiviso in due parti (la prima relativa alla diagnostica delle sindromi, e la seconda che affronta il tema delle prospettive terapeutiche), non ha la pretesa di essere esaustivo sui temi affrontati né ha alcuna pretesa

**Tabella 1 - La mente nei sistemi organizzativi**

A proposito di «mente», dice Bateson: «Per me l'embriologia è un processo mentale. E ci metterò anche i processi ancor più misteriosi grazie ai quali le relazioni formali della «nostra» anatomia sono riconoscibili nelle scimmie antropomorfe, nel cavallo e nella balena: quelli che gli zoologi chiamano «omologia»; in altri termini, insieme con l'embriologia, nel termine «processo mentale» metterò anche l'evoluzione... Insomma, dovunque l'«informazione» (o il «confronto») faccia parte essenziale della nostra spiegazione, lì, per me, vi è un processo mentale... (Bateson, 1989).

Si consideri un individuo che stia abbattendo un albero con un'ascia; ogni colpo d'ascia è modificato o corretto secondo la forma dell'intaccatura lasciata nell'albero dal colpo precedente. Questo processo correttivo (cioè mentale) è attuato da un sistema totale, albero-occhi-cervello-muscoli-ascia-colpo-albero; ed è questo sistema totale che ha caratteristiche di mente immanente» (Bateson, 1976).

La mente, quindi, non si può considerare «una parte» a sé di un sistema, non una «sostanza distinta»; essa è una «metastruttura», costituita dall'insieme delle parti che compongono il sistema e dalle connessioni tra di esse, caratterizzate da una relazione dinamica (la «struttura che connette» e la «danza delle parti interagenti» di Bateson).

La mente viene vista, quindi, come una «caratteristica organizzativa», composta non necessariamente da parti «vive», che è immanente anche all'esterno del corpo attraverso una «rete pensante». Da ciò, le caratteristiche mentali possono manifestarsi in singoli organismi ma anche in sistemi sociali e in ecosistemi: «Non si richiede l'esistenza di un confine preciso, come un involucro di pelle o di membrana, e si può riscontrare che questa definizione (di mente, NdR) ... vale per una gamma molto più ampia di quei complessi fenomeni chiamati «sistemi», una gamma che comprende sistemi consistenti in più organismi o sistemi in cui alcune parti sono viventi e altre no, o addirittura sistemi che non contengono parti viventi» (Bateson, 1979).

Sulla base di questo filone interpretativo possiamo, quindi, affermare che in un sistema organizzativo («sistema» — dal verbo *synestanaí*: porre insieme — caratterizzato dalla sua «chiusura organizzativa», secondo un concetto di Maturana e Varela, 1995) la «mente» è la «struttura che connette» le componenti organizzative, tra loro interrelate in un gioco di interazione dinamica (la «danza delle parti interagenti»).

La mente è, pertanto, una «struttura di strutture», una «metastruttura», animata dalle dinamiche relazionali che sono alla base dei processi comunicativi dell'organizzazione, della generazione di conoscenza, della circolazione di pensieri, di sensi, di significati, di «rappresentazioni», di orientamenti e comportamenti, individuali e sociali, che si traducono in scelte e azioni.

di essere didattico. Piuttosto, intende aprire alcuni interrogativi e fornire spunti di riflessione, auspicando che questi ultimi possano arricchirsi attraverso un'interazione con il lettore, con le sue esperienze e con il suo vissuto:

*I libri più utili sono quelli dove i lettori fanno essi stessi metà del lavoro: penetrano i pensieri che vengono presentati loro in germe, correggono ciò che appare loro difettoso, rafforzano con le proprie riflessioni ciò che appare loro debole.*

Voltaire (citato da Pintor, 2003)

## 2. Prima parte. Riflessioni su alcune «patologie mentali» delle organizzazioni

Prima di entrare nel vivo della trattazione, appare utile proporre alcune avvertenze:

— si è preferito premettere un breve «prologo narrativo» (2) alle sindromi, presupponendo che esso possa generare un più facile «riconoscimento» della situazione di contesto da parte del lettore. Chi ascolta o chi legge una storia interagisce attivamente con essa, crea delle proprie immagini, delle proprie rappresentazioni, può riconoscere i propri contesti, le proprie contraddizioni, i propri interrogativi, può liberamente attribuire significati in modo indipendente rispetto al narratore. «Le storie — dice Capra (1988) commentando Bateson — sono la via regia per lo studio delle relazioni. Quel che è importante in una storia, quel che c'è di vero in essa, non è la trama, le cose o i personaggi della storia, bensì le relazioni tra loro»;

— per meglio catalogare ed interpretare le sindromi, sono state utilizzate categorie appartenenti a varie aree del sapere (politica, antropologia, medicina, ...);

— talvolta, allontanarsi dal proprio sapere specifico, liberarsi dagli schemi mentali a cui siamo abituati ed uti-

lizzare altri riferimenti, analogie (3) o metafore (4), chiavi di lettura diverse ma compatibili, ci permette di recuperare il valore di altre prospettive di osservazione e può aiutarci a «conprendere» ed a «con-notare» più facilmente gli oggetti della nostra analisi;

— Bateson (1989) denomina questo approccio «abduittivo» definendo l'abduzione come un «procedimento con cui da fenomeni appartenenti a campi diversi si estrae ciò che essi hanno in comune». In altre parole, l'invito, per approcciare più adeguatamente la complessità, è quello di contaminare gli elementi di conoscenza incrociando saperi apparentemente distanti, di imparare a «pensare più pensieri», a valorizzare la trasversalità della conoscenza che sa attraversare i confini tra discipline, saperi e punti di vista diversi;

— è, infine, doveroso precisare che le sindromi presentate non fanno riferimento ad alcuna classificazione esistente: la loro denominazione è, pertanto, «arbitraria» (nel senso di auto-prodotta).

### 2.1. La sindrome del «populismo organizzativo»

Prologo (uno dei tanti prologhi narrativi possibili):

*«... Nella mia azienda tutto è ingessato, immobile, e, quel che mi pare più grave, illogico e poco interpretabile. Non saprei neppure da dove cominciare per elencare i problemi, ma una delle cose che mi fa più impressione è che il nostro direttore generale non fa altro che scaricare responsabilità sugli altri direttori e sui dirigenti, e viceversa. È come se tutti i dirigenti aziendali si sentissero estranei al contesto ed alle responsabilità; spesso, addirittura, sembrano proprio "all'opposizione"».*

*In questo contesto, ogni incontro aziendale diventa un lamento con*

*l'autocelebrazione degli sforzi da parte di ognuno, con un continuo rimando a carenze di tutti i tipi, a responsabilità altrui e con richiami a mali sempre più grandi e mai alla portata delle nostre possibilità di soluzione. Alla fine, fosse solo per sfiancamento, non si conclude null'altro che un documento ufficiale che non dice nulla e dice tutto, lasciando aperte tutte le possibilità.*

*Insomma, nella nostra organizzazione tutto sembra molto viscido, inafferrabile, non si riesce mai a definire le cause e le responsabilità dei mali della nostra vita organizzativa e non si sa da dove cominciare per risolverli... Ho la sensazione che i mali organizzativi non siano sempre mali per tutti. Comincio a rendermi conto che rappresentano talvolta alibi per costruire vere e proprie nicchie di inerzia e che, in qualche modo, siano funzionali ai più».*

### Le caratteristiche della sindrome

La sindrome del «populismo organizzativo» è una sindrome molto diffusa e anche molto paralizzante, dato che tende a disseminare un senso di frustrazione e di impotenza che progressivamente contamina la cultura organizzativa, gli orientamenti ed i comportamenti di tutte le componenti che costituiscono il sistema organizzativo, generando varie forme di «inerzia».

Il nome della sindrome origina dal «populismo», una categoria politica ben stigmatizzata da Reinfeldt (2000) nella seguente maniera:

— una strategia totalmente polemica;

— basata su un uso di figure retoriche (noi, gli altri, ...);

— caratterizzata da genericità ed indeterminazione delle cause e delle responsabilità;

(applicando il messaggio di Reinfeldt sul versante delle organizzazioni, è come quando si usano categorie del tipo: *è la società, è la politica, è un problema culturale, ... è un problema innato, ... in verità siamo tutti responsabili, ... e che fare con tutti gli altri problemi ben più grandi ed importanti del problema che stiamo affrontando...?* NdR)

— *che rifiuta l'accettazione di categorie e regole;*

— *e che ricerca una «soluzione carismatica».*

(che ovviamente non arriverà mai o si presenterà in tante possibili «forme posticce» temporanee, come «consulenze-salvifiche» che alla fine lasciano alle organizzazioni quintali di carta ben pagata, NdR)

Si tratta, quindi, di una strategia strisciante e sfuggente di deresponsabilizzazione generalizzata, basata sull'accettazione e disseminazione di luoghi comuni che «ontologizzano» categorie astratte (la politica, l'economia, la società, ...) come se queste non fossero fatte dagli uomini (e, spesso, da un groviglio di uomini in un gioco ad interessi misti) con precise responsabilità ma esistessero per sé come entità immanenti.

Questa indeterminazione e questa deresponsabilizzazione danno spazio a qualsiasi soluzione, anche la meno pertinente: nel magma indefinito della sindrome tutto è sullo stesso piano e tutto diventa possibile, ogni posizione equivale ad un'altra ed è in ragione di ciò che la soluzione viene ricercata attraverso le «fughe», evitando la valorizzazione delle potenzialità interne, e ricercando una (??) soluzione «carismatica» che possa essere risolutiva per tutti i mali, meglio ancora se esterna perché questo è un'ulteriore garanzia di «asetticità».

Questa sindrome, potenzialmente esistente in ogni sistema organizzativo, verosimilmente può attecchire con

maggiore facilità nelle aziende sanitarie considerato che si tratta di organizzazioni che hanno alla base un sistema di garanzie legate alla loro specificità di istituzione pubblica, e che presentano una struttura ultracomplexa con una forte tendenza all'autoreferenzialità delle componenti interne.

In conclusione del paragrafo, appare utile sottolineare che:

— l'uso di un'ottica interpretativa diversa dal classico approccio di analisi organizzativa, in questo caso l'uso di una categoria politica come il populismo, si rivela utile ad individuare la sindrome ed a connotarne le caratteristiche fondamentali,

— il riconoscere le caratteristiche ed i sintomi della sindrome permette di uscire dall'usuale indeterminatezza del malessere che la caratterizza e di attivare un processo diagnostico più accurato sui punti di forza e di debolezza della sindrome, indispensabile per cominciare a disegnare i possibili percorsi risolutivi, che verranno affrontati nella seconda parte dell'articolo.

## 2.2. La sindrome della «concretezza illusoria»

Prologo (appendice al prologo narrativo precedente):

*«... Sono il responsabile qualità dell'azienda descritta al prologo precedente. Da anni cerco di promuovere un approccio innovativo verso i mali del nostro sistema organizzativo. In alcuni momenti ho la sensazione di sembrare un vero predicatore ed ho il dubbio che questo diventi una facile nicchia di inerzia anche per me.*

*Ne ho vissute tante, ma c'è un problema che percepisco essere poco risolvibile ed è legato al fatto che i processi innovativi sono quasi sempre processi di media-lunga durata. Questo non sempre soddisfa le necessità di far fronte alle continue emergenze*

*della vita organizzativa e contrasta con il bisogno di "azione immediatamente visibile" tipico delle Direzioni aziendali.*

*Ho compreso bene, avendo vissuto più volte sulla mia pelle la stessa problematica, che i burocrati, i non-innovatori utilizzano a loro vantaggio questo aspetto. Spesso mi viene rimproverato che è inutile stare sempre a discutere: a cosa serve? Bisogna agire, mi dicono, fare qualcosa e subito, essere concreti, non fare filosofia!*

*Ho compreso che io vengo visto come il sognatore, il filosofo, come quello che si può utilizzare per scrivere le cose e per fare un po' di immagine. Nei fatti, nell'immaginario collettivo della mia organizzazione io impersonifico la teoria. Il pragmatismo e le potenzialità risolutive ai più sembrano risiedere altrove, spesso proprio tra i burocrati più paralizzanti che sanno soltanto riempire le carte d'inutile inchiostro...».*

La sindrome della «concretezza illusoria» prende in prestito il nome dal cosiddetto «sofisma della concretizzazione malposta» (*misplaced concreteness*) di A.N. Withehead (1959), ripreso poi da Bateson come «errore della concretezza illusoria» (in: Iacono, 1998).

Essa è molto diffusa nelle aziende sanitarie, può esistere anche autonomamente, ma attecchisce più facilmente in un contesto impregnato di populismo organizzativo.

Il significato di questa sindrome è implicito nella sua denominazione, che include la piena spiegazione dei suoi pilastri portanti: la ricerca dell'azione che sembra nell'immediato più risolutiva, subito e senza indugi.

Quante volte ci siamo trovati davanti a «decisori rapidi» nelle nostre organizzazioni? Per «decisore rapido» si intende chi, semplificando la complessità di ogni accadimento, fenome-

no o problema organizzativo, sa subito quel che c'è da fare, e usualmente vede la pianificazione e l'analisi come una perdita di tempo.

Questa sindrome tende a fare leva su luoghi comuni e su elementi di profonda ambiguità.

In particolare, essa utilizza lo storico (e falso) dualismo «teoria-prassi»: grazie a questo luogo comune il *decisore rapido* si autopropone (e viene visto) come il «pragmatico» (la concretezza illusoria), mentre l'*innovatore-sistemico* viene visto/proposto come l'attendista, il teorico, l'illuso, il decontestualizzato.

In verità, questo dualismo «teoria-prassi», già discutibile per sé come tutti i dualismi (sui dualismi vedi Iacono, 1998), risulta essere funzionale a nascondere un'altra contrapposizione: la vera sfida non è, cioè, tra approccio teorico e approccio pragmatico, ma tra approccio «burocratico-normalizzante» (ammantato di pragmatismo) e «sostanzializzatore-innovatore» (stigmatizzato come puramente teorico), in altre parole tra il normalizzatore che «vuole mettere la carte a posto» e l'innovatore che lavora sulle criticità in una prospettiva di cambiamento, di soluzione sostanziale, seppur non a brevissima scadenza, e non di mera facciata.

La sindrome della concretezza illusoria è molto diffusa, e può essere tragica e pericolosissima perché usa perversamente la variabile «tempo» contrapponendo un fantomatico «qui e ora» *versus* un «chissà quando».

In conclusione, però, non possiamo non considerare che la «concretezza illusoria» possiede vari elementi di forza e di attrazione che facilitano il suo affermarsi all'interno di un'azienda sanitaria:

— innanzitutto, le professionalità sanitarie sono improntate sull'azione, mentre i processi di analisi e pianificazione, pur essendo concettualmente e

metodologicamente vicini ai processi diagnostico-terapeutici, difficilmente vengono ritenuti portatori di valore importante per le decisioni organizzative;

— c'è da considerare, inoltre, che i *manager* aziendali lavorano su incarichi brevi ed hanno necessità di visibilità e spendibilità rapide, cosa, questa, che contrasta con i processi innovativi, che usualmente hanno bisogno di tempi medio-lunghi per potersi affermare, ed è in ragione di ciò che, nella strategia paralizzante della sindrome, l'innovazione viene presentata come una prospettiva portatrice di meri intenti teorici per lo più irrealizzabili.

In ragione di ciò, si tratta, in ultima analisi, di una sindrome che non può trovare soluzione se non in presenza di un *Management* veramente illuminato e profondamente motivato a lavorare sui significati e sui valori permanenti del sistema.

### 2.3. La sindrome «Maggiore-Minore» e la sindrome di «Mosè»

Prologo narrativo (facendo seguito ai prologhi narrativi precedenti):

*«... Nella nostra organizzazione ognuno pensa di contare sempre più di chiunque altro, siamo tutti come tanti direttori generali, e qualunque responsabilità assegnata è un nuovo posto di potere, un nuovo Generale di un esercito che sembra ormai in rotta e senza guida... Fino a quando conviene, ognuno reclama il potere su aree e decisioni, le più disparate; quando le cose si fanno difficili, allora d'un tratto le cause sembrano dipendere da ben altre responsabilità...»*

*Sembra paradossale, ma ho visto un direttore di dipartimento che, in un incontro con la Direzione aziendale e con esponenti dell'Assessorato, oggi asseriva di non avere nulla a che fare con una funzione che ieri invece riven-*

*dicava con fermezza in un incontro con altri dirigenti aziendali.*

*È come se ci fossero tanti governi organizzativi, produttori di messaggi spesso incoerenti e contraddittori, ma la sensazione altrettanto netta è quella che non ci sia un governo reale dell'organizzazione, è come se una corda venisse tirata da tutti i lati e le decisioni prese lasciassero sempre tante interpretazioni possibili e tante vie che sembrano ugualmente praticabili ed efficaci... Nella nostra organizzazione di fatto tutto diventa possibile, c'è spazio per qualsiasi interpretazione e per qualsiasi iniziativa, anche se alla fine è proprio l'iniziativa ad essere tanto deficitaria!»*

### Le caratteristiche delle sindromi

Le relazioni tra parti organizzative e tra persone che condividono luoghi di lavoro sono sempre e comunque problematiche.

Tale problematicità, che si amplifica quando le relazioni sono di natura gerarchica (seppur sia presente in qualsiasi relazione organizzativa), è «fisiologica» nei contesti organizzativi, e potrebbe anche avere un valore positivo, se vissuta con coscienza e con onestà intellettuale. Invece, la struttura delle relazioni nelle aziende sanitarie tende usualmente a produrre asimmetria, non solo nei confronti del paziente-utente, ma anche nei rapporti interni, secondo i modelli dualistici dominanti di tipo superiore/inferiore, medico/paramedico, sanitario/amministrativo etc.

Considerato che il binomio autonomia/responsabilità è un binomio-cardine del processo di aziendalizzazione, possiamo ben comprendere quanto sia importante e delicata la problematica delle relazioni di natura gerarchica.

Il problema, in ultima analisi, è rappresentato dalle esasperazioni delle

tendenze autoreferenziali, cosa che è presente più frequentemente laddove i contesti si caratterizzano per una profonda debolezza dei meccanismi operativi, di regole di vita organizzativa dichiarate e trasparenti, di definizione chiara delle responsabilità. Forse, anche in questo caso, svolgono un ruolo facilitante le garanzie da «sistema pubblico» e l'autoreferenzialità cui si faceva cenno al paragrafo 2.1, parlando di populismo organizzativo.

La sindrome «Maggiore-Minore» è una sindrome legata alla lettura-rappresentazione del ruolo di responsabilità in termini di mero «potere».

P. Patfoort (1999), un'antropologa belga, da anni attiva nella gestione non violenta dei conflitti di guerra in diversi contesti (in particolare nel Kosovo nel 1997), afferma che «La nostra mentalità usa lo schema Maggiore/Minore e ci porta alla guerra. E fa sì che noi non ne veniamo fuori... quando ci sono due punti di vista diversi, noi associamo ad essi due giudizi di valore: l'uno è buono e giusto, l'altro cattivo e sbagliato... Questo modo di pensare contribuisce a conservare i propri problemi irrisolti, perché crea l'illusione da entrambe le parti che uno sarà o potrà essere il vincitore, e cioè che uno dei due alla fine riuscirà a conquistare la posizione di Maggiore. E siccome ciascuna di entrambi le parti coltiva questa illusione, ogni volta di nuovo si persevera in questa dinamica non appena ci si sente schiacciati nella posizione di Minore cercando di raggiungere la posizione di Maggiore...».

P. Patfoort ci sottolinea come proprio le «premesse» (epistemologiche) e le «rappresentazioni» abbiano un ruolo fondamentale, e, se non si lavora su queste variabili socio-culturali (le «rappresentazioni» delle parti in conflitto), se non si riesce a trovare una via diversa dalla contrapposizione

simmetrica delle posizioni, non si può raggiungere alcun risultato.

Riportando, un po' forzatamente, il concetto sul versante dei contesti organizzativi, nelle aziende sanitarie vi è la frequente tendenza a leggere il proprio ruolo in termini di «potere» e, quando questo si incrocia con altre forme di potere, di ricerca di posizionamento sul versante «Maggiore».

Questa dinamica perversa genera contrapposizioni che influenzano profondamente le modalità del lavoro ed i suoi risultati e diventa irrisolvibile se non si lavora sulle premesse epistemologiche e sulle «rappresentazioni» dei vari attori organizzativi recuperando la centralità dei valori per il sistema.

A proposito di «rappresentazioni», è utile ricordare la definizione di M. Ingrosso (1994): «Esse non sono semplicemente delle opinioni o delle mode, ma piuttosto dei costrutti quasi-teorici che danno senso al mondo, e quindi "si tengono" grazie ai loro rimandi o rapporti di coerenza»; quindi si tratta di costrutti socio-culturali, da cui originano i comportamenti dei vari attori organizzativi.

Per contrastare la sindrome è utile orientare l'organizzazione verso nuove premesse epistemologiche e nuovi paradigmi, basati su un modello di tipo «Equivalenza/Complementarietà». Patfoort (1999) ci indica, infatti, che: «... nel modello dell'equivalenza non ci sono buoni e cattivi, ma si guarda, al di là di entrambe le parti, le ragioni ed il dolore di entrambi».

Applicare il paradigma dell'Equivalenza/Complementarietà nelle relazioni organizzative non significa annullare le differenze, anzi, significa darvi maggiore valore individuando i «trainanti» (gli attesi) delle varie parti in gioco e sottolineando il reciproco rafforzamento che può derivare da una visione e da una prassi condivise.

Per potere affermarsi questo nuovo paradigma dell'Equivalenza/Complementarietà sono, però, necessarie alcune condizioni, tra le quali:

— la centralità della Direzione strategica nel percorso di costruzione di significati-rappresentazioni-decisioni,

— l'uso di «mediatori dei confini organizzativi» (identificabili nella Tecnostruttura di *staff*) che operino sull'organizzazione e sui suoi meccanismi operativi con equidistanza e con riconosciuto «sapere organizzativo»,

— la trasparenza e la reciproca controllabilità (*top down* e *bottom up*) dei processi decisionali e delle scelte, a garanzia di tutte le parti in gioco.

La *sindrome di Mosè* ha una forte correlazione con la precedente, dato che le premesse di «ricerca del potere» sono molto simili, seppur si esercitano, nella sindrome Maggiore-Minore, prevalentemente sulle interfacce organizzative, e nella sindrome di Mosè sulle relazioni interne tra il *manager/leader* ed i suoi cosiddetti «sottoposti».

Il bisogno di Mosè è alla base di questa «sindrome da ruolo manageriale», che fa riferimento a Mosè che fissa la meta del suo popolo, guidandolo attraverso il Mar Rosso.

Anche in questa sindrome, come nella precedente, vi è una lettura-rappresentazione del ruolo come potere del dirigente-*manager*, rappresentato come unico fulcro decisionale del sistema organizzativo o di una sua parte.

Indubbiamente il tema è molto complesso, ed anche molto dibattuto. Come per la sindrome Maggiore-Minore, il problema non è rappresentato dall'esistenza del «potere», ma da come questo venga di fatto interpretato e dalle esasperazioni di una visione autocentrica, che è molto frequente.

### 3. Seconda parte. Le prospettive terapeutiche per risolvere o ridimensionare le sindromi

Questa parte sarà affrontata descrivendo quattro possibili percorsi terapeutici:

- 1) uno relativo al rafforzamento del «tessuto cromosomico» dell'organizzazione;
- 2) uno relativo all'affermarsi di quello che potremmo definire un'«epistemologia di *governance*» nell'organizzazione;
- 3) uno relativo allo sviluppo di nuovi paradigmi sulla complessità e sulla responsabilità per l'innovazione della cultura organizzativa;
- 4) uno relativo allo sviluppo di un'epistemologia dell'organizzazione orientata alla complessità ed all'approccio sistemico.

Ma prima della trattazione di questi indirizzi terapeutici, sono necessarie due premesse, una sull'«approccio terapeutico» ed una sull'«epistemologia» e sulle «premesse epistemologiche».

#### *Premessa sull'approccio terapeutico alle patologie mentali dell'organizzazione*

Ogni scelta terapeutica in medicina deve essere una scelta personalizzata, deve, cioè, riferirsi non soltanto al tipo di patologia, ma al singolo paziente che ne è portatore; con questo si vuol dire che in medicina, pur essendo le terapie standardizzate, ogni paziente è un caso a sé.

È facendo propria tale premessa anche per la cura dei sistemi organizzativi che si può affrontare il tema delle prospettive terapeutiche. Anche in questo caso non esistono, quindi, regole rigide, né ricette terapeutiche universalmente valide, e, su ogni contesto preso in considerazione, si rende ne-

cessaria di volta in volta un'analisi «situazionale».

Nell'articolo, quindi, si intende delineare soltanto alcune *premesse* ed alcune *piste di lavoro* che possono contribuire alla ricerca del superamento delle sindromi citate in precedenza, a cominciare dal superamento di alcuni luoghi comuni che le alimentano e le legittimano.

Nell'approcciare terapeuticamente le sindromi dobbiamo porre, inoltre, attenzione ad evitare di disperderci nella complessità e, pur avendo coscienza di essa, dobbiamo cercare di individuare le «leve» portanti della nostra prospettiva terapeutica. In alcuni casi, infatti, la coscienza della complessità può essere disarmante e può condurre a generalizzazioni paralizzanti:

*Spesso si sente dire che certe totalità sono «più che la somma delle loro parti». Ciò viene espresso con parole che incutono riverenza, come «olistico» e «Gestalt», il cui suono accademico può fare pensare che si riferiscano a concetti chiari e definiti.*

*Ma io sospetto che la vera funzione di queste parole sia di anestetizzare la nostra ignoranza: diciamo «Gestalt» quando le cose, combinandosi, producono effetti che non sappiamo spiegare, «olistico» quando siamo colti alla sprovvista da eventi inattesi e ci rendiamo conto di capire meno di quanto credessimo...*

*È vero che talvolta dare un nome alle cose può essere utile, inducendoci a concentrare l'attenzione su qualche mistero, tuttavia ciò diventa dannoso se porta la mente a credere che i nomi, da soli, possano avvicinarci al significato.*

M. Minsky (1989)

*Premessa sul perché è importante considerare l'epistemologia e lavorare sulle «premesse epistemologiche»*

Tendenzialmente non riflettiamo mai abbastanza sulle nostre premesse, sulla nostra epistemologia. In quanto

tecnici, siamo spinti all'azione e siamo portatori di «occhiali interpretativi» legati alla nostra formazione (e alla nostra «storia») che già ci fanno partire «da più avanti» di quanto si dovrebbe.

Noi osserviamo ed analizziamo e, già mentre lo facciamo, partiamo da un posizionamento predefinito, dalle nostre «premesse», dentro le quali c'è tutto quello che siamo e quello che pensiamo, ci sono, cioè, le parzialità e gli «interessi» di cui siamo portatori, che ci spingono verso un orientamento preconstituito. Gli «errori di premessa», lo scambiare «la mappa per il territorio», sono forse gli errori più frequenti nei sistemi organizzativi, e verosimilmente quelli meno contrastabili:

*Nella storia naturale dell'essere umano vivente, l'ontologia e l'epistemologia non possono essere separate. Le sue convinzioni (di solito inconse) sul mondo che lo circonda determineranno il suo modo di vederlo e di agirvi, e questo suo modo di sentire e di agire determinerà le sue convinzioni sulla natura del mondo.*

*L'uomo vivente è quindi imprigionato in una trama di premesse epistemologiche e ontologiche che, a prescindere dalla loro verità e falsità ultima, assumono per lui carattere di parziale autoconvalida...*

(Bateson, 1976)

*Ogni individuo umano, anzi ogni organismo, costruisce le sue conoscenze secondo abitudini personali, e ogni sistema culturale o scientifico favorisce certe abitudini epistemologiche.*

*... Warren McCulloch soleva dire che chi pretende di avere una conoscenza diretta, cioè di non avere un'epistemologia, ha in realtà una cattiva epistemologia...*

*La maggior parte delle epistemologie locali, personali e culturali, sbagliano di continuo, ahimè, perché confondono la mappa con il territorio. (Bateson, 1989)*

L'epistemologia è, quindi il «processo del conoscere» e «come di fatto si conosce»; e non può essere considerata un'astrazione, un vano filosofeg-

giare. Le premesse epistemologiche sono di fatto «processi costruttivi della realtà», dato che è sulla base di tali premesse che ci si posiziona su precise prospettive di osservazione e si assumono decisioni e comportamenti.

Grande parte degli errori del mondo, ci ammonisce Bateson, sono errori di posizionamento epistemologico, sono errori di premessa:

*Gli alcolizzati, con riferimento alla loro condotta da sobri, sono stati classificati come «immaturi», «fissati verso la madre», «orali», «omosessuali», «passivi-aggressivi»...  
Se lo stato di sobrietà dell'alcolizzato lo spinge in qualche modo a bere, o gli suggerisce il primo passo verso l'intossicazione, non ci si può aspettare che un metodo che rinforzi il suo particolare modo di essere sobrio possa ridurre o controllare il suo alcoolismo.  
Se il suo modo di essere sobrio lo spinge a bere, questo modo deve contenere un errore o una patologia, e l'intossicazione deve fornire di questo errore una qualche correzione, almeno soggettivamente. In altri termini, rispetto alla sua sobrietà, che è in qualche modo «errata», la sua intossicazione dev'essere in qualche modo «corretta»...  
Quando l'epistemologia che sta a monte è piena di errori, è inevitabile che le deduzioni che se ne traggono siano contraddittorie, o di validità estremamente ristretta.  
Non è possibile dedurre un insieme coerente di teoremi da un insieme contraddittorio di assiomi. In questi casi, il tentativo di essere coerenti porta o a una proliferazione della complessità, ... o alla visione estremamente ristretta...*

G. Bateson (1976)

In conclusione, l'epistemologia è un elemento importante nella genesi e nella terapia delle patologie mentali dell'organizzazione, ed il lavoro di riflessione sulle «premesse», sui quadri logico-concettuali è fondamentale perché le premesse sono parte del risultato e gli «errori di posizionamen-

to» sono forse gli errori più diffusi e più difficili da affrontare.

L'epistemologia, così considerata, appartiene a tutti gli individui ed a tutte le menti, quindi anche alle organizzazioni, che, come è stato sottolineato nei primi paragrafi dell'articolo, possono essere considerati «sistemi mentali», che elaborano pensieri ed interpretazioni, hanno, quindi, una propria «epistemologia di sistema» sulla cui base prendono corpo le scelte gestionali e produttive e si decidono gli scenari operativi.

### *3.1. La prospettiva terapeutica di azione sulle variabili del sistema organizzativo: rafforzare il corredo cromosomico dell'organizzazione*

*Finalità terapeutica: questo percorso terapeutico è orientato a migliorare le condizioni del contesto organizzativo, in particolare agendo sul miglioramento di tutte le leve organizzative, sulla cui debolezza si basa la forza di attecchimento delle patologie mentali dell'organizzazione.*

Per «corredo cromosomico» di un'organizzazione possiamo intendere quell'insieme di requisiti basilari, organizzativi ed operativi, utili al funzionamento dell'organizzazione, un set che potremmo definire di «presupposti essenziali di minima razionalità», senza il quale dalle patologie mentali dell'organizzazione non si viene fuori. Il richiamo ai «cromosomi» è legato proprio al loro possesso di informazione genetica, da cui scaturiscono le potenzialità evolutive totipotenti necessarie allo sviluppo del sistema e delle capacità autocorrettive che lo contraddistinguono.

Considerata la necessaria sinteticità di un articolo, si è preferito cercare di schematizzare i punti fondamentali del percorso terapeutico finalizzato al rinforzo del «corredo cromosomico»:

— il «corredo cromosomico» di un'organizzazione è identificabile nelle variabili fondamentali accennate nei primi paragrafi dell'articolo, in particolare nella macrostruttura (che implica la definizione delle responsabilità e delle gerarchie) e nei «meccanismi operativi» (cioè, le regole ed i sistemi di funzionamento dell'organizzazione: sistema informativo, sistema di pianificazione e controllo, sistemi premianti etc.).

Si tratta, come è ben risaputo, di variabili organizzative e di meccanismi che contribuiscono alla definizione delle responsabilità, delle autonomie e delle regole di funzionamento essenziali del sistema, che contribuiscono all'esistenza di processi di comunicazione e di trasmissione di valori e di significati fondamentali per la vita organizzativa. Quando questi elementi sono scarsamente definiti o malfunzionanti, le sindromi «mentali», il cui humus di origine e di crescita è l'indefinito ed il confuso, attecchiscono e si sviluppano con maggiore facilità;

— in un sistema organizzativo vi sono strumenti (gestionali) di formalizzazione della vita organizzativa (il Documento di organizzazione, l'Atto aziendale, il Piano strategico, il Piano delle azioni, le Deleghe di responsabilità etc.), la cui esistenza ed il cui valore in termini di affidabilità e credibilità (non solo, quindi, come strumenti di «formalizzazione», ma anche di «sostanzializzazione» dei sensi, delle logiche e dei valori) sono fondamentali per prevenire le sindromi precedentemente descritte o per attenuarne gli effetti devastanti.

È utile riflettere sul fatto che questi sono strumenti che in un'organizzazione possono essere semplicemente «di facciata» oppure, se adeguatamente costruiti e gestiti, possono contribuire in modo fondamentale a «sostanzializzare» (e a darne evidenza) la cultura, i valori, le regole, le strategie



e le logiche di senso del sistema e delle sue parti, le azioni ed i risultati (vedi tabella 2).

Per essere adeguatamente «sostanzializzati», è importante non solo che questi strumenti esistano, ma è importante anche *come* essi vengono costruiti e gestiti (5). È, infatti, fondamentale che essi si concretizzino attraverso un processo di coinvolgimento quanto più possibile capillare nell'organizzazione, che non restino, cioè, strumenti di un gruppo redazionale ristretto ma vengano costruiti mettendo insieme il mosaico di contributi necessari in un processo di coinvolgimento attivo orientato alla co-costruzione ed all'internalizzazione degli strumenti nel tessuto organizzativo.

È importante, in altre parole, che ci si muova in una logica di reticolo organizzativo semantico (*semantic network*: vedi ai paragrafi successivi), di co-costruzione, cioè, di mappe di significato e di valore a sostegno delle tendenze e delle azioni intraprese dall'organizzazione, condivise tra i diversi attori organizzativi.

### 3.2. La prospettiva terapeutica orientata allo sviluppo di logiche di governance nell'organizzazione

*Finalità terapeutica: questo percorso terapeutico è orientato a:*

— *contrastare le logiche di disgregazione e di autoreferenzialità delle varie componenti del sistema organizzativo;*

— *rafforzare il sistema attraverso strutture «reticolari mentali», che non hanno, cioè, soltanto una valenza di «connettivo organizzativo», ma anche di «reticolo pensante», mentale, generatore di senso e di cultura;*

— *rafforzare e qualificare, in una logica sistemica unitaria, gli orientamenti innovativi, il sistema di coerenze dell'organizzazione, il senso di appartenenza (la «noità»).*

**Tabella 2 - Culturare «senso» nelle organizzazioni**

#### La cultura organizzativa e la generazione di senso

*I concetti di significato condiviso, di concettualizzazione condivisa e di senso comune rappresentano altrettanti modi diversi di definire una cultura...*

*Quando si parla di cultura, si parla di un processo di costruzione della realtà che permette alla gente di vedere e concepire fatti, azioni, oggetti, espressioni o situazioni specifiche in modi particolari.*

*Questi modelli di concettualizzazione rappresentano anche la base che dà senso e significato al proprio comportamento*

G. Morgan (1989)

Con la frase citata, Morgan individua due elementi che danno corpo al dibattuto significato di cultura organizzativa: «... un processo di costruzione della realtà, ... vedere e concepire fatti, azioni, oggetti».

Il messaggio implicito di Morgan è che sono gli accadimenti, le azioni, in altre parole i «fatti», non tanto quello che si scrive e si dichiara attraverso gli strumenti formali (i «Piani», il *budget*, etc.), a dare corpo visibile alla cultura che caratterizza un'organizzazione.

Sono proprio questi «fatti», attraverso *modelli di concettualizzazione condivisa*, a generare conoscenza, senso e significato, a costruire, quindi, le «rappresentazioni» (che ogni attore organizzativo struttura in relazione dinamica con gli altri) dalle quali derivano i comportamenti organizzativi.

Su una scia simile, S. Manghi (1998) afferma che «... le nostre idee non abitano un luogo separato dal nostro agire quotidiano», sottolineando ancora una volta l'intreccio irriducibile tra i «fatti» significativi, le «rappresentazioni» ed i comportamenti individuali e sociali. In pratica, il concetto a cui si fa riferimento è quello di una «mente che si ha non soltanto nella testa, ma anche nelle mani», cioè, non soltanto in quello che pensiamo e diciamo, ma in quello che facciamo.

#### I significati ed i sensi taciti ed espliciti nelle organizzazioni

Nei sistemi organizzativi coesistono *significati* e *sensi* che potremmo definire «sostanziali» (che spesso sono *taciti*) e *significati* e *sensi* che potremmo definire «formali» (che sono quelli dichiarati, cioè «*espliciti*»).

La «mappa formale di sensi e significati», che coincide con il livello del *dichiarato*, può evincersi da alcuni strumenti di comunicazione ufficiale dell'organizzazione (la *vision*, l'atto aziendale, i piani aziendali, etc.).

La «mappa sostanziale di sensi e significati», che coincide con il livello del *sostanzializzato*, non è visibile attraverso la documentazione ufficiale ma è ricostruibile attraverso il vissuto degli attori organizzativi, attraverso gli accadimenti, cioè i «fatti significativi» che danno vita al «processo di costruzione della realtà» citato da Morgan.

M. Polanyi (1990) afferma che «noi conosciamo più di quanto possiamo dire», facendo riferimento ad una conoscenza implicita, radicata nelle azioni, e che riguarda non soltanto la dimensione cognitiva, ma anche le opinioni che ciascuno porta con sé.

Sono proprio i significati sostanziali, per lo più taciti, a darci una rappresentazione più reale del funzionamento dell'organizzazione, del gioco di interessi, dei valori realmente fondanti, delle prospettive. Ed è principalmente grazie a tali significati, percepiti come i più veri, che ogni attore o gruppo struttura la rappresentazione del proprio «*self*» nel contesto, rafforza/modifica i propri modelli interpretativi, si adatta/reaisce al contesto ed alle sue regole più o meno esplicite.

È in ragione di quanto detto che, per conoscere un'organizzazione, oltre ai dati ed agli strumenti formali, è necessario acquisire anche tutti quegli elementi di conoscenza che potremmo definire «connotati o traccianti informali del contesto organizzativo», aspetti informali, cioè, ma non per questo non documentabili, che risultano fondamentali per comprendere le problematiche di vita sociale di una data organizzazione:

*L'organizzazione... L'intreccio non è un particolare di più in una storia, così come la tonalità non è soltanto una nota in più in una composizione musicale.*

*Eppure, senza un intreccio, senza una tonalità, particolari note di una storia e le note di una composizione non avrebbero coerenze...*

*In assenza di questa struttura non rimarrebbe altro che una configurazione inintelligibile di linee.*

R. Hanson \*

\* Citato da Richard Gregory (1985).

Questa prospettiva terapeutica sarà sviluppata anche nei due sottoparagrafi successivi.

La struttura e le caratteristiche del sistema delle gerarchie, del governo organizzativo e dei processi decisionali (non solo *chi* ma anche *come* si prendono le decisioni) sono uno degli specchi dei modelli socio-culturali in base ai quali il sistema organizzativo concepisce e struttura la propria vita organizzativa. Esse rappresentano leve ricche di significato che incidono, come abbiamo già detto, sulle relazioni organizzative, sulla motivazione-demotivazione, sul senso di appartenenza e di utilità, sui principi e sulle regole, ed anche sui risultati della produzione.

Dietro la scelta della struttura delle gerarchie e dietro il grado di verticalità dei processi decisionali in un'organizzazione vi è una vasta gamma di epistemologie possibili, ai cui estremi contrapposti possiamo mettere il concetto di *government* e di *governance* (ricordiamoci che l'epistemologia è un processo costruttivo della realtà ed in quanto tale è proprio a partire da essa che si struttura la cultura organizzativa e si assumono scelte ed azioni).

*Governance*, come sottolinea Rhodes (1996), fa riferimento all'autoorganizzazione, ai reticoli interorganizzativi ed è caratterizzata da:

— molteplicità degli attori di *governance* all'interno di una struttura di tipo multicentrico e reticolare (quindi con affermazione di logiche di *empowerment* e di *partnership*, e non di *power* centralizzato);

— mutua interdipendenza e interazione continua tra i diversi attori (o parti organizzative) componenti il *network* e sviluppo di logiche di reciprocità;

— obiettivi condivisi in una logica di autonomia («Autonomia non impli-

ca soltanto libertà, ma anche autore-sponsabilità»), ci ricorda ancora Rhodes).

Da questi pochi ma basilari elementi è possibile trarre i seguenti elementi di riflessione.

La scelta *Government* o *Governance* è uno snodo cruciale dei sistemi organizzativi, che non può essere semplificato riducendo tutto alla differenza tra *manager* e *leader* (6) e non può essere affrontato soltanto in termini di «cultura-volontà» dei singoli dirigenti.

Il transitare dalla logica classica a cui siamo abituati (il ruolo visto come «potere» accentrato), ed a cui spesso il nostro *con-textus* organizzativo ci spinge, verso una logica più aperta e partecipativa di tipo *Governance* implica l'affermarsi:

— da un lato, di una prospettiva di ristrutturazione concettuale ed epistemologica (le premesse, le logiche ed i significati di potere-responsabilità-autonomia nelle organizzazioni e negli individui che le compongono) non solo dei singoli ma del sistema organizzativo nella sua interezza;

— dall'altro, l'affermarsi di una conseguente e coerente assunzione di scelte organizzative, considerato che le idee si concretizzano attraverso «fatti significanti», come ci ricorda Morgan (1989) citato nella tabella 1, non soltanto attraverso affermazioni di principio.

In altre parole, la sfida si gioca sia sul versante epistemologico e culturale, sia sul versante degli assetti organizzativi che un sistema dovrebbe individuare in coerenza con le premesse:

A. *Versante epistemologico e culturale*: riferito, ad un'epistemologia che riguarda le rappresentazioni e le premesse dei singoli e le rappresentazioni e le premesse concettuali che colletti-

vamente si costruiscono nel sistema organizzativo.

È proprio l'immaginario collettivo, la cultura organizzativa specifica del contesto che dà corpo alle rappresentazioni, dà spazio o meno al prevalere di archetipi obsoleti, sostiene l'affermarsi di un modello Maggiore/Minore ed il gioco di illusioni che esso comporta («in questo momento sono Minore, ma cerco di diventare a mia volta Maggiore», per dirla con Patfoort), oppure facilita il sorgere di nuove prospettive e di nuovi scenari orientati verso le logiche di *network*, di reciprocità e di co-costruzione.

Occorre, in altre parole, essere innanzitutto nelle condizioni di poter concepire il nuovo, ed infatti Ingrosso (1994), riprendendo le categorie logiche dell'apprendimento di Bateson (1976), ci ricorda che «... il mutamento di contesto è, prima di tutto, un mutamento di presupposti cognitivi che permettono di vedere nuovi insiemi di alternative e di concorrere a costruirle». Quindi, sono la conoscenza e la possibilità di concepire alternative il primo passo verso l'innovazione.

B. *Versante organizzativo*: le idee non si concretizzano senza un *humus contestuale*, senza il sostegno di adeguati assetti organizzativi ed operativi (*fatti e azioni*), che favoriscano l'attecchirsi dell'innovazione e offrano la possibilità di guardare concretamente verso nuovi orizzonti possibili e di costruirli. Questo significa che è fondamentale che le scelte organizzative di un sistema rispecchino le premesse concettuali: l'affermarsi delle logiche di *network* (i «reticoli pensanti» dell'organizzazione) implica una rivisitazione degli assetti organizzativi ed operativi, come verrà meglio esplicitato nei paragrafi seguenti.

## 1. Epistemologia di *governance* nel sistema: un nuovo paradigma della responsabilità:

facendo riferimento ad alcune caratteristiche delle patologie mentali precedentemente descritte, la problematica della responsabilità e del potere in un'organizzazione è una problematica centrale, sia per la potenziale generazione di «premesse patologiche» del sistema e dei suoi attori al riguardo del tema (da cui possono originarsi comportamenti anomali e derive autoreferenziali), sia per il suo potenziale contributo positivo nelle prospettive terapeutiche delle sindromi.

A tale proposito, rispetto alla tipologia del processo decisionale (*chi e come* si espleta il potere decisionale in un'organizzazione), che è uno degli elementi che meglio connotano la cultura ed il funzionamento dell'organizzazione e che possono certamente incidere profondamente nelle caratteristiche culturali e comportamentali del contesto, assumere una prospettiva sistemica e reticolare, qual è quella tipica di *governance*, cui precedentemente si è fatto cenno, non vuol dire «annacquare le responsabilità», dato che queste sono fondamentali per la vita di un'organizzazione, significa, invece, rafforzarle attraverso una nuova «epistemologia del potere» visto non come governo accentrato (*government*), ma come *governance* distribuita nel sistema.

La figura 1 può forse aiutarci a rappresentare meglio i punti estremi delle due diverse epistemologie (*government versus governance*) che sostengono le espressioni del potere decisionale vero cui un'organizzazione può orientarsi: una centralizzata e chiusa, verticistica (il «punto» decisionale), ed una più aperta, a stella (il «nodo decisionale»).

La struttura a stella è una struttura che si presta bene a rappresentare le

relazioni sistemiche di tipo reticolare: nella figura 1 il *Nodo decisionale* è visto, infatti, come un sistema di relazioni non-verticali del *leader* formale dell'organizzazione con le componenti che sostengono e fortificano il suo processo decisionale, che possono essere ben definiti *followership* (Ratti, 1996) mettendo con ciò in risalto la logica delle collaborazioni, del supporto al *decision-making* dei *leader* dell'organizzazione espletato dalla «tecnostuttura» (vedi al paragrafo successivo).

Questi «nodi» decisionali (rispecchiano l'epistemologia che potremmo definire di tipo *governance*) sono ben diversi dalla concezione contrapposta, che potremmo denominare «a punti decisionali» (rispecchiano l'epistemologia che potremmo definire di tipo *government*) con decisori e «sottoposti», dato che i «nodi decisionali» sono posti all'interno di un disegno reticolare che esalta relazioni e connessioni e grazie a ciò il processo decisionale viene concepito come un processo aperto, partecipato, non verticistico ma co-costruito, senza che ciò annacqui le responsabilità formali designate nell'organizzazione.

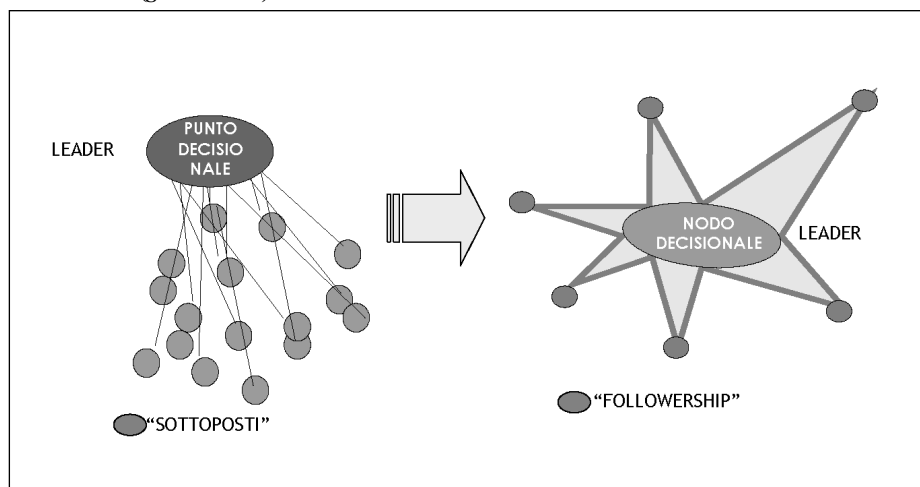
## 2. Epistemologia di *governance* nel sistema: il reticolo di *followership* per lo sviluppo organizzativo:

le logiche di *followership* non sono da vedere come logiche di mera affermazione ideologica di principi «più democratici» nelle organizzazioni, ma come logiche necessarie a rafforzare il *con-textus* organizzativo e fortemente qualificanti per il *decision-making*, in particolare in ambiti ultracomplexi, quali sono le aziende sanitarie.

Come ci ricordano F. Di Stanislao e G. Noto (1999), H. Mintzberg (1985), uno dei più conosciuti teorici dell'organizzazione, nei primi anni '80 sottolineava l'importanza della Tecnostuttura, che (siamo negli anni '80) veniva proposta come un insieme di «... analisti incaricati di adattare e modificare l'organizzazione per far fronte ai cambiamenti ambientali e coloro che controllano, regolarizzano e stabilizzano l'attività dell'organizzazione», con una funzione, quindi, più rivolta verso il sostegno dell'alta direzione ed espletata come un'*intelligentia* posta fuori dal contesto di produzione.

I principali Uffici di *staff* (Qualità, Controllo di gestione, Sistema informativo, Formazione), che compongono

Figura 1 - Da «punto decisionale» gerarchizzato (*government*) a «nodo decisionale» reticolare (*governance*)



no la tecnostruttura, sono effettivamente il luogo nel quale si concentra il «sapere organizzativo» in cui si generano, concordemente con la direzione strategica, i «processi operativi» e gli strumenti (Piani aziendali, etc.) che, nella prima parte dell'articolo, abbiamo messo in stretta relazione con l'insorgenza o con la terapia delle patologie mentali dell'organizzazione.

La visione sistemica dell'organizzazione aziendale (sistema complesso in pieno e costante dinamismo, composto da parti in movimento e da relazioni tra le diverse parti («danza delle parti interagenti» di Bateson, 1976), però, presuppone il superamento della «lettura settorializzata e geografica» del sistema (livelli, dicotomia tra funzioni di *staff* e di *line* etc.), che, come è stato chiarito nella prima parte dell'articolo, è un'erronea premessa epistemologica che contribuisce al generarsi delle patologie mentali del sistema.

A tale proposito, Di Stanislao e Noto (1999), nella loro articolazione del concetto di *Sviluppo Organizzativo Quality-oriented*, fanno riferimento ad una «Tecnostruttura policentrica diffusa» (posta in *Staff*, ma con ampie propaggini in *Line*), «unitaria» (perché rispondente a finalità e a strategie unitarie) e strettamente ancorata, attraverso una rete di *Promoter*, all'organizzazione aziendale, al potere gerarchico (i principali centri decisionali) e ai fabbisogni emergenti ai diversi livelli, preposta ad espletare una funzione di «affiancamento esperto» dei *manager* posti ai diversi livelli dell'organizzazione (*high, middle e down management*) (vedi figura 2).

La Tecnostruttura, che, come abbiamo detto precedentemente, si occupa di meccanismi operativi (sistema informativo, controllo di gestione, valutazione, qualità, formazione) e della produzione-gestione di strumenti fondamentali per la produzione-circola-

zione di significati e di senso (*budget, valutazione, piani aziendali etc.*) è, quindi, una leva importante come presidio terapeutico delle sindromi. Essa assume ancora maggiore valore se viene ipotizzata e strutturata come una Tecnostruttura diffusa e reticolare, posta in stretta relazione con il potere gerarchico presente ai diversi livelli dell'organizzazione.

Essa, infatti, in una logica unitaria e reticolare sostiene non soltanto il *Top Management* ma tutta la struttura manageriale dell'organizzazione, ed offre garanzie di maggiore coerenza del sistema, di maggiore coinvolgimento (*empowerment*) delle varie componenti dell'organizzazione nel *decision making*, di miglioramento delle variabili «non strutturate» del sistema, i cui disturbi contribuiscono, come abbiamo visto, al determinarsi delle sindromi trattate precedentemente.

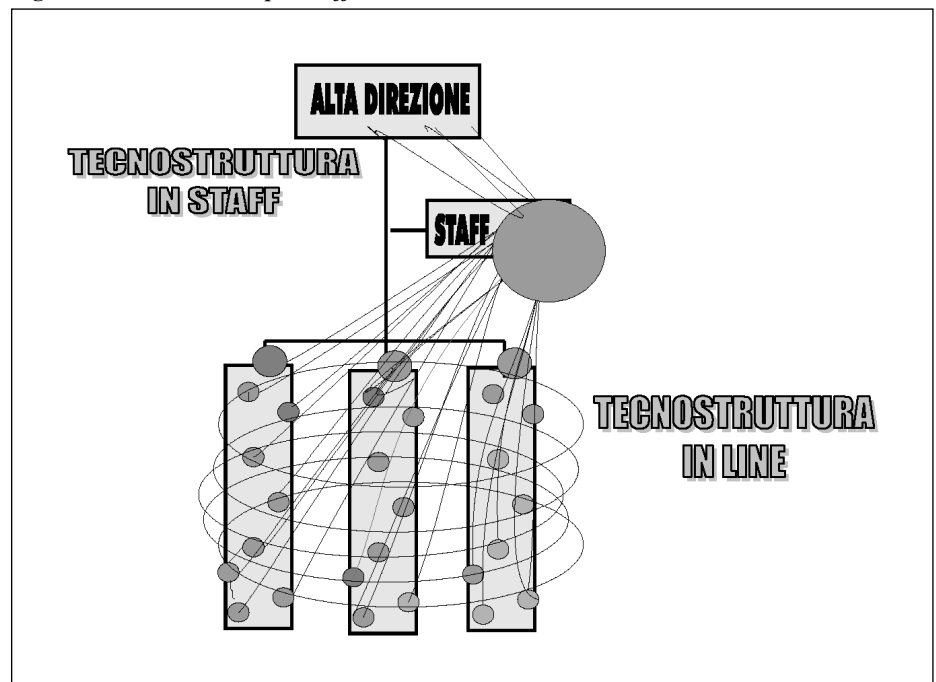
In altre parole, un'adeguata valorizzazione di tale *Followership* non comporta alcun indebolimento della re-

sponsabilità dei decisori, anzi ne determina un rafforzamento. In questo senso possiamo parlare di processi di *empowerment organizzativo*, che tendono a valorizzare il sapere tecnico multidimensionale (Piccardo, 1995), i reticoli formali e informali (Perrone, 1996), la trasversalità e l'approccio *bottom up*.

La tecnostruttura, quindi, articolata secondo una concezione che non la veda solamente concentrata nello *staff*, ma come una struttura reticolare, policentrica e diffusa, può rappresentare la struttura portante di quel *circuito di generazione, circolazione e sviluppo della conoscenza* e di *co-costruzione di senso* in un'ottica di unitarietà del sistema-organizzazione e di *semantic network* (vedi figura 3).

Nella figura 3, un qualunque *input* (l'esplosione rappresentata in alto nella figura) che si origini in qualsiasi punto del sistema reticolare composto dal *Management*, dalla Tecnostruttura centrale (*Followership in Staff*) e dalla

Figura 2 - La *Followership* in *staff* e in *line*



Tecnostuttura periferica (*Followership in line*), si diffonde in tutto il sistema, grazie alla sua struttura circolare e non verticistica.

Il «principio ologrammatico» di E. Morin può aiutarci a comprendere meglio il concetto di *semantic network* della tecnostuttura reticolare:

«L'ologramma è un'immagine fisica le cui qualità — prospettive, di colore, ecc. — dipendono dal fatto che ogni suo punto contiene tutta l'informazione dell'insieme che l'immagine rappresenta. E nei nostri organismi biologici noi possediamo un'organizzazione di questo genere: ognuna delle nostre cellule, anche la cellula più modesta come può essere una cellula dell'epidermide, contiene l'informazione genetica di tutto il nostro essere nel suo insieme. Naturalmente solo una piccola parte di questa informazione è espressa in quella cellula, mentre il resto è inibito». E. Morin (1994).

La Tecnostuttura reticolare, connessa al centro decisionale (la direzione strategica dell'organizzazione) attraverso lo *staff*, è la base dell'origine di quegli *anelli retroattivi di autoamplificazione*, di cui parla Capra (1998) utili alla «condivisione di un sistema di convinzioni, spiegazioni e valori — cioè di un contesto semantico — che è continuamente rafforzato» ed utili a sviluppare la mente, la cultura e l'intelligenza degli individui e del sistema.

Quindi il sapere esperto della Tecnostuttura, che sostiene i processi decisionali ed i meccanismi operativi dell'organizzazione, è visto come una sorta di *sapere dell'insieme*, un grande generatore di pensieri, di orientamenti e di cultura organizzativa, utilizzato come supporto ai processi decisionali che avvengono ai diversi livelli dell'organizzazione e tradotto in piani d'azione che rispondono ad una filosofia ed una strategia unitarie.

In questo senso, la struttura decisionale, pur conservando il suo impianto formale, non è «puntiforme» e accentrata, ma è concepita e strutturata in modo reticolare e, in quanto tale, è una struttura partecipante e partecipata. Tale struttura, quindi, è il presupposto dell'affermarsi di nuove premesse sistemiche, tipiche dell'approccio *governance*.

In questa visione, non appare una sufficiente risposta il modello di tipo *middle-up-down management*, proposto da Nonaka (1995), che ipotizza una struttura decisionale basata sul collegamento tra i diversi *manager* organizzativi.

Bisogna, verosimilmente, spingersi un po' oltre e rivisitare il concetto stesso di *management*, nella prospettiva di abbandonare la logica quantitativa del numero e della forza dei «punti decisionali». È fondamentale transitare progressivamente verso una concezione diversa, caratterizzata da «nodi decisionali» (come raffi-

gurato nella figura 1) che valorizzino le varie forme di *followership* (tecnostuttura centrale e periferica) indispensabili per rafforzare e qualificare i processi decisionali aprendoli al sistema.

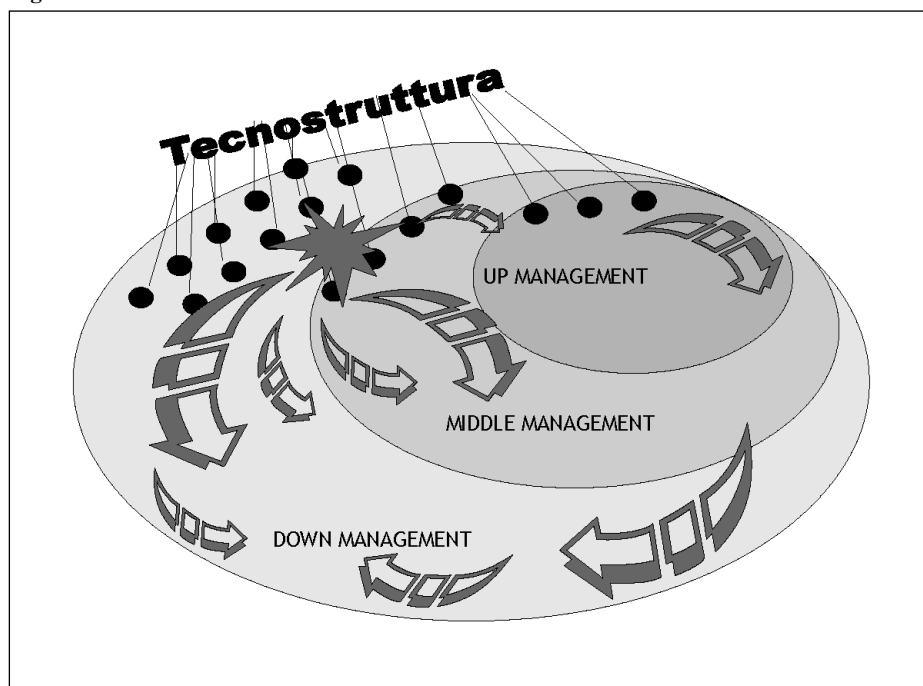
#### 4. La prospettiva terapeutica per lo sviluppo di un'epistemologia dell'organizzazione orientata alla complessità ed all'approccio ecossistemico

*Finalità terapeutica: questo percorso terapeutico è orientato a:*

— *contrastare gli errori di posizionamento epistemologico ed i più diffusi luoghi comuni che sono alla base delle patologie mentali precedentemente descritte, promuovendo l'emergere di un'epistemologia della complessità e di una cultura organizzativa orientata all'innovazione,*

— *contrastare le logiche di disgregazione e di autoreferenzialità, rafforzando l'unitarietà del sistema.*

Figura 3 - La struttura di *semantic network*



Per facilitare la lettura, questo paragrafo è suddiviso in brevi presentazioni dei principali «problemi epistemologici» e luoghi comuni che stanno alla base dell'insorgenza delle patologie mentali trattate e che, talvolta, stanno alla base degli errori di posizionamento epistemologico che fanno anche le *leadership* innovatrici.

#### 4.1. «L'arte del viandante» nella ricerca delle cause dei problemi organizzativi

Come si è visto, l'indeterminatezza delle cause dei problemi organizzativi, ma anche degli effetti delle patologie organizzative sistemiche, è una caratteristica di tutte le sindromi, specialmente della sindrome del populismo organizzativo. È fondamentale contrastare questo senso di indeterminatezza e le tendenze alla «ontologizzazione» di categorie astratte (la politica, l'economia, la società, ...), dato che i mali dell'organizzazione hanno sempre un nome, un indirizzo ed un recapito, o, meglio, più nomi, più indirizzi e più (identificabili) recapiti.

Ma, nell'approcciare analiticamente un sistema organizzativo, per la ricerca eziologica delle sindromi mentali è di fondamentale importanza evitare la semplificazione dei problemi e delle cause. È fondamentale costruire mappe (interpretative) delle forze «trainanti» esistenti nell'organizzazione (culture, interessi, ...), in una dimensione «polifonica», che sappia, cioè, valorizzare diversi approcci (analisi organizzativa, analisi socio-economica, analisi etno-antropologica, ...) e si prefigga di «con-prendere» le variabili strutturate e quelle non strutturate del contesto organizzativo, muovendosi in una prospettiva anche «autoriflessiva» (evitare il posizionamento precostituito e saper tenere sotto controllo i propri «occhiali interpretativi»).

In sintesi, come ci ricorda M. Cerutti (1989), bisogna saper «apprendere l'arte dello spostamento dello sguardo, della circolazione fra punti di vista, dell'espansione dello spazio in cui sono collocate le opposizioni di partenza. È l'arte del viandante che col suo stesso passo genera i cammini sui quali posa i piedi».

#### 4.2. Contro il falso dualismo teoria-prassi

Un ulteriore elemento da tenere in considerazione per innovare l'*humus* culturale del contesto organizzativo si basa sulla necessità di contrastare il diffuso, ambiguo e falso dualismo «teoria-prassi». Bisogna, cioè, fare emergere con chiarezza la contrapposizione «burocrazia-innovazione» (come discusso parlando di sindrome della concretezza illusoria).

È utile, in altre parole, affrontare con chiarezza la variabile «tempo» e dare corpo ad una strategia innovativa che delinei scenari e tempi chiari e ponga il *Management* di fronte a scelte precise.

Allo stesso tempo, però, gli innovatori non possono non assumere il fabbisogno di visibilità e di «spendibilità rapida» dei risultati che è tipico del *Management* aziendale e, più in generale, dei responsabili gerarchici distribuiti ai diversi livelli del sistema organizzativo.

La riflessione su questo tema dovrebbe ampliarsi, superare i contesti locali ed impegnare maggiormente tutto il sistema sanitario, a partire da alcuni interrogativi basilari:

— come dare evidenza ai «processi di buon governo organizzativo» attivati dal *management* (anche se i risultati non possono essere valutati a breve scadenza)?

— come misurare, in modo diretto, i risultati delle azioni sui processi so-

ciali dentro le organizzazioni aziendali?

— come promuovere una prospettiva di analisi e di verifica che eviti di guardare soltanto al *cosa* esiste (dichiarato), e valorizzi anche il *come* esiste (sostanzializzato)?

#### 4.3. Contro il falso dualismo hard-soft

Un errore epistemologico, come lo chiamerebbe G. Bateson, da contrastare nelle organizzazioni è l'approccio semplificante, che si caratterizza per la ricerca di *un'unica* soluzione per *tutti* i problemi organizzativi.

La logica della complessità suggerisce, invece, che bisogna abbandonare l'approccio semplificante, parziale e meccanicistico (di tipo «causa-effetto»): le concause sono sempre molteplici nei sistemi organizzativi. Occorre, quindi, disegnare, dapprima, una «mappa dei determinanti» e successivamente agire attraverso varie leve organizzative, con molteplici forze e con diversi attori, che concorrano a determinare un disegno ed una prospettiva di innovazione comune.

Quanto detto implica che è indispensabile superare la tendenza a differenziare nei sistemi organizzativi:

— *variabili* (ritenute) *hard* (quelle che si ritiene continuo veramente): sono le variabili ritenute «oggettive» (??) e documentabili, identificabili nella macrostruttura e nei «meccanismi operativi», come il *budget*, il sistema informativo etc., in tutto quanto è, cioè, visibile e misurabile. Sono, queste, le variabili sulle quali si tende a lavorare di più per innovare i sistemi organizzativi (e ciò a buona ragione si potrebbe dire, ma, come abbiamo visto precedentemente, non basta guardare soltanto all'esistenza ed alle loro caratteristiche formali);

— *variabili* (ritenute) *soft* (che si ritiene continuo di meno e siano meno documentabili), quelle, usualmente

relegate al puro dibattito teorico, e cioè tutti quegli elementi non-strutturati e informali (ma non per questo invisibili!), della vita organizzativa (culture, aspetti simbolici, dinamiche, modelli, significati, miti, rituali, rappresentazioni etc.), di cui si può anche riconoscere l'importanza, ma che quasi sempre rimangono lontani da tentativi analitici e da interventi innovativi.

In verità, chi lavora quotidianamente nelle Aziende sanitarie, specialmente se impegnato in processi innovativi, sa benissimo quanti progetti siano falliti a causa di variabili ritenute *soft* ed anche quante opportunità innovative siano scaturite in modo imprevisto grazie ad elementi apparentemente marginali.

Non è, infatti, un caso che E. Morin (1984) parli dell'importanza della *serendipità*, cioè dell'arte di «trasformare dettagli apparentemente insignificanti in indizi che consentono di ricostruire tutta una storia», e di aprire, quindi, nuove visuali e nuove prospettive.

Indagare le variabili «soft» è importantissimo se si vuole effettuare un processo diagnostico il più possibile completo ed esauriente.

Quindi, piuttosto che affidarci alle analisi asettiche, rigide, basate soltanto sugli elementi strutturati e sui dati, al fine di conoscere un contesto organizzativo, appare utile dare valore all'individuazione dei «connotati o traccianti informali del contesto organizzativo», cui si è già fatto cenno nei paragrafi iniziali, attraverso le *narrazioni* e attraverso l'«approccio abduuttivo».

Le «storie organizzative», infatti, permettono di cogliere molti aspetti altrimenti difficilmente rintracciabili e documentabili, permettono, cioè, di dare corpo a quella *grammatica emozionale* cui fa riferimento Bateson quando parla di «onoscere per sensibilità».

#### 4.4. Guardare al sistema non solo alle sue componenti

*Se domando: — è triste? — Lei mi comprende perfettamente e comprende anche la simpatia che la domanda comunica, questa simpatia stabilisce un legame — tutto ciò andrebbe distrutto se sostituissimo alle idee imprecise, alle espressioni del viso, ai gesti, alle parole emotivamente connotate, nozioni precise e asettiche... Inoltre, parole, gesti, espressioni non sono mai separati... La domanda — sei triste — fa parte di un fenomeno complesso che cade a pezzi quando si isolano i suoi ingredienti semantici...*

P. Feyerabend (1991)

Con la citazione di Feyerabend non si intende negare l'importanza della «conoscenza di dettaglio» (e delle tecnologie che ci permettono di raggiungerla), che è e resta uno strumento indispensabile di qualunque arte del conoscere (dalla medicina clinica all'analisi organizzativa), ma si intende richiamare la necessità, quando si ha a che fare con fenomeni complessi, di non «tagliare i nessi» tra le parti, di non trascurare i «dettagli imprecisi», i piccoli particolari, perché questo ci metterebbe in difficoltà nel comprendere i significati (il valore semantico) dell'oggetto o del fenomeno osservato.

Bateson (1984), chiarisce ulteriormente il concetto: «Infrangete la struttura che connette gli elementi di ciò che si apprende e distruggerete necessariamente ogni qualità».

Bateson dà, quindi, centralità alle «relazioni» come elementi vitali del conoscere (e dello stesso vivere): è il connettivo che collega le varie parti (*pattern which connects*) a farci comprendere i significati. Egli si spinge a parlare di *conoscenza per sensibilità* (1984): bisogna divenire sensibili al vedere la «struttura che connette» ed imparare a cogliere i nessi, i significa-

ti. Quindi, se guardiamo soltanto alle parti di un'organizzazione o, peggio, solo ad alcune parti, inseriamo elementi di parzialità, che possono indirizzarci erroneamente. E gli errori di parzialità e di semplificazione eventualmente contenuti nelle nostre premesse, li ritroveremo nei risultati dei nostri interventi (siano essi di analisi, siano essi di miglioramento).

Infine, è necessario tenere presente un altro aspetto importante per chi lavora sui sistemi organizzativi: il processo del conoscere ha alla base un osservatore (individuo o gruppo che sia), che non svolge una funzione inerte, ma che è parte del gioco di relazioni dinamiche (l'osservatore è parte del quadro: vedi figura 4).

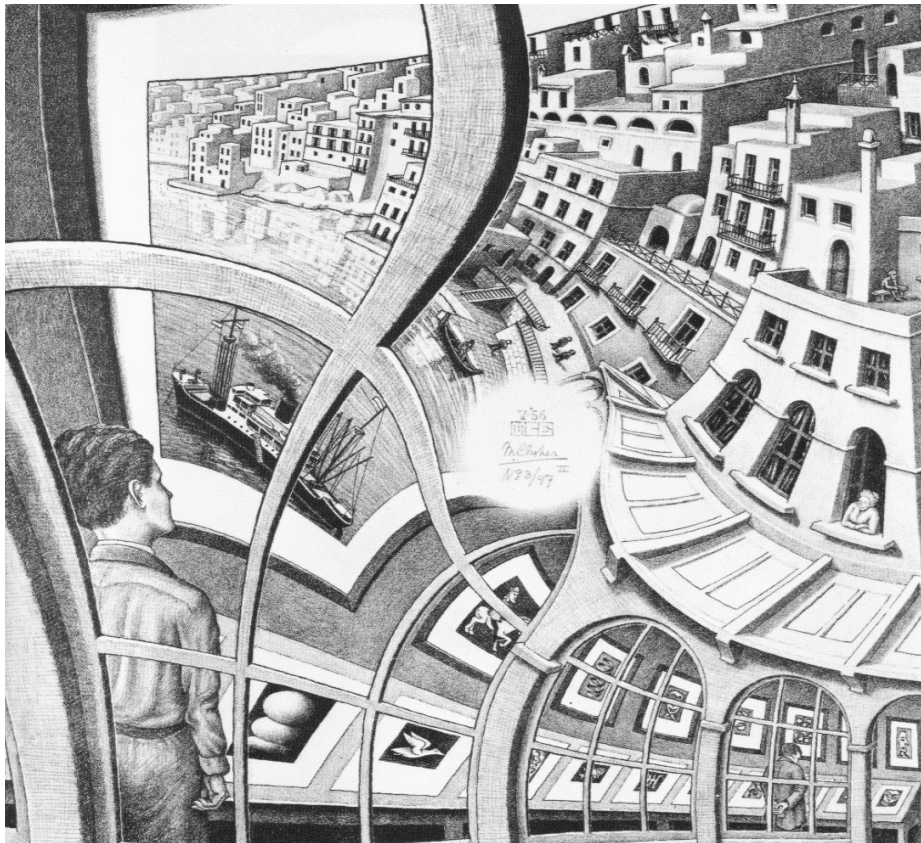
E poiché ogni osservatore è portatore di premesse, di parzialità, di interessi, è necessario sapersi «vedere nel quadro», cioè riconoscersi come parte interagente nel sistema (l'*osservazione autoriflessiva* batesoniana).

L'osservazione in «modo frontale» (Iacono, 1998) invece che in «modo autoriflessivo» è un difetto che si riscontra spesso anche tra gli innovatori, che si sentono «fuori» dal sistema, che sanno vedere le resistenze degli altri, le inerzie e gli ostacoli organizzativi, e altrettanto spesso non sanno riconoscere, però, come tanti fallimenti siano proprio legati al loro approccio, al loro stile, alle loro premesse autoreferenziali, alle «rappresentazioni» simboliche (loro e altrui) della propria funzione dentro l'organizzazione.

## 5. Conclusioni

Indagare gli aspetti non-strutturati di un sistema organizzativo è di fondamentale importanza per contrastare le patologie mentali del sistema, ma per farlo abbiamo bisogno di rivedere le nostre premesse, i nostri paradigmi di fondo e, *in primis*, abbiamo bisogno di

**Figura 4 - Dal modo frontale al modo autoriflesso: l'osservatore è parte del quadro (da Heschel)**



assumere un nuovo approccio che sappia andare al di là del bisogno delle tecnologie *hard* cui siamo abituati e da cui ci sentiamo in qualche modo «scientificamente protetti».

Il paradigma della complessità (7) sottolinea la limitatezza delle letture parziali ed autoreferenziali e mette in guardia dai rischi degli specialismi e degli ipertecnicismi, dato che questi ultimi tendono a farci smarrire l'idea dell'insieme, dei nessi, dei significati perché ci inducono verso la «semplificazione», ci allontanano, cioè, dalla semantica e dalla complessità del sistema.

P. Feyerabend (1996), infatti, ci ammonisce sul fatto che «... la tecnologia incoraggia l'ignoranza», in armonia con quanto precedentemente esplici-

tato, e U. Galimberti (1999) sottolinea ulteriormente i limiti ed i rischi della tecnologia: «Quanto più si complica l'apparato tecnico... tanto più si riduce la nostra capacità di "percezione" in ordine ai processi, ai risultati, agli esiti, per non dire degli scopi di cui siamo parti e condizioni... E così da "analfabeti emotivi" assistiamo all'irrazionalità che scaturisce dalla perfetta razionalità (strumentale) dell'organizzazione tecnica che cresce su se stessa al di fuori di qualsiasi orizzonte di senso».

Abbiamo bisogno, in ultima analisi, di effettuare una vera riorganizzazione cognitiva, di guardare alla conoscenza non come un processo di accumulo di dati ed informazioni (*information gathering*), ma come un reticolo di

senzi e di significati (*semantic network*) che si co-costruiscono in una dimensione polifonica.

Una prospettiva innovativa che assuma queste premesse deve, quindi, in primis saper superare uno dei tanti dualismi imperanti: quello tra l'approccio «analitico-specialistico» (potremmo denominare così quello che mira all'analisi di dettaglio) e l'approccio «concettuale-sistemico» (gestaltico) (potremmo denominare così quello che mira alla conoscenza del sistema ed alla «metaconoscenza», cioè alla conoscenza della conoscenza).

Occorre recuperare il valore di ambedue gli approcci come apporti al conoscere e saper definire i loro limiti nello sviluppo del processo di «conoscenza», intesa come il prodotto di un gioco dinamico tra tutti gli elementi che in interrelazione tra loro contribuiscono a costruire una «mappa polifonica» o, per dirla ancora con G. Bateson (1976), una serie di *mappe di mappe ad infinitum*.

In questo processo di approccio «ecosistemico» alla conoscenza di un'organizzazione, è fondamentale evitare di fermarsi al «formale», allo «strutturato», a ciò «che si vede». Forse sarà utile tenere sempre presente uno dei più famosi moniti del Taoismo:

*Si ha un bel riunire trenta raggi in un mozzo, l'utilità della vettura dipende da ciò che non c'è.*

*Si ha un bel lavorare l'argilla per fare vasellame, l'utilità del vasellame dipende da ciò che non c'è.*

*Si ha un bell'aprire porte e finestre per fare una casa, l'utilità della casa dipende da ciò che non c'è.*

*Così, traendo partito da ciò che è, si utilizza quello che non c'è.*

(Tao Tè Ching, 1973)

(1) L'immagine che meglio connota il movimento di idee e di esperienze creatosi attorno al «simbolismo organizzativo» è quella del



«drago» che erompe dalle strutture organizzative formali. Sievers, citato in Alvesson e Berg (1993), afferma che «... il drago che fa a pezzi le strutture organizzative può pertanto, per esempio, aiutarci a capire la storia della nostra industrializzazione da un nuovo punto di vista, per esempio la repressione e l'imprigionamento di quella parte della realtà impossibile da calcolare e misurare».

(2) La narrazione, che siamo abituati a relegare esclusivamente nell'ambito letterario, dovrebbe essere considerata a tutti gli effetti uno strumento utile alla conoscenza, anche dei contesti organizzativi. Le storie permettono di «entrare in situazione», rappresentano, cioè, un momento riflessivo (e autoriflessivo) in grado di attivare pensieri, sensazioni, interpretazioni attraverso il legame tra aspetti descrittivi ed emotivi, in altre parole attraverso la creazione di uno spazio di significati al quale contribuisce sia il narratore, sia il lettore o l'ascoltatore della storia. Le «storie», gli accadimenti della vita organizzativa rappresentano certamente uno strumento importante per cogliere le problematiche vive che affliggono gli «aspetti informali» della vita organizzativa citati in premessa.

Il tema della «narrazione», oltre che da G. Bateson (1976, 1984, 1988, 1989), viene affrontato da vari autori in vari filoni tematici. Tra questi si ricordano: B. Good, 1999 (narrazioni di malattia) ed il filone della Harvard Medical School, M. Alvesson e P.O. Berg, 1993 (cultura e simbolismo nelle organizzazioni).

(3) Le analogie permettono di evidenziare gli aspetti comuni, le metafore permettono di associare i significati.

(4) «La Metafora non è solo una belluria poetica, non è una logica buona o cattiva, ma è di fatto la logica su cui è stato costruito il mondo biologico, è la principale caratteristica e colla organizzativa di questo mondo del processo mentale». Bateson (1989).

«... Utilizzare la metafora culturale e la prospettiva simbolica per sfuggire alle angustie delle scienze dell'organizzazione più tradizionali aprendosi ad una mentalità genuinamente interdisciplinare». Alvesson e Berg (1993).

(5) Un esempio emblematico di quanto detto si può riscontrare nella struttura del processo di *budgeting* nelle aziende sanitarie. Talvolta si tratta di un processo insignificante, di mera facciata, basato sul «mettere le carte a posto dal punto di vista formale». In alcuni casi, infatti, il responsabile del controllo di gestione si fa «suggerire» gli obiettivi annuali da inserire nel

*budget* dai responsabili di struttura, e usualmente vengono inseriti obiettivi a bassissimo (o nullo) impatto gestionale, tanto per avere a posto l'impianto formale del *budget* e dei relativi sistemi di valutazione e di premio. Così facendo, si annichisce il significato di strumenti utili per incidere sui comportamenti organizzativi dei dirigenti e di tutta la base organizzativa e sui risultati dell'organizzazione.

(6) *Manager* richiama maggiormente una funzione di tipo gestionale, tecnocratico, *Leader* punta più sulla funzione di possedere una *vision* e di trasmetterla, di mobilitare le risorse umane.

(7) «L'ambizione della complessità è di rendere conto delle articolazioni che sono spezzate dai tagli fra discipline, fra categorie e fra tipi di conoscenza. L'aspirazione alla complessità tende alla conoscenza multidimensionale. Non è tuttavia quella di dare tutte le informazioni possibili sul fenomeno studiato, ma di rispettarne le sue dimensioni. Il pensiero complesso, pur aspirando alla multidimensionalità, comporta nel suo cuore un principio di incompletezza e di incertezza... Noi conosciamo delle realtà, ma non la realtà: la complessità è il contrario della completezza, e non la sua promessa». (Morin, 1984).

#### BIBLIOGRAFIA

- ALVESSON M., P.O. BERG (1993), *L'organizzazione e i suoi simboli*, Raffaello Cortina, Milano.
- BATESON G. (1976), *Verso un'ecologia della Mente*, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1984), *Mente e Natura*, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1988), *Naven*, Einaudi, Torino.
- BATESON G., BATESON M.C. (1989), *Dove gli angeli esitano*, Adelphi.
- BOCCHI G., CERUTI M. (1994), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- CAPRA F. (1988), *Verso una nuova saggezza*, Feltrinelli, Milano.
- CAPRA F. (1998), *La Rete della Vita*, Sansoni, Milano.
- CERUTI M. (1999), *La danza che crea*, Feltrinelli, Milano.
- DI STANISLAO F., NOTO G. (1999), «Sviluppo organizzativo quality-oriented. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende sanitarie», *Mecosan*, 31, pp. 23-36.
- FEYERABEND P.K. (1991), *Dialoghi sulla conoscenza*, Sagittari Laterza, Bari.

- FEYERABEND P.K. (1996), *Ambiguità e armonia*, Laterza, Bari.
- GALIMBERTI U. (1999), *Psiche e teche*, Feltrinelli, Milano.
- GREGORY R. (1985), *La mente nella scienza*, Mondadori, Milano.
- IACONO A.M., BATESON G. (1998), «Aspetti epistemologici della critica al dualismo», in MANGHI S. (a cura di).
- INGROSSO M. (1994), *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- MANGHI S. (a cura di) (1998), *Attraverso Bateson*, Raffaello Cortina, Milano.
- MATURANA H., VARELA F. (1992), *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano.
- MINSKY M. (1989), *La società della mente*, Adelphi, Milano.
- MORIN E. (1994), «Le vie della complessità», in BOCCHI G., CERUTI M., *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.
- MORIN E. (1984), *Scienza con coscienza*, Franco Angeli, Milano.
- MORGAN G. (1989), *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano.
- NONAKA I. (1995), «Un'organizzazione capace di creare conoscenza», in E. BALDINI, F. MORONI, M. ROTONDI (a cura di), *Nuovi Alfabeti*, Franco Angeli, Milano.
- PATFOORT P. (1999), «Figli di un dio maggiore», *Il Manifesto*, 2 giugno.
- PERRONE V. (1996), «La rete», in COSTA G., NACAMULLI R. (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Utet, Torino.
- PINTOR L. (2003), *Servabo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- PICCARDO C. (1995), *Empowerment*, Raffaele Cortina, Milano.
- POLANYI M. (1990), *La conoscenza personale*, Rusconi, Milano.
- RATTI F. (1996), «La followership», in COSTA G., NACAMULLI R. (a cura di), *Manuale di Organizzazione*, Milano, Utet, Torino.
- REINFELDT S. (2000), «Il populismo in Austria e la storia del suo mito», *Il Manifesto*, 11 febbraio.
- RHODES R.A.W. (1996), «The new governance: governing without government», *Political Studies*, XLIV.
- SECRETARY OF STATE FOR HEALTH (1998), *A first class service*, London, Department of Health.
- TAO TÈ CHING (1973), *Il libro della Via e della Virtù*, Adelphi, Milano.
- WHITEHEAD A.N. (1959), *La scienza e il mondo moderno*, Bompiani, Milano.

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.

# UN MODELLO A SUPPORTO DELLA VALUTAZIONE E SELEZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE NELLE AZIENDE SANITARIE

Emanuele Lettieri, Cristina Masella

Politecnico di Milano - Dipartimento di Ingegneria Gestionale

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Domande di ricerca - 3. Articolazione della ricerca e metodologia - 4. Stato dell'arte - 5. Modello di valutazione - 6. Analisi empirica - 7. Conclusioni.

*This paper aims at contributing to the present debate on health technology assessment. In particular, the aim is to design a model for selecting the innovative medical technology at the meso-level, deploying the key constructs potential value creation and level of sustainability in a set of measurable dimensions. The paper also discusses the possible moral hazard of the meso-level players because of the recent devolution that has transferred the responsibility for the financial and clinic performances from the macro- to the meso-level. The empirical investigation has been focused on Positron Emission Tomography (PET) imaging for cancer management. The rationale is the recent commitment of several Italian Regions to regulate its adoption, because of the significant financial investment and the lack of a clear evidence of its cost-effectiveness.*

## 1. Introduzione

Le continue innovazioni delle tecnologie sanitarie (1) e della conoscenza medica stanno aprendo nuovi orizzonti nella prevenzione e cura dello stato di salute della popolazione nei Paesi con economie più evolute. Gli erogatori di servizi sanitari stanno migliorando le *performance* in termini di *output* e *outcome* clinici tramite l'adozione di nuove pratiche mediche e tecnologie innovative. Contemporaneamente la spesa sanitaria — in termini di percentuale del prodotto interno lordo — è in continua crescita e sempre più fuori controllo. L'adozione di tecnologie sanitarie è stata riconosciuta come una delle principali motivazioni — insieme al progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento del costo del lavoro (Foote, 1992; Schwartz, Mendelson, 1992; WHO, 2000) — del continuo incremento. Il presente *trade-off* tra guadagno in termini clinici e aumento dei costi mette

in chiara evidenza la necessità e responsabilità di definire politiche sanitarie consistenti e basate sull'evidenza (2), che supportino i vari decisori sanitari — a livello di sistema e di singola azienda sanitaria — nel processo di selezione e adozione di una tecnologia sanitaria. In primo luogo i regolatori hanno il compito di indirizzare — attraverso la definizione di adeguati sistemi di incentivazione (come il sistema delle tariffe) — il sistema sanitario verso l'adozione di quelle sole tecnologie che siano realmente in grado di migliorare il «bilanciamento» tra qualità e costi. A tal proposito vi è stato nei decenni scorsi un significativo sforzo per condurre studi di *Health Technology Assessment* (HTA) a supporto del processo di valutazione e selezione. Ciò nonostante, la continua pressione sia del sistema industriale sia dei pazienti — che sono sempre più informati e esigenti — spinge i decisori sanitari ad adottare alcune tecnologie sanitarie senza una robusta eviden-

za della reale «costo-efficacia». In un siffatto palcoscenico i sistemi sanitari palesano una significativa propensione allo squilibrio della bilancia tra costi e benefici, favorendo spesso uno dei due obiettivi rispetto all'altro. Sforzi maggiori sono dunque necessari perché siano svolti studi di HTA rilevanti e tempestivi. I regolatori sanitari necessitano di tali studi per definire con adeguata evidenza politiche sanitarie a sostegno o a penalizzazione delle varie tecnologie sanitarie che si affacciano sull'arena sanità. Similmente i decisori aziendali necessitano di una strumentazione manageriale che supporti il processo di selezione del portafoglio di tecnologie sanitarie da adottare, evitando una distribuzione inefficiente delle risorse disponibili. Il decentramento dell'autonomia decisionale dal livello dei regolatori nazionali e regionali a quello degli erogatori rafforza le riflessioni precedenti, sottolineando, da un lato, la necessità di salvaguardare la coerenza tra gli obiet-

tivi del sistema sanitario e quelli del singolo attore e, dall'altro, di sostenere i decisori aziendali nel processo di selezione, fornendo evidenza, competenze e risorse.

Il presente lavoro intende contribuire al dibattito che abbraccia le precedenti tematiche, approfondendo le varie criticità della valutazione di una tecnologia sanitaria e proponendo uno strumento manageriale che le possa superare.

## 2. Domande di ricerca

L'obiettivo perseguito dal presente lavoro è la formalizzazione di un modello di supporto alla valutazione di tecnologie sanitarie al livello di singola azienda sanitaria, decomponendo i costrutti «contributo alla creazione di valore» e «sostenibilità dell'adozione di una tecnologia sanitaria» in un set di variabili misurabili.

Il modello di valutazione, nella sua formulazione generale, è applicabile agli *equipment*, ai *medical device* e alle tecnologie sanitarie dell'informazione e comunicazione (TIC). In questo lavoro il modello è stato applicato alla tecnologia diagnostica PET (Tomografo ad Emissione di Positroni). Nello specifico il radio-tracciante usato per la diagnosi di carcinoma è il fluorodesossiglucosio 18 (FDG-18). Il razionale di tale scelta è stato il recente interesse di varie Regioni Italiane (tra cui Lombardia, Piemonte, Marche, Lazio) per regolamentare l'adozione di questa tecnologia, a seguito degli ingenti investimenti finanziari necessari e della modesta evidenza sulla reale «costo-efficacia».

## 3. Articolazione della ricerca e metodologia

Il presente articolo origina da una ricerca esplorativa orientata a formalizzare un modello di supporto alla va-

lutazione e selezione delle tecnologie sanitarie. La progettazione della ricerca è stata realizzata coerentemente a tale obiettivo. Nel dettaglio, i passi della ricerca sono stati:

1) la sintesi ragionata dei contributi più rilevanti sui temi dello *HealthCare Technology Management* (HCTM) e dello HTA, così da informare le fasi successive della ricerca;

2) la formalizzazione di un modello di valutazione fondato sui concetti di *contributo alla creazione di valore e sostenibilità dell'adozione di una tecnologia sanitaria* che sono stati decomposti in un insieme di variabili in seguito pesate tramite il coinvolgimento dei Dirigenti di venti unità di Medicina nucleare. La raccolta dei dati è stata condotta tramite un questionario strutturato a risposte chiuse su scala Likert;

3) la valutazione presso un ospedale universitario di grandi dimensioni nel Nord Italia della proposta di adozione di una tecnologia PET FDG-18 con possibile costruzione di un ciclotrone per la produzione del tracciante radioattivo. Lo studio ha combinato analisi qualitative e quantitative e ha coinvolto tutti i principali attori del processo decisionale relativo alla valutazione e selezione di tecnologie sanitarie;

4) la discussione dei principali risultati lungo due direzioni. Da un lato il modello stesso è stato discusso, valutando le *performance* complessive, le modalità di aggregazione dei punteggi per le singole variabili e i criteri di scelta. Dall'altro lato si è discusso la coerenza tra la valutazione di una tecnologia sanitaria a livello macro e a livello meso, ricercando le motivazioni sottostanti la possibile divergenza.

Le precisazioni sul come è stato costruito il modello di valutazione e su come è stata condotta l'analisi empirica sono rimandate ai paragrafi successivi.

## 4. Stato dell'arte

Il gruppo di ricerca ha formalizzato un protocollo di ricerca per supportare l'individuazione dei contributi più rilevanti in letteratura e garantire la trasparenza sulle fonti di informazione, superando il rischio di un'eccessiva soggettività del ricercatore nella selezione dei contributi (3).

Come già precisato, l'analisi della letteratura ha abbracciato le tematiche dell'HCTM e HTA. In particolare, l'ossatura della sintesi ragionata è fornita da cinque precedenti analisi. Due analisi investigano lo HCTM (Kumar, Asoka, 1998; Eisler *et al.*, 2002), due lo HTA (Szczepura, Kankaanpaa, 1997; Poulsen, 2000) e una — relativa all'ambito *for-profit* — la gestione della tecnologia (Chiesa, 1997). Sono stati inoltre considerati contributi relativi al «valore» e «sostenibilità delle tecnologie sanitarie» (Anderson, 1990), al comportamento delle aziende sanitarie (AS) in merito all'innovazione tecnologica (Heidenberger, Roth, 1998), ai fattori di successo o fallimento nell'adozione di tecnologie sanitarie (Walley, 2002) e alle tecniche sanitarie di valutazione (Drummond *et al.*, 1987; Cunningham, 2001; Goodacre, McCabe, 2002; Dowie, 2004).

In uno scenario caratterizzato da risorse illimitate, qualsiasi intervento sanitario che possa incrementare anche marginalmente lo stato di salute della popolazione dovrebbe essere posto in essere. Rilasciando tale ipotesi e accettando quella di un sistema caratterizzato da risorse finite e scarse, e da razionalità limitata, si palesa a livello di sistema l'esigenza di finanziare solo quegli interventi sanitari — e quelle tecnologie — che siano più costo-efficienti (Goodacre, McCabe, 2002).

L'HTA si prefigge lo studio sistematico delle proprietà ed effetti delle tecnologie sanitarie sulla società, con

particolare enfasi sugli effetti indesiderati, indiretti o posticipati nel tempo (Szczepura, Kankaanpaa, 1997; Poulsen, 2000; Tarricone, 2004). Uno studio di HTA integra la valutazione delle caratteristiche tecniche, della sicurezza clinica, dell'efficacia teorica ed operativa, degli impatti economici, sociali, legali, etici, politici. Nello specifico la valutazione presenta due fasi distinte: nella prima si investiga la coerenza tra la tecnologia oggetto della ricerca ed il contesto socio-tecnico attuale e futuro; nella seconda si intende comprendere se tale tecnologia crei valore per la collettività e se sia la scelta migliore rispetto a una pletera di alternative tecnologiche. La seconda fase è in genere chiamata valutazione economica di una tecnologia sanitaria. Sebbene le domande a cui la valutazione economica intende dare una risposta siano simili a quelle affrontate in ambito *for-profit* dai modelli di allocazione delle risorse, raramente in sanità sono usati criteri basati sui flussi di cassa scontati, quali il Valore Atteso Netto (VAN) e il Tasso Interno di Ritorno (TIR). Al contrario, è stata formalizzata una strumentazione specifica. Il motivo risiede nella limitata capacità che le tecniche DCF dimostrano nel comprendere le specificità dell'ambito sanità e nel tradurle in flussi finanziari.

La valutazione di una tecnologia sanitaria richiede una valutazione articolata che abbraccia la misura dell'efficacia clinica teorica, dell'efficacia clinica operativa, dell'efficienza reale e dell'accessibilità (Cunningham, 2001). È dunque necessario comprendere se una determinata tecnologia sia in grado o no di produrre un migliore stato di salute (*efficacy*), con quale confidenza tali migliorie siano conseguibili nella pratica quotidiana (*effectiveness*), quale sia il costo per conseguire tali risultati (*cost-effectiveness*) e se coloro che ne han-

no bisogno possano di fatto accedervi (*availability*).

La valutazione economica — oggetto del presente lavoro — compara le diverse alternative decisionali in termini di costi e *outcome* (Drummond *et al.*, 1987). A tale proposito sono state formalizzate cinque diverse tecniche «sanitarie» di valutazione (Donaldson, 1990). Esse sono: 1) la minimizzazione dei costi (CMA); 2) l'analisi costo-efficacia (4) (CEA); 3) l'analisi costo-utilità (CUA); 4) l'analisi costo-benefici (CBA); e 5) l'analisi costo-opportunità (COA). Un quadro sintetico delle loro caratteristiche è presentato in figura 1. Le tecniche si differenziano solo per la diversa valorizzazione degli *outcome*, mentre presentano le medesime modalità di determinazione dei costi (Cunningham, 2001).

Gli *outcome* clinici possono di fatto essere misurati secondo varie modalità. Innanzitutto in unità «naturali», misurando gli impatti sulla morbilità e sulla mortalità. Oppure misurando in termini economici gli effetti degli *outcome*, monetizzando i benefici diretti (riduzione della spesa sanitaria a seguito di un migliore stato di salute della popolazione), i benefici indiretti (maggiore contribuzione alla produzione di Pil) e i benefici intangibili (riduzione delle pene e delle sofferenze per i pazienti e le loro famiglie). Oppure misurando il valore percepito dai pazienti, dalle loro famiglie e dalla società in generale (5).

Il concetto di «costo» è molto più ampio in sanità che non in un contesto industriale, e tale ampiezza rende di fatto riduttive le metodologie basate su flussi di cassa scontati. Le risorse consumate fanno riferimento non solo ai costi legati ai materiali, al personale, alle tecnologie e alle infrastrutture, ma anche ai costi sostenuti dalla collettività in termini di mancata produzione di Prodotto interno lordo (Pil)

— per uno stato di salute non adeguato — e/o di accettazione/rifiuto del proprio stato di salute (Robinson, 1993). Grande enfasi è inoltre posta su quali soggetti sostengono tali costi, cioè il sistema sanitario, i pazienti e le loro famiglie, le aziende produttrici o la società nel suo complesso.

Nonostante le differenze, le precedenti metodologie di valutazione presentano almeno due limitazioni comuni.

Da un lato vi è l'incapacità di supportare la selezione tra varie alternative decisionali che non ne abbiano almeno una dominante. Difatti, come scegliere tra due alternative tecnologiche di cui una è contemporaneamente più efficace e più costosa? La soluzione teorica più discussa è la formalizzazione da parte del regolatore sanitario di un valore soglia del costo per unità di efficacia (Dowie, 2004). Tale soluzione è però ostacolata dalle ripercussioni di natura morale ed etica che si avrebbero. La società, difatti, presenta un comportamento non razionale su tali scelte e se, da un lato, è disposta ad accettare soluzioni più efficaci e costose, accetta di minore grado soluzioni meno efficaci e meno costose (Forbes *et al.*, 1999). Consci di ciò il rischio da evitare è di focalizzarsi soltanto sulle variabili di efficacia trascurando quelle economiche: l'eventuale scelta sarebbe «falsamente» etica perché porterebbe ad una allocazione complessiva della spesa sanitaria meno efficiente (Goodacre, McCabe, 2002).

Dall'altro lato, la prospettiva adottata nella valutazione è quella del regolatore sanitario. Gli stessi Goodacre e McCabe (2002) suggeriscono questa prospettiva come quella ideale. Il progressivo decentramento dell'autonomia decisionale dal regolatore agli erogatori di servizi sanitari palesa i limiti delle precedenti tecniche. Difatti, quale evidenza e quali informazioni

può trarre un decisore di un'azienda sanitaria da uno studio di HTA condotto a livello di sistema? Conoscere che una tecnologia è «mediamente» più «costo-efficace» per il sistema sanitario quali implicazioni ha per la specifica AS? Il caso più eclatante è forse quello delle tecnologie RIS-PACS per la digitalizzazione dell'unità operativa di Radiologia. Dopo 10 anni di valutazioni non è stata ancora dimostrata la loro maggiore/minore «costo-efficacia» rispetto alle tecnologie non digitali e il *top-management* delle AS non ha informazioni contingentabili su di una loro eventuale adozione. Le stesse valutazioni della coerenza con l'ambiente socio-tecnico sono guidate

da logiche di sistema che possono essere in contrasto con le contingenze locali. Le motivazioni strategiche e/o speculative del singolo erogatore che possono guidare l'adozione di una tecnologia sanitaria non sono di fatto presenti in tali studi di HTA. Infine, la valutazione degli ambiti gestionali e organizzativi sono di fatto «annegate» negli studi di HTA come alcune delle implicite motivazioni che spiegano la varianza tra efficacia clinica teorica ed operativa o tra costi medi e costi puntuali.

Tali limitazioni hanno determinato nel decennio scorso intensi sforzi di ricerca che hanno assunto come prospettiva di analisi il decisore a livello

di AS. Nello specifico, possono essere identificati almeno tre approcci distinti.

In primo luogo si è investigata l'adozione di una tecnologia sanitaria dalla prospettiva di una AS. Su tali temi si sono cimentati vari studi di HCTM, che condividendo i più rilevanti risultati conseguiti nell'ambito del *Management of Technology* (MOT), hanno evidenziato le specificità della sanità. Si sono, di fatto, investigate la gestione strategica, la gestione del cambiamento e dell'innovazione ed, infine, la gestione organizzativa (Eisler *et al.*, 2002; Kumar, Asoka, 1998). Anderson (1990) ha indagato le motivazioni sottostanti tale adozione,

**Figura 1 - Sintesi delle caratteristiche delle tecniche «sanitarie» per la valutazione d'efficienza**

Tecnica	Costi (misurati da ...)	Outcome (misurati da ...)	Livello d'uso	Principale punto di forza	Principale punto di debolezza
<b>Minimizzazione dei costi</b>	Misurati in termini monetari	Non misurati perché supposti non differenziali	Basso	Non richiede la misura degli <i>outcome</i>	È usabile solo se gli <i>outcome</i> non sono differenziali
<b>Costo-efficacia</b>	Misurati in termini monetari	Misurati con unità naturali legati all'attività clinica	Alto	Gli <i>outcome</i> sono di facile misura perché «clinici»	È usabile solo per tecnologie con <i>outcome</i> omogenei
<b>Costo-utilità</b>	Misurati in termini monetari	Misurati in termini di <i>QALY</i> * (Quality Adjusted Life Years)	Medio	È usabile anche per tecnologie con <i>outcome</i> eterogenei	La misura tramite <i>QALY</i> è criticata e non di facile conduzione
<b>Costo-benefici</b>	Misurati in termini monetari	Misurati in termini monetari	Basso **	È usabile anche per tecnologie con <i>outcome</i> eterogenei	La traduzione dei benefici in termini monetari non è semplice
<b>Costo-opportunità</b>	Misurati in termini monetari	Misurati in termini monetari	Raro	È la tecnica formalmente più corretta per valutare	La traduzione dei benefici in termini monetari non è semplice

Adattato dalla letteratura

\* I QALY sono stati definiti come misura di *outcome* per un qualsiasi intervento sanitario con l'intento di consentire il confronto tra interventi estremamente eterogenei superando le difficoltà di una traduzione degli *outcome* in termini monetari. I QALY sono la somma degli anni di vita medi aggiunti — grazie all'adozione di un particolare intervento sanitario — pesati per la qualità di vita percepita per ogni anno. È ragionevole che la prospettiva di tot anni aggiuntivi immobilizzati a letto senza adeguata assistenza abbia per il paziente un valore modesto. Se concettualmente l'approccio è robusto, le difficoltà si presentano in fase di applicazione. Difatti la determinazione dei «pesi» è al centro di un acceso dibattito che rallenta l'adozione di tale metodica. Generalmente si assume peso pari a 1 per un anno di vita in perfetta salute, mentre peso pari a 0 per lo stato di morte. Alcuni autori propongono di introdurre pesi negativi perché vi sono di fatto condizioni di vita «peggiori» della morte stessa. La discussione etica su tali riflessioni seppure importante è al di fuori delle finalità del presente articolo. La determinazione dei pesi intermedi (su una scala 0-1) avviene attraverso la realizzazione di *survey* di grandi dimensioni (almeno 3.000 rispondenti) sulla popolazione.

\*\* La letteratura presenta numerosi articoli inerenti la realizzazione di una CBA. Tuttavia Zarnke *et al.* (1997) hanno verificato che solo il 32% di essi rispecchia i criteri di una CEA, mentre la restante parte si riduce ad una semplice comparazione dei costi, avvicinandosi ad una CMA.

riconoscendo (in ordine decrescente di rilevanza): la possibilità di allargare il portafoglio di servizi sanitari offerti; la rilevanza dei «ritorni» che l'investimento consente; la possibilità di ridurre i costi operativi; la possibilità di migliorare l'immagine e la reputazione dell'organizzazione presso la comunità scientifica e il bacino di riferimento; la pressione dei medici. Altre ricerche (come Friedman, Goes, 2000) hanno investigato il *timing* dell'adozione, evidenziando che l'adozione di tecnologie sanitarie è guidata dalla volontà di rispondere alle turbolenze del contesto ambientale. Altri studi invece si sono focalizzati sui fattori chiave di successo o fallimento per l'adozione di una tecnologia sanitaria. Walley (2002) ha sottolineato la modesta attenzione posta dalle AS alla gestione del cambiamento innescato dall'adozione di una nuova tecnologia sanitaria. Schoonhoven (1981) ha messo in evidenza la necessità di garantire all'interno di una AS — come del resto in una qualsiasi organizzazione — la coerenza tra il sistema tecnologico e la struttura organizzativa. Buxton (1987) ha richiamato la necessità di garantire la coerenza tra gli obiettivi a livello di organizzazione e di singola unità operativa, evitando il tipico fenomeno della *back door adoption* che caratterizza l'adozione di tecnologie sanitarie. Altri studi (Li, 1997; Goldstein, 2002) hanno investigato il legame tra l'adozione di tecnologie sanitarie ed il miglioramento delle *performance*.

Il secondo filone — corroborato dagli economisti sanitari — ha assunto una prospettiva non manageriale ma da sistemi industriali, formalizzando i diversi comportamenti dei decisori di livello meso. In particolare sono stati definiti tre comportamenti che si basano rispettivamente su: la competizione di prezzo; la competizione tecnologica; la massimizzazione dell'utilità.

Per un approfondimento si rimanda a Gelijns e Dawkins (1994).

Il terzo filone — più recente — è orientato al recupero dei contributi sviluppati in ambito industriale in tema di strategia tecnologica e di valutazione degli investimenti in tecnologia (Azzone *et al.*, 2002). L'intento è quello di contingentare i modelli di *capital budgeting* alla sanità, superando gli attuali limiti. A tal proposito si assiste all'uso di criteri di tipo ROI — con un riferimento soprattutto all'adozione di ICT in sanità — e di modelli di portafoglio basati su punteggi e pesi (Hummel *et al.*, 2000).

Il presente articolo si colloca a cavallo del primo e terzo filone di indagine, poiché intende integrare in un modello originale i contributi più rilevanti delle tecniche sanitarie e industriali, sintetizzando i punti di forza di ciascuno dei due approcci. In tale senso, intende contribuire alla formalizzazione di un modello di supporto alla valutazione di una tecnologia sanitaria a livello di AS e all'identificazione delle divergenze tra valutazioni a livello meso e macro.

## 5. Modello di valutazione

La misurazione del «valore» associato ad una tecnologia sanitaria è estremamente complessa in conseguenza della numerosità e eterogeneità degli impatti da considerare. Una valutazione completa richiede di integrare valutazioni cliniche, economiche, organizzative, normative e etico-morali. La formalizzazione stessa dei confini della valutazione è labile sia nel tempo (se l'orizzonte di valutazione è ristretto aumenta la precisione della valutazione, ma decresce la completezza, trascurando la valutazione degli eventuali *outcome* di medio-lungo termine) sia nello spazio (se la valutazione è ristretta alla sola azienda sanitaria si trascurano molti impatti

che si hanno sia sull'intero sistema sanitario sia sui beneficiari stessi dei servizi). Data la complessità del tema oggetto di ricerca è stato necessario procedere ad una riduzione dello stesso, semplificando l'analisi. Riprendendo il modello sviluppato nell'ambito del MOT della matrice rilevanza-rischio per la valutazione di un investimento in tecnologia, si è proceduto a una sua estensione nell'ambito sanità, integrando i contributi offerti dalle tecniche sanitarie. In quest'ottica la «rilevanza» di una tecnologia sanitaria discende dalle prestazioni (in termini clinici ed economici) che essa consente di conseguire nel breve e nel medio-lungo termine. Esempi sono la possibilità di aumentare i QALY relativi a uno specifico servizio, di ridurre i costi operativi o di creare nuova conoscenza medica o tecnologica. Viceversa il «rischio» di una tecnologia sanitaria si lega alla possibilità di non conseguire le prestazioni auspiccate (a seguito di condizioni sia endogene sia esogene) nel rispetto dei vari vincoli di qualità, tempo e costo. Disponendo le due dimensioni su di un piano cartesiano ortogonale è possibile definire uno spazio decisionale dove posizionare le varie tecnologie sanitarie in termini del loro *contributo potenziale alla creazione di valore* (leggasi rilevanza) e della *sostenibilità della loro adozione* (leggasi rischio). All'interno di questo modello la valutazione di una tecnologia sanitaria si concretizza nella formalizzazione della metrica che consente di posizionare un'alternativa e dei criteri di preferenza tra le varie alternative. Mentre per quest'ultima necessità si può fare riferimento ai criteri della dominanza stocastica, delle curve di utilità o della soggettività del decisore stesso (Azzone, Bertelè, 1998), per la prima è richiesta l'individuazione di un *set* di variabili rispetto a cui determinare il posizionamento lungo i due assi ortogonali e le

modalità di sintesi delle valutazioni in una sola grandezza.

L'analisi della letteratura ha consentito di evidenziare un primo set di variabili, che sono state successivamente integrate attraverso il coinvolgimento dei medici e del management. Nel dettaglio, l'ordinata (6) contributo potenziale alla creazione di valore è stata decomposta nelle seguenti variabili di primo livello (figura 2):

— contributo alla creazione di valore sociale, misurato in prima approssimazione grazie a grandezze naturali quali i QALY o l'efficacia della tecnologia sanitaria;

— contributo alla creazione di valore economico (7), espresso come l'integrazione di tre grandezze: aumento dei ricavi, riduzione dei costi

complessivi e miglioramento della immagine e/o della reputazione;

— contributo creazione di conoscenza, espressa dalla possibilità di attirare nuove risorse umane con competenze distintive e/o condurre attività di ricerca nell'ambito della medicina o delle tecnologie sanitarie.

Mentre le prime due variabili sintetizzano gli effetti principali nel breve termine, la terza variabile si focalizza sugli effetti nel medio-lungo termine.

Viceversa, l'ascissa *sostenibilità dell'adozione di una tecnologia sanitaria innovativa* è stata decomposta nelle seguenti variabili di primo livello (figura 2):

— *sostenibilità di natura finanziaria*, misurata tramite l'entità dell'investimento iniziale e la sostenibilità annuale dei costi di gestione;

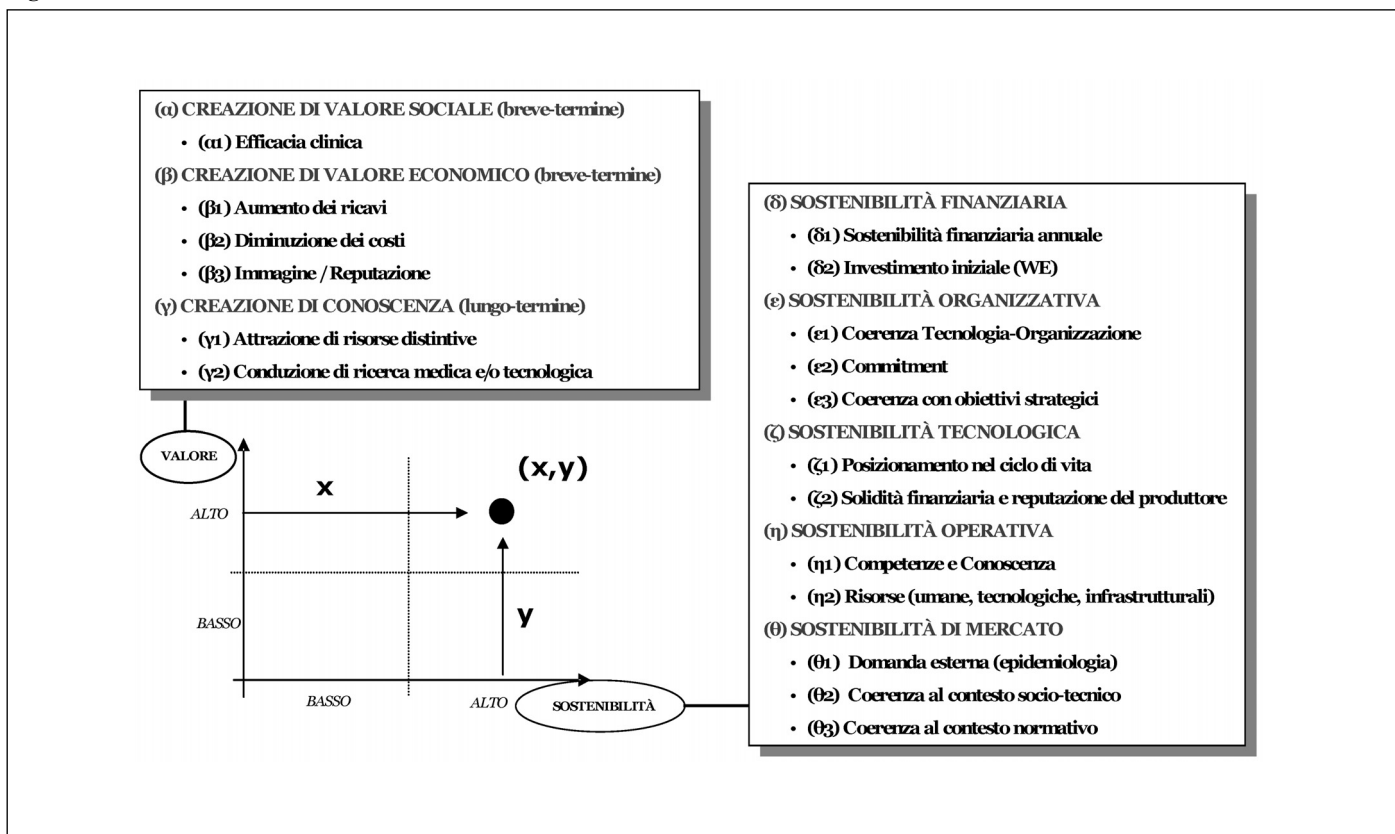
— *sostenibilità di natura organizzativa*, espressa come sintesi di tre grandezze distinte: la coerenza con gli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria, la coerenza tra la tecnologia e la struttura organizzativa, la propensione/inerzia al cambiamento;

— *sostenibilità di natura tecnologica*, misurata dal posizionamento lungo il ciclo di vita della tecnologia e della famiglia di tecnologie, e dal profilo del fornitore (in termini di reputazione e solidità finanziaria);

— *sostenibilità di natura operativa*, espressa dal grado di conoscenza della tecnologia e dei nuovi processi che si vanno a costruire attorno alla tecnologia, e dalla disponibilità di risorse umane, tecnologiche, infrastrutturali;

— *sostenibilità di contesto*: misurata dall'epidemiologia del «bisogno»

Figura 2 - Modello di valutazione





soddisfatto dalla tecnologia sanitaria, dalla coerenza con il contesto socio-tecnico e dalla coerenza con il contesto normativo.

L'insieme di grandezze di secondo livello sopra descritte abbracciano quattro prospettive di valutazione: clinica, finanziaria, organizzativa e legale. La prospettiva etica non è presente nel presente modello perché le tecnologie sanitarie oggetto dello studio hanno già superato i controlli delle Commissioni etiche e le «specifiche dettate dall'etica» sono già incorporate nell'architettura della soluzione tecnologica.

La sintesi delle misure delle diverse variabili può essere condotta secondo due modalità principali. Una prima modalità è lasciare tale compito al singolo decisore aziendale, che sulla base della propria esperienza, delle proprie aspettative e della propria propensione al rischio esprimerà un giudizio di sintesi sullo specifico investimento. Una seconda modalità è fornire al decisore un supporto alla sintesi, esplicitando un sistema di pesi, che esprima l'importanza relativa delle varie variabili.

## 6. Analisi empirica

L'analisi empirica si è basata sull'applicazione del modello di valutazione alla tecnologia diagnostica PET FDG-18. Questa tecnologia è usata in medicina nucleare per la diagnosi di carcinoma. Ad oggi è usata prevalentemente in oncologia (nel 92% dei casi), in neurologia (7%) e in cardiologia (1%). La metodica è non invasiva e consiste nell'iniezione nel paziente di un tracciante radioattivo (lo FDG-18) prima dell'esame diagnostico. A differenza delle tradizionali tecniche radiologiche (quali i raggi X), la PET fornisce un'immagine funzionale, dando informazioni sull'attività biologica degli organi esaminati, consentendo la

diagnosi precoce di eventuali neoplasie. Il tracciante radioattivo è prodotto attraverso un ciclotrone, di cui un'azienda ospedaliera può dotarsi o no. Le aziende ospedaliere che non dispongono di un ciclotrone possono approvvigionarsi del tracciante richiesto sul mercato. Gli investimenti relativi all'adozione di una PET e di un ciclotrone sono ingenti: circa 1,5 milioni di euro per la tecnologia PET e circa 2 milioni di euro per il ciclotrone.

L'analisi empirica si è articolata in due fasi. La prima finalizzata a determinare un sistema di pesi che priorizzasse le variabili presenti nel modello di valutazione. La seconda finalizzata all'applicazione del modello ad uno studio di caso, determinando i punteggi da assegnare alle variabili ed integrandoli con il sistema di pesi determinato nella prima fase.

### 6.1. Determinazione del sistema di pesi

Un questionario strutturato è stato inviato a un campione di aziende sanitarie in possesso della tecnologia PET, per un numero complessivo di 36 questionari inviati. Le due fonti di informazione principali per l'identificazione delle aziende sanitarie sono state l'AiMAC (Associazione italiana Malati Cancro) e l'AIMN (Associazione Italiana Medicina Nucleare). I questionari sono stati inviati all'attenzione dei responsabili dell'unità di medicina nucleare. Sono stati in seguito raccolti 16 questionari completamente compilati, con un tasso di risposta pari al 44,4% (tabella 1). Non sono emerse delle differenze significative rispetto alla dimensione e alla localizzazione dei rispondenti e dei non rispondenti.

Per ciascuna variabile di secondo livello presente nel modello di valutazione si è chiesto di indicare se fosse ritenuta rilevante o non per valutare l'adozione di una tecnologia sanitaria attraverso una scala Likert (8) 1-5. La

rilevanza della relativa variabile di primo livello è stata determinata come media dei valori associati alle rispettive variabili di secondo livello il cui valore medio fosse superiore (9) a 2. I valori medi e le deviazioni standard per le variabili di primo e secondo livello sono sintetizzate nelle tabelle 2 e 3.

L'intento perseguito è stato la possibile semplificazione del modello proposto tramite lo storno delle variabili considerate non rilevanti. In tale ottica si è inteso spostare il *trade-off* tra completezza e semplicità verso quest'ultima.

La dimensione *contributo potenziale alla creazione di valore* appare essere spiegata in larga misura dai possibili benefici di breve periodo, con una grande enfasi sull'efficacia clinica. Viceversa, la variabile *sostenibilità dell'adozione di una tecnologia sanitaria* appare essere spiegata dalla sostenibilità finanziaria ed organizzativa, con una buona importanza anche della sostenibilità tecnologica.

Si precisa che, poiché i valori medi sono stati determinati partendo dalle risposte fornite dai medici, essi riflettono il punto di vista di quest'ultimi. *Stakeholder* diversi potrebbero avere percezioni differenti.

### 6.2. Analisi di un caso di studio

Nel 2003 l'unità operativa di Medicina nucleare di un noto ospedale universitario lombardo di grandi dimensioni ha promosso l'adozione di una unità PET FDG-18 al fine di migliorare l'attività diagnostica e la propria immagine/reputazione. L'investimento richiesto sarebbe stato pari a 1,5 milioni di euro per la PET e 2,5 milioni di euro per l'adozione di un ciclotrone dedicato. L'analisi del fabbisogno regionale di indagini PET supportava l'adozione. Infatti, nel 2003 l'offerta di indagini PET era modesta sull'intero territorio nazionale e si prevedeva

l'attivazione di ulteriori unità PET nell'arco dei successivi 2-5 anni. Per quanto concerne la Lombardia l'offerta era pari a 5.000 indagini PET per anno — erogati dall'Irccs Istituto nazionale tumori, dall'Ospedale S. Raffaele, dall'Irccs Ospedale Maggiore Policlinico di Milano — contro una domanda stimata di 16.000 indagini per anno. Conseguentemente vi era la possibilità di sfruttare una domanda non soddisfatta.

Il processo consueto di valutazione e selezione dell'ospedale verificava l'efficacia teorica ed operativa, la congruenza tra il *budget* disponibile e l'investimento iniziale, e la possibilità di conseguire il pareggio annuale tra ricavi e costi.

In tale contesto è stato condotto un esercizio di applicazione del modello di valutazione descritto. In particolare si è deciso di confrontare l'alternativa di adozione dell'unità PET FDG-18 con ciclotrone contro lo *status-quo*, valutando differenzialmente la prima rispetto la seconda. Tale decisione ha modificato la struttura del modello di valutazione in un piano a quattro quadranti — anziché uno — con valori positivi e negativi sia del contributo potenziale alla creazione di valore sia della sostenibilità dell'adozione dell'unità. La alternativa relativa al mantenimento dello *status-quo* assunta a riferimento è stata posizionata nell'origine di tale diagramma cartesiano.

In particolare, è stato ritenuto interessante giungere ad una sintesi delle varie misure delle variabili, supportando i decisori nel posizionamento delle due alternative sul piano rilevanza-rischio. In tale ottica, è stato necessario associare un valore alle variabili (*score*) e definire un sistema di pesi (*weight*). Per l'assegnazione degli *score* è stata utilizzata una scala Likert - 5 + 5 (considerando lo 0 come stato di indifferenza) valutando l'alternativa «investo» rispetto a quella del

mantenimento dello *status-quo*. Come *weight* sono stati usati i valori emersi dalla *survey* con l'intento di avere una valutazione più oggettiva. Per comodità tali valori sono stati riparametrizzati in scala 0-1. Nello specifico si è rapportato il valore di ciascuna variabile con la somma dei valori associati a tutte le variabili del medesimo livello.

Gli *score* assegnati e i rispettivi *weight* sono stati raccolti in tabella 4. Nel seguito si discuteranno brevemente i risultati emersi.

#### Misura del valore potenziale

La misura della creazione di valore sociale è stata realizzata usando come variabile l'efficacia operativa della

PET FDG-18 cercando contributi in letteratura e il relativo livello di evidenza. La ricerca sistematica ha evidenziato come le indagini condotte con unità PET (10) — soprattutto se integrate con indagini TAC — fossero in tale momento le più efficaci in ambito oncologico, neurologico e cardiologico. Per tale ragione è stato assegnato un punteggio pari a + 5.

La misura del valore economico ha valutato l'impatto sui costi operativi, sui ricavi e sulla immagine. La letteratura evidenziava il contenimento dei costi a livello di sistema sanitario — grazie ad una maggiore azione di prevenzione — ma il possibile aumento dei costi a livello di singola AS per la necessità di assumere nuove figure professionali (punteggio assegnato

**Tabella 1 - Aziende sanitarie incluse nella survey**

Aziende sanitarie incluse nel campione	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano (RM)</li> <li>• Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle (CN)</li> <li>• IRMET SpA (TO)</li> <li>• Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista (TO)</li> <li>• Istituto Clinico Humanitas (MI)</li> <li>• Multimedita Spa (MI)</li> <li>• IRCCS San Raffaele (MI)</li> <li>• Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori - IRCCS (MI)</li> <li>• Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda (MI)</li> <li>• Ospedale Maggiore di Milano - Policlinico (MI)</li> <li>• Fondazione Salvatore Maugeri (PV)</li> <li>• Azienda Ospedaliera S. Giacomo (TV)</li> <li>• Azienda Ospedaliera di Padova (PD)</li> <li>• Ospedale Civile S. Bortolo (VC)</li> <li>• Arcispedale S. Maria Nuova (RE)</li> <li>• Policlinico S. Orsola Malpighi (BO)</li> <li>• Centro PET ASL 9 Macerata (MC)</li> <li>• Azienda Ospedaliera Careggi (FI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituto di Fisiologia Clinica - Ambulatori CREAS - IFC Pisa (PI)</li> <li>• SDN - Istituto Ricerca Diagnostica e Nucleare (NA)</li> <li>• INT Fondazione Pascale (NA)</li> <li>• Azienda Ospedaliera Gravina e Santo Pietro (CT)</li> <li>• Casa di Cura ad Alta Specializzazione «La Maddalena» Spa (PA)</li> <li>• Ospedale «Villa Sofia» (PA)</li> <li>• Centro Diagnostico Italiano (MI)</li> <li>• Ospedali Civili (BS)</li> <li>• Ospedali Riuniti di Bergamo (BG)</li> <li>• Fondazione Macchi (VA)</li> <li>• Ospedale Umberto I (VE)</li> <li>• Centro Riferimento Oncologico (TS)</li> <li>• Ospedale Bufalini (FO)</li> <li>• Ospedali Riuniti di Livorno (LI)</li> <li>• Azienda Universitaria Policlinico Federico II (NA)</li> <li>• Villa Santa Teresa di Bagheria (PA)</li> <li>• Azienda Ospedaliera Cannizzaro (CT)</li> <li>• Ospedali Galliera di Genova (GE)</li> </ul>

Tabella 2 - Valori medi e deviazioni *standard* delle variabili di primo e secondo livello relative alla dimensione «contributo potenziale alla creazione di valore»

Variabile di primo livello	Valore medio	Deviazioni <i>standard</i>	Variabile di secondo livello	Valore medio	Deviazioni <i>standard</i>
Creazione di valore sociale	4,14	1,41	Efficacia clinica	4,14	1,41
Creazione di valore economico	2,78	1,18	Contenimento dei costi	2,42	0,67
			Miglioramento immagine/reputazione	3,14	1,16
			Incremento dei ricavi	2,78	1,34
Creazione di conoscenza	2,75	1,10	Attrazione di competenze distintive	3,14	1,11
			Conduzione di ricerca medica e/o tecnologica	2,35	1,00

Tabella 3 - Valori medi e deviazioni *standard* delle variabili di primo e secondo livello relative alla dimensione «sostenibilità dell'adozione di una tecnologia sanitaria»

Variabile di primo livello	Valore medio	Deviazioni <i>standard</i>	Variabile di secondo livello	Valore medio	Deviazioni <i>standard</i>
Sostenibilità finanziaria	4,2	1,02	Entità dell'investimento iniziale	4,52	1,01
			Sostenibilità annuale dei costi di gestione	3,87	0,95
Sostenibilità organizzativa	3,43	0,90	Coerenza con gli obiettivi strategici	3,29	0,77
			Coerenza tecnologia - struttura organizzativa	3,29	1,10
			Inerzia/propensione al cambiamento	3,70	0,77
Sostenibilità tecnologica	3,02	0,96	Posizionamento all'interno del ciclo di vita	3,43	1,00
			Reputazione del fornitore	2,54	0,78
			Solidità finanziaria del fornitore	2,48	0,82
Sostenibilità operativa	3,29	1,03	Conoscenza tecnologie e processi	3,11	0,99
			Disponibilità delle risorse	3,47	1,06
Sostenibilità di contesto	2,90	1,04	Epidemiologia del territorio	3,29	0,84
			Coerenza al contesto socio-tecnico	2,88	1,26
			Coerenza al contesto normativo	2,54	0,95

– 2). L'adozione di un'unità PET FDG-18 consentiva di aumentare i ricavi in modo diretto tramite l'erogazione di nuove indagini e indirettamente attraverso l'aumento delle attività nelle altre unità operative (punteggio assegnato + 4). In merito all'immagine/reputazione vi era nel 2003 la convinzione di poter acquisire velocemente un miglioramento, soprattutto a seguito della progressiva consapevolezza tra i pazienti e la comunità scientifica dell'efficacia della PET FDG-18 (punteggio assegnato + 3).

In merito ai benefici di medio-lungo termine, è stato ritenuto che l'adozione della PET avrebbe potuto consentire sia il conseguimento di competenze distintive sia la conduzione di attività di ricerca in ambito medico e tecnologico. Tali considerazioni erano rafforzate dalla costruzione del ciclotrone, con la costituzione di un'unità di radiochimica e la formazione di un *team* dedicato di professionisti. Punteggio assegnato all'attrazione di competenze + 3 (la difficoltà di assumere personale limitava tale beneficio) e alla conduzione di ricerca + 4.

Misura della sostenibilità dell'adozione della PET FDG-18 con ciclotrone

La misura della sostenibilità finanziaria è stata realizzata tramite l'identificazione dell'entità dell'investimento e la sostenibilità annuale dei costi operativi. La necessità di autofinanziare l'adozione — non avendo trovato un ente *for-profit* o *non-profit* interessato ad una donazione — preoccupava la dirigenza dell'ospedale che ha spinto per assegnare un punteggio – 4. Insieme al responsabile dell'unità operativa si è provveduto ad una stima dei flussi economici al lordo delle imposte, ipotizzando una loro coincidenza con quelli finanziari.

L'incertezza sul valore delle tariffe (era possibile una riduzione del 20% a seguito di un'improvvisa adozione di PET FDG-18 da parte di più AS) e sul costo del tracciante radioattivo (si ipotizzava una riduzione del 33% a segui-

to della liberalizzazione del relativo mercato) ha spinto alla conduzione di una analisi per scenari. L'analisi dei flussi di cassa ha verificato che soltanto in caso di mantenimento delle tariffe di rimborso correnti, i ricavi avreb-

**Tabella 4 - Punteggi e pesi per le diverse variabili presenti nel modello di valutazione**

Variabile di primo livello	Peso 0-1	Variabile di secondo livello	Peso 0-1	Punteggio
<b>Creazione di valore sociale</b>	0,42	Efficacia clinica	1,00	+ 5
<b>Creazione di valore economico</b>	0,29	Contenimento dei costi	0,29	- 2
		Miglioramento immagine/reputazione	0,38	+ 4
		Incremento dei ricavi	0,33	+ 3
<b>Creazione di conoscenza</b>	0,29	Attrazione di competenze distintive	0,57	+ 3
		Conduzione di ricerca medica e/o tecnologica	0,43	+ 4
<b>Sostenibilità finanziaria</b>	0,25	Entità dell'investimento iniziale	0,54	- 4
		Sostenibilità annuale dei costi di gestione	0,46	- 3
<b>Sostenibilità organizzativa</b>	0,20	Coerenza con gli obiettivi strategici	0,32	+ 4
		Coerenza tecnologia-struttura organizzativa	0,32	- 2
		Inerzia/propensione al cambiamento	0,36	+ 4
<b>Sostenibilità tecnologica</b>	0,17	Posizionamento all'interno del ciclo di vita	0,41	+ 4
		Reputazione del fornitore	0,30	0
		Solidità finanziaria del fornitore	0,29	0
<b>Sostenibilità operativa</b>	0,20	Conoscenza tecnologie e processi	0,47	- 1
		Disponibilità delle risorse	0,53	- 2
<b>Sostenibilità di contesto</b>	0,18	Epidemiologia del territorio	0,38	+ 5
		Coerenza al contesto socio-tecnico	0,33	+ 5
		Coerenza al contesto normativo	0,29	+ 5

bero coperto i costi garantendo un tempo di ripagamento di poco più di 4 anni. Poiché la direzione era interessata a un rapido e relativamente certo ritorno dell'investimento, il punteggio assegnato è stato - 3.

Per quanto concerne la misura della sostenibilità organizzativa, vi era una buona coerenza con gli obiettivi strategici dell'unità operativa e dell'ospedale, che puntava a un rilancio della diagnostica sia nucleare sia tradizionale (punteggio assegnato + 4) e una lunga tradizione di propensione al cambiamento, che ha lasciato ben sperare per l'adozione dell'unità PET FDG-18 (punteggio assegnato + 4). Viceversa vi sono stati dubbi sulla coerenza tra la tecnologia e la struttura organizzativa. Tali preoccupazioni sono discese dalla necessità di creare un *team* di professionisti dedicato, che avrebbe reso meno flessibile la gestione del personale — che era uno dei punti di forza dell'unità operativa — e dall'introduzione di nuove figure professionali, che avrebbero alterato l'attuale equilibrio dei compiti e ruoli (punteggio assegnato - 2).

La valutazione della sostenibilità tecnologica si è focalizzata sulla posizione della tecnologia nel ciclo di vita, poiché la reputazione e solidità del fornitore non erano differenti tra le due alternative decisionali. In merito al posizionamento della tecnologia lungo il suo ciclo di vita, al momento della valutazione la PET FDG-18 era senza dubbio una delle tecnologie di punta per la diagnostica funzionale e le indagini PET sembravano destinate ad essere più richieste dai professionisti e dai pazienti. Il punteggio assegnato è stato + 4.

Sul fronte delle risorse, l'adozione dell'unità PET FDG-18 ha evidenziato alcune carenze sostanziali. Per quanto riguardava le competenze, la recente adozione della metodica della diagnostica funzionale avrebbe potuto

rendere gravoso il reperimento all'esterno di personale già qualificato. Guardando al personale interno, i tecnici e i fisici sanitari avrebbero dovuto apprendere le nuove procedure operative per l'uso del tomografo e formarsi alla diagnostica funzionale; mentre per la radiochimica e la gestione del ciclotrone si sarebbe dovuto assumere necessariamente dall'esterno figure professionali quali il radiochimico ed il radiofarmacista. Tali problematiche sono state considerate comunque risolvibili entro 12 mesi dall'adozione dell'unità PET. Punteggi assegnati - 1 (sul fronte competenze) e - 2 (sul fronte delle risorse).

Infine punteggio pieno (+ 5) è stato assegnato alle variabili di contesto. Infatti la domanda di indagini PET espressa dal bacino di riferimento dell'ospedale era superiore all'offerta che l'ospedale avrebbe fornito e non è sembrato che altre aziende sanitarie limitrofe avrebbero adottato una unità PET FDG-18 nel breve-medio termine. La coerenza con il contesto socio-tecnico era alta, poiché la diagnostica funzionale era sempre più oggetto di interesse da parte dei professionisti sanitari, dei pazienti, dei regolatori, delle aziende operanti nell'ambito della diagnostica. Anche sul fronte normativo, l'uso di indagini PET avrebbe migliorato *il decision making* clinico, riducendo interventi inutili e possibili errori medici, assicurando il massimo *outcome* per i pazienti.

#### Sintesi delle valutazioni

La sintesi dei punteggi è stata ottenuta moltiplicando il punteggio associato ad ogni variabile per il relativo peso. Così operando il valore associato dell'ordinata «contributo potenziale alla creazione di valore» è stato pari a + 3,65 evidenziando che l'adozione di una unità PET FDG-18 poteva creare più valore per l'ospedale e per i pa-

zienti richiedenti attività diagnostiche rispetto al mantenimento dello *status quo*. Invece, il valore associato all'ascissa «sostenibilità dell'adozione della tecnologia» è stato pari a + 0,40 precisando che l'adozione dell'unità PET FDG-18 era di fatto sostenibile, ma necessitava di una gestione accorta per evitare possibili fallimenti. Le preoccupazioni riguardavano la incerta sostenibilità finanziaria e la possibile mancanza delle risorse (umane) necessarie.

Complessivamente l'alternativa relativa all'adozione della PET FDG-18 è stata collocata nel quadrante del modello di valutazione caratterizzato da valori positivi del differenziale di valore e di sostenibilità. Pertanto tale alternativa dominava l'altra (relativa al mantenimento dello *status quo*) e il modello di supporto alla valutazione suggeriva la selezione. Tuttavia la dirigenza dell'ospedale ha deciso di posticipare questa scelta, per osservare le evoluzioni del contesto ambientale, in termini di liberalizzazione del mercato dei traccianti, di definizione dei nuovi tariffari, di definizione di nuove modalità per disporre di una unità PET evitando l'acquisto, di evoluzioni tecnologiche.

#### Implicazioni a livello di *policy* sanitaria

Interessante è evidenziare che se dalla prospettiva di una azienda sanitaria l'adozione di una unità PET con costruzione di un ciclotrone dedicato è la scelta dominante, viceversa dalla prospettiva del regolatore regionale questa alternativa è da evitarsi. Difatti, qualora ciascuna azienda sanitaria adottasse un proprio ciclotrone con una propria unità di radiochimica, si darebbe vita, a livello di sistema regionale, a fenomeni di duplicazione (più ciclotroni sovra-dimensionati e sotto-utilizzati), con spreco di ingenti

risorse finanziarie. Tale soluzione è di fatto non accettabile dalla società civile e dalle sedi istituzionali in quanto finanziariamente più impegnativa e contro tendenza rispetto ad un disegno globale che prevede un sostanziale snellimento delle strutture pubbliche di diagnosi e cura. Tale scelta sarebbe inoltre in contrasto con la tendenza — percepita anche a livello di comunità scientifiche — all'accentramento della produzione di radiofarmaci e al decentramento dei tomografi, con la costituzione di *network* di tomografi satelliti posizionati attorno ad un unico centro produttivo. L'errata regolamentazione del mercato dei traccianti e l'assenza di una chiara politica regionale in termini di unità PET portava ad una divergenza tra le scelte a livello di singola azienda sanitaria e di sistema. Anche l'analisi dei costi evidenzia una tale possibilità. Difatti, mentre l'adozione di unità PET è costo-efficiente per il sistema, può non esserlo per una azienda sanitaria, che registra l'aumento dei propri costi operativi. La ragione soggiace nel diverso ventaglio di costi considerati: l'ottica regionale considera, oltre ai costi sostenuti dalla azienda sanitaria, anche tutti i costi che sono sostenuti dai pazienti, dai loro familiari e dalla collettività. Alla luce di tutte le precedenti considerazioni, il decentramento dell'autonomia decisionale può esservi soltanto se è possibile garantire l'allineamento tra le scelte operate a livello di sistema e di singola azienda sanitaria.

## 7. Conclusioni

Il presente articolo si colloca nell'ambito delle ricerche di *Health Technology Assessment* e intende contribuire al dibattito sulla valutazione di una tecnologia sanitaria. In quest'ottica, intende integrare le attuali tecniche sanitarie di valutazione con i

contributi formalizzati nell'ambito del *Management of Technology*, formalizzando un modello originale di supporto alla valutazione e selezione delle tecnologie sanitarie. In particolare, il presente articolo propone, da un lato, un contributo specifico per i decisori che operano a livello di sistema e, dall'altro, un contributo per i decisori del livello aziendale.

In merito alle decisioni di *policy* regionale/nazionale, è rilevante considerare che possono crearsi delle divergenze tra la strategia tecnologica formalizzata a livello di sistema e a livello di azienda sanitaria. Una prima implicazione di tali divergenze è un'allocazione inefficiente delle risorse disponibili, come conseguenza di un possibile comportamento «opportunistico» delle aziende sanitarie rispetto alle esigenze a livello regionale/nazionale. Divergenze nelle strategie possono scaturire da diversi obiettivi perseguiti a livello di sistema e di azienda sanitaria. La singola azienda sanitaria cerca di fatto di massimizzare la creazione di valore sociale contenendo il proprio consumo di risorse, mentre il regolatore considera un ventaglio più ampio di costi che include, oltre ai costi sostenuti dall'erogatore, anche i costi sostenuti dai pazienti e dalla collettività in genere (in un'ottica di costo della malattia) (11). Divergenze possono nascere anche da un diverso orizzonte temporale per i ritorni attesi. Se da un lato a livello di sistema si tende ad accettare benefici a medio-lungo termine, dall'altro a livello di azienda sanitaria si tende a privilegiare benefici di breve-medio termine.

La rilevanza di gestire efficacemente le relazioni tra i diversi livelli del sistema sanitario evidenzia la necessità di approfondire la ricerca manageriale in questo ambito. La letteratura palese, in questo senso, vari contributi basati sulla teoria principale-agente (12). Tali contributi dovrebbero essere inte-

grati con una prospettiva manageriale che supporti, oltre la definizione di contratti ottimi tra le diverse parti, l'identificazione delle cause che portano alle possibili divergenze e le implicazioni di tali divergenze. Una possibile estensione del modello sviluppato in questo lavoro consente di formulare alcuni spunti di ricerca sulla precedente tematica. La domanda a cui si dovrebbe dare una risposta è la seguente: una tecnologia sanitaria che si caratterizza per un elevato contributo potenziale alla creazione di valore e un'elevata sostenibilità d'adozione, si caratterizza anche in maniera automatica per un elevato valore potenziale secondo una prospettiva regionale/nazionale e per un'elevata sostenibilità? La figura 3 schematizza questa problematica. La sostenibilità al livello macro è funzione dell'attrattività che la tecnologia sanitaria riveste al livello locale. Se le aziende sanitarie nel loro insieme considerano una tecnologia sanitaria non interessante rispetto ad altre alternative, probabilmente non saranno interessate alla sua adozione nonostante un possibile interesse al livello macro. La diversa strategia sui ciclotroni presentata in questo lavoro può essere inquadrata all'interno di questa problematica.

In tale ottica, la metrica che spiega il posizionamento di una tecnologia sanitaria sui due piani deve essere costruita e formalizzata, così come le varie leve finanziarie ed organizzative che possono essere utilizzate per modificare il posizionamento stesso.

Relativamente al processo di valutazione e selezione delle tecnologie sanitarie a livello di singola azienda sanitaria, il modello proposto il modello restituisce un'informativa maggiore rispetto agli studi di analisi costo-beneficio, poiché integra le variabili dell'analisi costo-beneficio con altre relative alla specifica azienda sanitaria. Nello specifico, si sottolinea come la

medesima tecnologia sanitaria possa contribuire in maniera differente alla creazione di valore a seconda dell'azienda sanitaria che la adotta. Al fine di evitare un'allocazione inefficiente delle risorse, l'adozione di una tecnologia sanitaria deve essere valutata secondo molteplici prospettive. La definizione di un ventaglio coerente di variabili da misurare favorisce la completezza della valutazione, ma rende più difficile la sintesi delle diverse valutazioni, poiché estremamente eterogenee. A tal riguardo, il presente lavoro ha investigato la possibilità di integrare le valutazioni attraverso la formalizzazione di un sistema di pesi. Alla luce dello studio di caso, si può affermare che la formalizzazione di un sistema di pesi oltre a non eliminare completamente la soggettività della scelta, sembra essere un'attività non «costo-efficace», poiché crea un valore incrementale modesto rispetto alle risorse necessarie per determinarla. Inoltre, mentre il modello è estensibile in termini generali ad altre tecnologie sanitarie e ad un ventaglio ampio di aziende sanitarie, il sistema di pesi di fatto non lo è, poiché intimamente dipendente dalla specifica tecnologia oggetto dell'analisi e dalla strategia della specifica azienda sanitaria.

(1) Esistono varie definizioni e classificazioni delle tecnologie sanitarie. Partendo dalla definizione generale di tecnologia come la generica applicazione della ricerca scientifica al miglioramento delle attività umane, una tecnologia sanitaria è definita come l'applicazione della conoscenza medica alla prevenzione e cura dello stato di salute di una persona. Concretizzando tale definizione Geisler e Heller (1998) hanno identificato sei tipologie di tecnologie sanitarie: a) *medical device ed equipment*, b) farmaci, c) tecnologie sanitarie per l'informazione e comunicazione (TIC) e la telemedicina, d) consumabili, e) procedure mediche o chirurgiche e f) formazione.

(2) Sackett (1995) riconobbe la «evidenza» come il necessario fondamento del *decision making* in sanità e propose una scala a diversi

livelli di evidenza che sono associati alle modalità secondo cui le informazioni sanitarie sono ricavate. In particolare, il livello più alto di evidenza è associato alla conduzione di *trial* clinici randomizzati su popolazioni con numerosità elevata, mentre il livello più basso è associato alla mero coinvolgimento di esperti.

(3) Coerentemente con le linee guida promosse dalla *British Accademy of Management* — che da anni promuove l'adozione nella ricerca manageriale degli strumenti sviluppati in sanità per un'analisi sistematica della letteratura — e operazionalizzate da Tranfield *et al.* (2002), gli autori hanno definito e usato un *set* di criteri di inclusione o esclusione. In particolare tra tali criteri ne sono stati definiti alcuni per la valutazione della «qualità» dei contributi individuati. Nello specifico, essi sono: (a) il contributo alla teoria; (b) le implicazioni per la pratica; (c) la coerenza dell'architettura e della metodologia di ricerca; (d) la robustezza dei risultati; (e) la generalizzabilità dei risultati (in termini analitici o teorici). La presente ricerca ha confermato l'utilità della definizione di protocolli di ricerca, ma ha evidenziato la difficoltà di eliminare ogni elemento di soggettività del ricercatore nella valutazione della qualità dei contributi.

(4) Una variante della CEA è l'analisi costo-conseguenze (CCA). La distinzione è legata alla misurazione degli *outcome*. La CEA ipotizza che gli *outcome* dell'adozione di una tecnologia sanitaria siano misurabili attraverso una sola grandezza «naturale» e che dunque il confronto tra più alternative sia semplice. In realtà i medici tendono a valutare un *set* di grandezze naturali per caratterizzare gli *outcome*. Ad esempio il recente esercizio di HTA (Lettieri, Masella, 2004) sull'adozione del Mammotome® per la biopsia al seno ha individuato cinque distinte grandezze naturali per la misura degli *outcome*. In questi casi la sintesi delle grandezze in una sola è un'attività complessa. Generalmente si replicano tante CEA quante sono le grandezze naturali individuate per gli *outcome* — individuando altrettanti rapporti di costo-efficacia — lasciando al decisore il compito di selezionare l'alternativa tecnologica più «costo-efficace». L'insieme delle analisi di CEA prende il nome di CCA.

(5) A tal proposito grande enfasi ha avuto negli anni passati la misura del valore percepito attraverso gli strumenti della *Willingness To Pay* (WTP) da parte dei beneficiari stessi. Questa metodica è tuttavia al centro di un acceso dibattito sulla consistenza etica della valutazione. Difatti i risultati sono estremamente variabili con il reddito disponibile e con lo stato di salute.

(6) Le dimensioni contributo potenziale e sostenibilità dell'adozione sono considerati costrutti teorici e pertanto rappresentano l'aggregazione di più variabili.

(7) In questo articolo il termine «valore economico» è usato in una accezione più ristretta rispetto a quella che è in genere utilizzata in economia aziendale.

(8) La scala di Likert è comunemente impiegata nell'ambito della ricerca sociale per misurare atteggiamenti e/o opinioni attraverso l'uso di affermazioni (Likert, 1932). La scala Likert prevede una lista di affermazioni che sono semanticamente collegate agli atteggiamenti che sono oggetto di indagine. Generalmente sono previste cinque possibili alternative di risposta. In particolare, esse sono: completamente d'accordo, d'accordo, incerto, in disaccordo, in completo disaccordo. A ciascuna di tali risposte si assegna nell'ordine l'etichetta 5, 4, 3, 2, 1 che ha la funzione specifica di ordinare le alternative di risposta.

(9) Di fatto, i rispondenti non hanno evidenziato nella media variabili di secondo livello che fossero non rilevanti per la valutazione di una tecnologia sanitaria. Essendo valutazioni soggettive su una propria percezione, si è deciso di escludere soltanto quelle variabili su cui ci fosse un giudizio di «completo disaccordo» sulla rilevanza della variabile.

(10) Negli USA la HealthCare Financing Administration (HCFA), ha riconosciuto che la PET è una metodica di *imaging* biologico con ampiamente dimostrata efficacia in ogni aspetto relativo alla diagnosi, stadiazione e monitoraggio delle malattie oncologiche, neurologiche e cardiologiche.

(11) Le analisi di costo della malattia forniscono informazioni sul peso economico sopportato dalla società per una data malattia. Nello specifico il costo sociale di una malattia considera tre componenti: i costi diretti (le risorse erogate per la prevenzione e il trattamento della malattia stessa e delle patologie correlate), i costi indiretti (imputabili alle perdite di produzione per assenze dal lavoro da parte dei soggetti colpiti) e i costi intangibili (gli effetti psicosociali, quali sofferenza e disagio causati dalla malattia).

(12) Sul tema dell'applicazione della teoria principale-agente, si veda per tutti (Smith, 1997).

#### BIBLIOGRAFIA

ANDERSON G.F., POUILLIER J.P. (1999), «Health spending access and outcomes: trends in industrialized countries», *Health Affairs*, 18(3), pp. 178-192.

- AZZONE G., BERTELE U. (1998), *Valutare l'innovazione: analisi e controllo degli investimenti*, Etas Libri, Milano.
- AZZONE G., LETTIERI E., MASELLA C. (2002), «Does shareholder value make sense in healthcare organisations in order to assess investment proposals?», *International Journal of Healthcare Technology and Management*, vol. 4, 3-4.
- BUXTON M.J. (1987), «Problems in the Economic Appraisal of New Health Technology: The Evaluation of Heart Transplants in the UK», in M.F. Drummond ed. *Economic Appraisal of Health Technology in the European Community*, Oxford Medical Publications.
- CHIESA V. (1997), *Strategia e Tecnologia*, Scuola AilG, 5ª Edizione, Bressanone (Italia), settembre.
- Concepts and Strategic Issues*, Wiley Publishers.
- CUNNINGHAM S.J. (2001), «An introduction to economic evaluation of healthcare», *Journal of Orthodontics*, vol. 28, 3, pp. 246-250.
- DONALDSON C. (1990), «The state of the art of costing health care for economic evaluation», *Community Health Studies*, vol. 14, pp. 341-356.
- DOWIE J. (2004), «Why cost-effectiveness should trump (clinical) effectiveness: the ethical economics of the South West quadrant», *Health Economics*, forthcoming.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford University Press, Oxford.
- EISLER G., SHEPS S., TAN J., SATOGLU S. (2002), «Healthcare technology management (HCTM): An empirical investigation of gaps in key performance indicators among Canadian teaching hospitals», *Atti della II Conferenza Internazionale The Hospital of the Future*, Chicago (USA), luglio.
- FOOTE S. (1992), *Managing the Medical Arms Race: public Policy and Medical Device Innovation*, Berkley, CA, University of California Press.
- FORBES R.B., LEES A., WAUGH N., SWINGLER R.J. (1999), «Population based cost utility study of interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis», *BMJ*, vol. 319, pp. 1529-1533.
- FRIEDMAN L.H., GOES J. (2000), «The timing of Medical Technology Acquisition: Strategic Decision Making in Turbulent Environments», *Journal of HealthCare Management*, 45, 5, pp. 317-331.
- GEISLER E., HELLER O. (1998), «Organization and decision making in MMT», in *Management of Medical Technology, Theory, Practice and Cases*, Kluwer, Boston.
- GOLDSTEIN S.M., WARD P.T., LEONG G.K., BUTLER T.W. (2002), «The effect of location, strategy, and operations technology on hospital performance», *Journal of Operations Management*, 20, pp. 63-75.
- GOODACRE S., MCCABE C. (2002), «An introduction to economic evaluation», *Emerg. Med. J.*, vol. 19, pp. 198-201.
- HEIDENBERGER K., RÖTH. M. (1998), «Taxonomies in the strategic management of healthcare technologies», *International Journal of Technology Management*, 15(3/4/5), pp. 336-358.
- HUMMEL J.M., ROSSUM VAN W., WERKERKE G.J., RAKHORST G. (2000), «Assessing medical technologies in development; a new paradigm of medical technology assessment», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), pp. 1214-1219
- KUMAR, ASOKA (1998), «Management of healthcare technology Literature (1979-97): a multy-dimensional introspection», *International Journal of Technology Assessment and Healthcare*.
- LI L. (1997), «Relationship between determinants of hospital quality management and service quality performance - a path analytic model», *International Journal of Management*, 25(5): 535-545
- LIKERT R. (1932), *A Technique for the Measurement of Attitudes*, Archives of Psychology, monografia n. 140.
- POULSEN B.P. (2000), *Health Technology Assessment and Diffusion of Health Technology*.
- ROBINSON R. (1993), «Economic Analysis and healthcare. What does it mean?», *British Medical Journal*, vol. 307, pp. 670-673.
- SACKETT D. (1995), «Evidence-based medicine, Lancet, October 28, 346(8983), 1171.
- SCHOONHOVEN C. (1981), «Problem with contingency theory: testing assumptions hidden within the language of contingency», *Administrative Science Quarterly*, 26, pp. 349-377.
- SCHWARTZ W., MENDELSON D. (1992), «Why Managed Care Cannot Contain Hospital Costs Without Rationing», *Health Affairs*, 11 (2), pp. 100-107.
- SMITH P.C., STEPAN A., VALDMANIS V., VERHEYEN P. (1997), «Principal-agent problems in healthcare systems: an international perspective», *Health Policy*, vol. 41, pp. 37-60.
- SZCZEPURA A., KANKAANPAA J. (1997), *Assessment of Health Care Technologies: Case Studies, Key Concepts and Strategic Issues*, Wiley Publishers.
- TARRICONE R. (2004), *Valutazioni economiche e management in sanità. Applicazioni ai programmi e tecnologie sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- TRANFIELD D., DENYER D., SMART P. (2002), «Developing an evidence-informed approach to management knowledge by means of systematic review», Cranfield School of Management, Cranfield University, Working Paper.
- WALLEY P. (2002), «Implementing IT in NHS hospitals - internal barriers to technological advancement», *Int. Journal Healthcare Technology & Management*, vol. 4, 3-4, pp. 259-272.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANISATION (2000), *Health systems: improving performance*, Geneva.
- ZARKNE K.B., LEVINE M.A.H., O'BRIEN J. (1997), «Cost-benefit analyses in the healthcare-literature: don't judge a study by its label», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50, pp. 813-822.



# ANALISI COSTI-EFFICACIA DELLA CURA DEL DOLORE IN ITALIA: LA RADIOISOTOPOTERAPIA CON SAMARIO-153 E LA TERAPIA CONVENZIONALE

Monica Otto<sup>1</sup>, Franck-Ulrich Fricke<sup>2</sup>, Rosanna Tarricone<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CERGAS-SDA - Università Bocconi - Milano

<sup>2</sup> Fricke & Pirk GmbH

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

*The presence of bone metastases is a common event in the natural history of nearly all neoplasms which often affects the patient's quality of life. The widespread extent of bone disease in cancer patients justifies the development of targeted therapy for the treatment of cancer and for pain relief in particular. Therapeutic nuclear medicine is rapidly developing as an additional treatment strategy in oncology. The present study aims at assessing costs and resource utilisation patterns of patients suffering from prostate cancer treated with the radionuclide therapy against the conventional pain therapy in the Italian context. Total incremental costs within the national health care system and payer's incremental costs are taken into consideration. The first step of our survey consists in a literature review about the use of the radionuclide therapy in the Italian context in the last 5 years. It demonstrated that this field lacks of data as to resource utilisation, while effectiveness assessments (available in clinical trials) have been broadly conducted. Because of the lack of information concerning resource utilizations, experts opinion have been gathered through the «modified Delphi method». From the cost-effectiveness analysis it emerges that radionuclide therapy with samarium is cost effective. Total direct costs over a four months period of conventional pain therapy amounts to 717,84 euros compared to 1.380,06 euros under samarium. Complete pain response, as given by the clinical trial, is 18 % under conventional pain therapy and 38 % under samarium therapy. Hence, the average costs per complete pain responder under conventional pain therapy are 3.988,00 euros and 3.631,74 euros under samarium therapy. The incremental cost effectiveness ratio (ICER) is 3.311,11 euros per additional complete pain responder.*

## 1. Introduzione

L'insorgenza di metastasi ossee è un evento frequente nella storia naturale di quasi tutte le neoplasie ad uno stadio avanzato e spesso ha un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti, poiché può causare dolore, fratture, immobilità, ipercalcemia, ansietà e depressione (Tordiglione *et al.*, 1999). L'ampia diffusione di metastasi ossee dolorose in pazienti affetti da tumore giustifica lo sviluppo di terapie mirate al trattamento delle metastasi e del dolore dalle stesse causato. Tra queste rientrano l'uso degli analgesici e la somministrazione sistematica di radiofarmaci (Serafini, 2000). Nel trattamento del dolore con analgesici normalmente viene adottata la cosiddetta «scala» dell'OMS che individua

tre livelli di intensità del dolore: lieve, moderata ed intensa, ai quali corrispondono rispettivamente trattamenti con farmaci anti-infiammatori non-steroidi (FANS), oppiacei leggeri ed oppiacei più forti (Ripamonti, 2001). I limiti principalmente associati a tale terapia sono legati agli effetti collaterali (principalmente costipazione e sonnolenza) causati dalla necessità di incrementare il dosaggio e la concentrazione dei farmaci all'aumentare del dolore.

Negli ultimi anni la medicina nucleare si è rapidamente sviluppata come strategia terapeutica addizionale in campo oncologico (Hoefnagel, 1999). Essa da un lato può far parte di una strategia terapeutica volta ad eradicare

il tumore laddove irradiato, dall'altra può fornire supporto in fase di controllo della malattia o nella cura del dolore in caso di tumori incurabili, caratterizzandosi per l'assenza di invasività e la relativa mancanza di effetti collaterali avversi (Chatal *et al.*, 1999). È in questo ambito che si è sviluppata la terapia con radionuclidi (o radioisotopototerapia), esistente da vari decenni soprattutto negli Stati Uniti con il fosforo-32 (Malsano *et al.*, 2001). Il ricorso alla radioisotopototerapia ha cominciato a diffondersi nel corso degli

---

Per quanto il lavoro sia frutto di una ricerca comune, il § 1 è da attribuire a Monica Otto e Franck-Ulrich Fricke, il § 2 a Franck-Ulrich Fricke e Rosanna Tarricone, il § 3 a Monica Otto e infine il § 4 a Rosanna Tarricone.

ultimi anni dopo l'introduzione di nuovi radionuclidi (1), e nello specifico il Samario 153 (2), che presentano concentrazione selettiva nell'osso, facili vie di somministrazione e ridotti problemi di tossicità sistemica (Tordiglione *et al.*, 1999; McEwan, 2000).

In un contesto di razionamento delle risorse, generato da una scarsità delle stesse a fronte di una domanda di prestazioni sanitarie pressoché infinita, diventa importante valutare i costi di nuove terapie allo scopo di informare i decisori circa la convenienza della loro implementazione. Tali considerazioni assumono una valenza ancora maggiore in un contesto, quale quello italiano, dove la terapia del dolore è oggetto di significativi investimenti sia a livello nazionale che locale. Negli ultimi anni, infatti, il Ministero della salute ha adottato nuove iniziative (legge 12/2001 e D.M. 4 aprile 2003) per promuovere la terapia del dolore e per facilitare la prescrizione e l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nel trattamento del dolore in pazienti affetti da patologia neoplastica o degenerativa. Inoltre, con D.M. 24 marzo 2003, è stata istituita, presso la Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici del Ministero della salute, la Commissione in materia di Terapia del dolore con il compito di individuare ed approfondire idonee soluzioni ai problemi che ancora ostacolano in Italia l'uso dei farmaci analgesici oppiacei. A livello locale, tra le Regioni che hanno maggiormente investito nella cura del dolore si attestano la Regione Veneto e Toscana. In particolare, in ogni Asl di quest'ultima attualmente esistono un comitato per la terapia del dolore e diversi centri residenziali per le cure palliative ai malati di tumore. Inoltre con una delibera del 10 ottobre 2003 la prescrizione dei farmaci antidolore è diventata interamente a carico del servizio sanitario regionale, così come si sta verificando

anche a livello nazionale mentre si scrive.

L'esigenza di trovare un'adeguata risposta al dolore rappresenta pertanto una delle priorità della sanità italiana. Tuttavia, strategie terapeutiche differenti da quella tradizionalmente basata sulla somministrazione di oppiacei si stanno affermando nella terapia del dolore. Per supportare il processo decisionale in questo ambito specifico, si ritiene che l'analisi economica di convenienza comparata tra strategie diverse possa risultare di grande utilità per i decisori a livello locale, regionale e centrale.

Il presente studio si propone di valutare e comparare l'efficacia ed il consumo di risorse generati dal ricorso a due differenti terapie del dolore in pazienti affetti da tumore alla prostata: quella considerata convenzionale che ricorre alla somministrazione di oppiacei ed un'alternativa che si serve di radionuclidi, e nello specifico del Samario-153. La prospettiva dello studio è quella dell'Ssn e dei cittadini/pazienti.

## 2. Metodi

Per conseguire l'obiettivo dello studio è stato sviluppato un modello di analisi (figura 1) utilizzato in diversi contesti internazionali, tra cui quello italiano. Il modello mette a confronto:

a) costi ed efficacia della terapia con Samario (Sm-153) vs.

b) costi ed efficacia della terapia convenzionale del dolore utilizzata nella pratica clinica italiana.

L'efficacia clinica è stata misurata in termini di «completa risposta al dolore» da parte dei pazienti trattati con le due tipologie di terapia su un periodo temporale di 4 mesi. Per quanto riguarda il trattamento del Samario non esistono studi clinici che ne misurino l'efficacia su periodi più ampi e pertanto, allo scopo di rendere le due tera-

pie confrontabili, si sono rapportati i costi di entrambe all'orizzonte temporale di 4 mesi.

Il modello non considera il trattamento della neoplasia, in quanto si suppone che questo prescinda dal trattamento del dolore.

### 2.1. Fonte dei dati di efficacia

Dalla letteratura emerge che l'efficacia clinica del trattamento con Samario è stata valutata attraverso tre differenti studi clinici controllati, i quali hanno preso in considerazione la somministrazione di Samario Sm-153 leixidronam per la terapia del dolore (Resche *et al.*, 1997; Serafini *et al.*, 1998; Sartor *et al.*, 2004). I risultati in termini di efficacia a cui si è fatto riferimento nel presente studio economico si basano tuttavia sull'ultimo studio clinico (Sartor *et al.*, 2004), per l'ampiezza del campione selezionato e l'omogeneità della patologia: la totalità dei pazienti era infatti affetta dalla medesima tipologia di tumore.

Lo studio clinico di riferimento (424Sm10/11), è uno studio multicentrico, in doppio cieco, vs. placebo che ha randomizzato 152 pazienti ormone - refrattari affetti da tumore alla prostata e da metastasi ossee dolorose eleggibili per il trattamento con placebo (51 pazienti) e per la somministrazione di 1.0 mCi/Kg di Samario (101 pazienti) (Sartor *et al.*, 2004).

Lo studio ha coinvolto pazienti con un'età media di 70 anni in un range compreso tra 50 ed 87 anni nel gruppo trattato con placebo e tra 46 ed 86 anni nel gruppo trattato con Samario.

L'efficacia clinica è stata definita in termini di risposta completa al dolore misurata attraverso una scala visiva analogica (VAS) ed una scala descrittiva (PDS) di intensità del dolore e, parallelamente, in termini di utilizzo di analgesici oppiacei (Sartor *et al.*, 2004).

Dal *trial* clinico emerge che la percentuale di risposte complete al dolore è pari al 38% nel gruppo Samario e al 18% nel gruppo placebo ( $p < 0,05$ ). Tali risultati indicano che nel gruppo di trattamento attivo si è verificato un sollievo del dolore tale da rendere possibile la riduzione dei trattamenti farmacologici.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali prodotti dal Samario, questi sono stati valutati in termini di tossicità ematologica secondo i criteri stabiliti dal *National Cancer Institute Common Toxicity*, prendendo in considerazione gli effetti prodotti sull'emoglobina e sui livelli di piastrine e globuli bianchi ed attribuendo loro un valore su una scala da 0 a 4. Dal *clinical trial* emerge che sono stati rari i casi in cui si è registrato un massimo livello di riduzione di piastrine o globuli bianchi

(pari a 4 sulla scala di riferimento). Per quanto riguarda i cambiamenti dell'emoglobina in generale essi risultano simili in entrambi i gruppi (Sartor O. *et al.*, 2004).

2.2. *Fonte dei dati di consumo delle risorse e di costo*

Al fine di raccogliere i dati di consumo delle risorse nelle due strategie terapeutiche, è stata condotta un'analisi della letteratura che ha evidenziato la mancanza totale di dati circa l'assorbimento ed il consumo di risorse nel contesto indagato. Per tale motivo si è fatto ricorso al parere degli esperti. L'utilizzo dell'opinione di esperti risulta infatti un valido strumento di indagine nel caso vi sia una scarsa letteratura di riferimento in un determinato ambito di ricerca, oppure quando i ri-

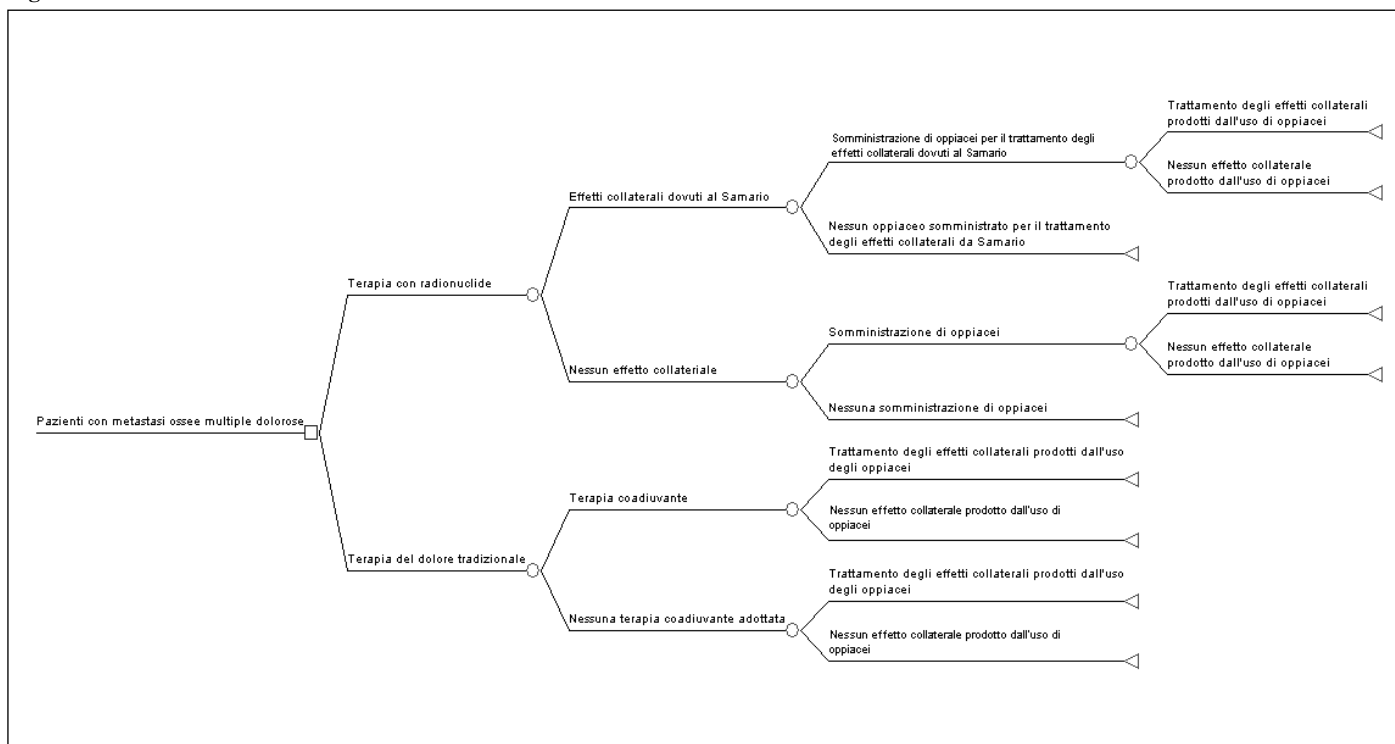
sultati di una rassegna della letteratura sono considerati inaffidabili, contraddittori o insufficienti per le finalità dello studio in corso (Keeney *et al.*, 2001; Evans, 1997; Powell, 2003). Tale metodo viene ampiamente utilizzato in ambito di politica sanitaria, linee-guida e *disease management* (Keeney *et al.*, 2001).

Le tecniche utilizzabili per ottenere un consenso sul consumo delle risorse sono sostanzialmente tre: il metodo Delphi (tradizionale), il metodo Delphi modificato ed il *panel* di esperti (Tarricone, 2004).

Il *metodo Delphi* tradizionale consiste in un processo strutturato che prevede:

- la selezione di un gruppo di esperti il quale deve restare in forma anonima fino alla fine del processo e deve essere rappresentativo della pra-

Figura 1 - Il modello di riferimento



Fonte: Fricke & Pirk GmbH.

tica clinica corrente rispetto alle aree di interesse dello studio. Non esiste un numero minimo o massimo di esperti da coinvolgere, poiché non è necessario ottenere un campione statisticamente rappresentativo (Keeney *et al.*, 2001), dato che l'obiettivo è quello di ottenere risposte condivise piuttosto che risposte corrette;

— la strutturazione di un questionario strutturato in modo da ottenere le informazioni utili per l'analisi;

— la validazione del questionario in una fase pre-iniziale (fase pilota);

— la somministrazione del questionario ai membri del *panel* via posta (primo *round*);

— la ristrutturazione del questionario sulla base delle risposte fornite dagli esperti nel primo *round*;

— l'invio della seconda versione del questionario e raccolta delle opinioni degli esperti (secondo *round*). Il processo continua finché non si giunge ad un consenso tra i membri del *panel* sui punti contenuti nel questionario. Non esiste un numero massimo di *round*.

Nell'ambito di questo studio, si è adottato il metodo Delphi modificato, il quale si differenzia da quello tradizionale per i) il numero di *round*, che in quello modificato sono solitamente 2, e per ii) la modalità di somministrazione del questionario, che nel metodo modificato può avvenire per posta per il primo *round*, mantenendo quindi l'anonimato, e riunendo gli esperti in un incontro collettivo nel secondo, o direttamente con un incontro collegiale sin dal primo *round*.

Per quanto riguarda la composizione del *panel*, facendo riferimento alla tematica trattata, si è deciso di coinvolgere tre tipologie di specialisti: medici nucleari, oncologi e palliativisti. Per ogni specialità, in seguito ad un processo di selezione che ha tenuto conto della provenienza geografica e dell'esperienza clinica, anche con il

supporto di un esperto indipendente, sono stati selezionati 2 esperti, in modo tale da costituire un *panel* composto da 6 membri.

Il primo *round* ha previsto la somministrazione agli esperti di un questionario semi-strutturato costruito sulla base della letteratura nazionale a disposizione in tema di palliazione del dolore con Samario. Il questionario ha previsto domande rispetto alla palliazione del dolore con entrambe le terapie ed alcune domande rispetto alla corrente pratica clinica italiana in modo tale da validare il modello e quindi comprendere se lo stesso poteva essere applicato anche al contesto italiano, come poi si è fatto con l'approvazione degli esperti. In seguito alla compilazione del questionario da parte di tutti gli esperti, le risposte sono state riassunte in un'unica versione poi discussa nel corso del secondo *round*, tenutosi in forma collegiale.

Una volta raccolte tutte le informazioni in merito all'assorbimento delle risorse, si è proceduto all'individuazione dei costi unitari allo scopo di calcolare i costi incrementali complessivi. Le fonti a cui si è fatto riferimento, nel rispetto della prospettiva d'indagine, sono state le tariffe per quanto riguarda le visite specialistiche e gli esami clinici (allegato 1 al D.M. 22 luglio 1996), e i prezzi per quanto riguarda i farmaci (Prontuario Farmaceutico Nazionale, 2003; [www.farmaciaonline.it](http://www.farmaciaonline.it)).

### 3. Risultati

Sulla base di quanto emerso dall'*expert panel*, è stato possibile ricostruire il percorso terapeutico di un paziente affetto da tumore alla prostata e con metastasi ossee multiple dolorose nel modo seguente:

1) in una prima fase vengono somministrati farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS);

2) se il paziente non risponde a questo primo trattamento si procede con la somministrazione di ormoni e morfina;

3) in caso di non risposta agli ormoni e alla morfina si somministrano gli oppioidi.

I pazienti resistenti al trattamento ormonale sono eleggibili sia alla terapia del dolore convenzionale che a quella con Samario.

Nel presente lavoro sono stati confrontati i costi della terapia convenzionale e di quella con samario. I risultati si riferiscono ad un arco temporale di 4 mesi, periodo rispetto al quale si hanno i dati di efficacia del Samario-153.

#### 3.1. Terapia del dolore convenzionale

La terapia del dolore convenzionale si compone a sua volta della terapia non oppiacea, di quella oppiacea e di quella coadiuvante. Di seguito si riassumono i risultati ottenuti in termini di assorbimento delle risorse nell'arco temporale di riferimento di 4 mesi.

#### Terapia non oppiacea

La terapia non oppiacea fa riferimento alla somministrazione di FANS e cortisone.

Nella tabella 1 si riportano i dati relativi alla percentuale di pazienti sottoposti a terapia oppiacea, ai dosaggi giornalieri, alla durata della somministrazione e ai relativi costi.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali prodotti dalla terapia non oppiacea, questi consistono in disordini gastrointestinali che interessano solo il 5% dei pazienti, in quanto normalmente si prevencono attraverso la somministrazione di gastroprotettori (come la ranitidina cloridrato) (cfr. tabella 2). Per il 5% dei pazienti che manifestano tali disturbi la somministrazione di FANS o cortisone viene ridot-

ta o interrotta. Tale situazione produce un risparmio pari a 8,04 euro, non incluso nei calcoli in quanto si tratta di un evento eccezionale e quindi non rappresentativo della terapia analizzata.

Complessivamente, i costi totali associabili alla terapia non oppiacea (compreso il trattamento degli effetti collaterali) ammontano a 198,54 euro per paziente.

#### Terapia oppiacea

Nel periodo di riferimento, il 60% dei pazienti viene trattato con morfina solfato (10 o 30 mg) per un periodo di tempo corrispondente al 70% dell'intero ciclo terapeutico, il 30% con Fentanil e Metadone in sostituzione alla morfina solfato, secondo una logica di rotazione (pertanto per il restante 30% della terapia), il restante 10% dei pazienti viene trattato con morfina solfato in gocce per i dolori improvvisi. Codeina e Tramadolo sono oppioidi utilizzati per controllare il dolore di intensità lieve-moderata in una fase intermedia, vale a dire tra la somministrazione di FANS e della morfina per un periodo di 10-15 giorni. I dati relativi al consumo di farmaci nel corso della terapia oppiacea sono riassunti nella tabella 3.

Per il calcolo del valore unitario del consumo dei vari farmaci, si è proceduto al calcolo della media aritmetica dei prezzi delle diverse confezioni attualmente sul mercato.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali, la costipazione è quello prevalente. Quasi la totalità dei pazienti ne soffre per tutta la durata della terapia oppiacea e viene trattata usualmente con lassativi (come Senosidi A e B sale di calcio). Altri effetti collaterali sono:

— nausea e vomito per il 10-15% dei pazienti per una durata di 3-4 giorni

**Tabella 1 - Terapia non oppiacea: consumo di farmaci**

Prodotto	Frequenza	Durata (gg.)	Costo giornaliero (€)	Costo terapia (€)
Ketorolac Trometamina	60%	25	1,80	44,90
Diclofenac	20%	10	0,26	2,60
Paracetamolo	100%	20-30	1,01	25,22
Nimesulide	100%	20-30	0,32	8,00
Desametasone	100%	20-30	3,20	80,00
<b>Totale</b>				<b>160,72</b>

**Tabella 2 - Terapia non oppiacea: effetti collaterali**

Prodotto	Frequenza	Durata (gg.)	Costo giornaliero (€)	Costo terapia (€)
Ranitidina cloridrato	100%	20-30	1,51	37,83

**Tabella 3 - Terapia oppiacea: consumo di farmaci**

Prodotto	Frequenza	Durata (gg.)	Costo giornaliero (€)	Costo terapia (€)
Morfina solfato	60%	84	0,56	55,66
Morfina solfato	60%	84	0,77	
Morfina solfato (gocce)	10%	Quando necessario	0,89	0,89
Fentanil	15%	18	1,18	
Fentanil	15%	18	2,22	46,38
Fentanil	15%	18	3,09	
Fentanil	15%	18	3,81	
Metadone	15%	18	3,40	
Metadone	15%	18	1,82	
Metadone	15%	18	0,97	4,38
Metadone	15%	18	0,96	
Metadone	15%	18	0,96	
Tramadolo cloridrato	20%	15	0,82	2,45
Codeina	20%	15	0,55	1,65
Morfina cloridrato	5%	84	0,48	40,32
<b>Totale</b>				<b>151,73</b>

ni, trattati con antiemetici (ad esempio Metoclopramide cloridrato);

— allucinazioni per il 2-3% dei pazienti che rappresentano un evento eccezionale e pertanto non preso in considerazione nei calcoli;

— sonnolenza per 3-4 giorni, anche in tal caso eccezionale e comunque normalmente non trattata.

Nella tabella 4 vengono riassunti i costi associabili agli effetti collaterali.

Complessivamente, i costi attribuibili alla terapia oppiacea (inclusi gli effetti collaterali) ammontano a 185,17 euro.

#### Terapia coadiuvante

La terapia coadiuvante consiste nella somministrazione di anticonvulsivanti (come il gabapentin) nel 40% dei pazienti, antidepressivi (come l'amitriptilina cloridrato) nel 10% dei pazienti ed ansiolitici (come diazepam e bromazepam) nel restante 50% dei pazienti (cfr. tabella 5). I bifosfonati (e nello specifico lo zometa) fanno parte della terapia coadiuvante, ma sono da considerarsi un costo comune, in quanto somministrato indipendentemente dal tipo di terapia del dolore e quindi anche in caso di trattamento con Samario.

Gli effetti collaterali consistono in sonnolenza per i pazienti trattati con anticonvulsivanti ed eccitazione per chi assume antidepressivi. In ogni caso questi effetti non vengono generalmente trattati.

#### Visite specialistiche ed esami diagnostici

I medici coinvolti nella terapia convenzionale del dolore sono:

- oncologi che seguono il paziente dall'inizio del trattamento;
- palliativisti;
- radioterapisti per il 20% dei pazienti circa.

Nella tabella 6 si è distinto tra prima visita e visite di *follow up*, distinguendo le tariffe ad esse associate.

Sommando i costi relativi alle varie componenti del trattamento convenzionale del dolore, vale a dire la terapia non oppiacea, oppiacea, coadiuvante e le visite specialistiche ed esami diagnostici, si calcola un importo complessivo di 717,84 euro.

#### 3.2. Terapia con Samario-153

Nella tabella 7 sono riassunti i dati relativi all'assorbimento delle risorse per quanto riguarda la terapia con Samario, la quale si compone di 3 fasi: prima, durante e dopo il trattamento.

Il dosaggio del Samario è di 1 mCi/Kg, la sua somministrazione può

essere ripetuta a distanza di 8 settimane solo se il paziente trae beneficio dal primo trattamento, fatto che normalmente avviene per il 75% dei pazienti trattati. Questa percentuale rimane tendenzialmente costante a prescindere dal numero di somministrazioni. Pertanto i costi indicati nella tabella 7 sostenuti durante e dopo il trattamento devono essere moltiplicati per la percentuale di pazienti che viene sottoposta ad una seconda somministrazione, mentre i costi relativi al pre-trattamento, una volta sostenuti in preparazione alla prima somministrazione non vengono più ripetuti in quelle successive, dato che il paziente continua ad essere monitorato con i controlli previsti al termine di ciascuna somministrazione. Sebbene non

**Tabella 4 - Terapia oppiacea: effetti collaterali**

Prodotto	Frequenza	Durata (gg.)	Costo pdt (€)	Costo giornaliero (€)	Costo terapia (€)
Metoclopramide cloridrato	15%	3,5	1,39 (5 fiale)	0,28	0,15
Senosodi A e B sale di calcio	100%	120	5,55 (40 conf.)	0,28	33,30
<b>Totale</b>					<b>33,45</b>

**Tabella 5 - Terapia coadiuvante. Consumo di farmaci**

Prodotto	Frequenza	Durata (gg.)	Costo giornaliero (€)	Costo terapia (€)
Gabapentin	40%	120	2,79	133,68
Bromazepam	50%	60	0,07	3,92
Diazepam	50%	60	0,05 - 0,072	
Amitriptilina cloridrato	10%	21	0,02	0,39
<b>Totale</b>				<b>137,99</b>

esista un limite massimo, normalmente la somministrazione del Samario viene ripetuta non più di 2 o 3 volte. Infatti, un ulteriore 75% di pazienti normalmente trae beneficio dalla seconda somministrazione e può procedere ad una terza.

I costi associati alle radiografie ed ai *markers* non sono stati presi in considerazione in quanto comuni alle due terapie.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali, il 5-10% dei pazienti soffre dell'effetto «flare» (temporaneo incremento del dolore) che dura 1 o 2 giorni. La maggior parte dei pazienti (80%) soffre di una temporanea mielotossicità che compare circa 1 mese dopo il trattamento. Entrambe le tipologie di effetti collaterali non vengono specificatamente trattate.

Complessivamente, i costi di un ciclo di terapia con Samario-153 sono pari a 1.380,06 euro. Tenendo conto del fatto che il 75% dei pazienti trae beneficio dalla prima somministrazione e si sottopone quindi ad un secondo ciclo e che un ulteriore 75% dei pazienti si sottopone ad un terzo ciclo, i costi diventano rispettivamente di 2.252,05 e 2.906,04 euro (cfr. tabella 8).

Sulla base dei dati clinici, dei dati di costo e delle considerazioni sopra esposte è possibile trarre le conclusioni di seguito riportate (cfr. tabella 9).

I costi diretti totali riferiti ad un periodo di quattro mesi di terapia convenzionale del dolore ammontano a 717,84 euro rispetto a 1.380,06 euro per il trattamento con Samario.

Se questi risultati vengono messi in relazione con l'efficacia delle due strategie terapeutiche, si può calcolare il rapporto incrementale costo-efficacia. Sulla base del trial clinico preso in considerazione in questo studio, l'efficacia delle due terapie è stata misurata in termini di «risposta completa al dolore». Questa è pari al 18% nel caso

della terapia convenzionale e al 38% per la terapia con Samario. Pertanto, i costi per risposta completa al dolore sono 3.988,00 euro (717,84/0,18) e 3.631,74 euro (1.380,06/0,38) rispettivamente per la terapia convenzionale e con Samario. Il rapporto incrementale costo-efficacia (ICER) (corrispondente al rapporto tra la differenza dei costi totali e la differenza di efficacia in termini di percentuale di risposta completa al dolore) è pari a 3.311,11 euro per ogni risposta completa al dolore incrementale  $[1.380,06 - 717,84]/(0,38 - 0,18)$ .

#### 4. Conclusioni

Obiettivo del presente studio è di contribuire al processo decisionale in ambito di allocazione delle risorse scarse fornendo informazioni utili al decisore pubblico circa la scelta tra un'alternativa terapeutica ed un'altra, nel caso specifico tra un programma sanitario di cura del dolore che preveda il ricorso alla terapia convenzionale e al Samario. Il supporto che uno studio di questo tipo intende dare, pertanto, è di carattere informativo rispetto ai costi, all'efficacia clinica ed al rapporto tra le due grandezze. Dal calcolo del rapporto incrementale costo-efficacia, il trattamento con samario presenta un extra costo di circa 3.000 euro per ogni risposta al dolore incre-

mentale. Se questo rapporto è «costo-efficace» dovrà essere oggetto di valutazione da parte del decisore pubblico. I risultati delle analisi costo-efficacia sono solitamente interpretati con l'ausilio di valori di riferimento, di parametri cioè in grado di permettere confronti con altri programmi sanitari comunemente implementati nella corrente pratica clinica il cui rapporto costo-efficace viene quindi utilizzato per determinare il cosiddetto *valore soglia*. La definizione di tale valore spesso viene operata in via deduttiva, osservando le scelte di investimento prese in passato dal decisore pubblico (Tarricone, 2004). La definizione dei valori soglia è un'operazione strettamente collegata al contesto di riferimento e difficilmente generalizzabile ad altri contesti. In Italia, l'unico tentativo di stimare — in maniera deduttiva — i valori soglia è quello riportato recentemente da Messori *et al.* (2003) che identifica in 12.000 e 60.000 euro i valori di riferimento italiani. Bisogna tuttavia considerare che i valori soglia in generale, e quelli italiani in particolare, si riferiscono al costo per anno di vita guadagnato calcolati nell'arco temporale di un anno (Messori *et al.*, 2003). Questo non permette quindi alcun confronto con i risultati del presente studio espressi in termini di «costo per risposta completa al dolore».

Tabella 6 - Terapia del dolore convenzionale: medici e servizi

Specialisti/esami	Frequenza	N. visite/4 mesi	Costo unitario (€)	Costo totale (€)
Oncologi	100%	2	12,91	25,82
Radioterapisti	20%	5	20,66	20,66
Palliativisti	100%	10	20,66 (1ª visita) 12,91 ( <i>follow-up</i> )	136,85
Emocromo	100%	4	3,20	12,80
<b>Totale</b>				<b>196,13</b>

I maggiori limiti di questo studio riguardano l'utilizzo del *panel* di esperti per la raccolta dei dati di consumo di risorse e la valutazione dell'efficacia dei trattamenti su un periodo temporale di soli 4 mesi.

Per quanto riguarda il primo punto bisogna riconoscere che — nonostante l'opinione degli esperti sia stata raccolta sulla base di una metodologia generalmente accettata come il metodo Delphi — vi sono alcuni elementi di criticità. Si fa riferimento in particolare al grado di affidabilità e generalità dei dati raccolti. Più specificatamente si ritiene che se le stesse informazioni venissero chieste ad un altro *panel* di esperti, è probabile che si otterrebbero risultati diversi. Tuttavia, in alcuni casi il *panel* di esperti rappresenta l'unica modalità per ottenere informazioni circa il consumo di risorse di varie strategie terapeutiche. È auspicabile in questi casi che i dati così raccolti vengano successivamente confermati da studi osservazionali.

Nella stessa direzione vanno le considerazioni sul secondo limite dello studio. Il periodo temporale considerato nel presente studio è limitato e non è della durata reale delle due strategie che prevede un ciclo di cura di circa un anno per la terapia convenzionale e di circa due somministrazioni di samario per quanto riguarda la terapia innovativa.

Il risultato prodotto dallo studio deve essere valutato da parte del decisore sia rispetto ai limiti metodologici esplicitati che al contesto istituzionale di riferimento, soprattutto in sede di confronto internazionale. Infatti in Italia si lamenta un inferiore ricorso ai farmaci oppiacei rispetto a quanto accade in altri Paesi, così come confermano i dati di consumo elaborati dal Ministero della Salute per il periodo 2000-2002 ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)). Da questi emerge che Italia e Portogallo hanno il più basso livello di con-

sumo di farmaci oppiacei in Europa (rispettivamente pari allo 0,3% e 0,8% sul totale della spesa farmaceutica in confronto allo 0,73% della Spagna,

all'1,89% della Germania e al 2,17% dell'Irlanda), nonostante il notevole incremento registrato in quel periodo. Tale tendenza consente di motivare,

**Tabella 7 - Radioisototerapia con Samario: consumo delle risorse**

Prima del trattamento				
Specialisti/esami	Frequenza	N. visite	Costo unitario (€)	Costo totale (€)
Oncologi	100%	1	12,91	12,91
Radioterapisti	100%	1	12,91	12,91
Palliativisti	100%	1	12,91	12,91
Medico nucleare	100%	1	20,66	20,66
Urologo	100%	1	12,91	12,91
Emocromo	100%	10 <sup>(1)</sup>	3,20	32,00
Scintigrafia ossea	100%	2	113,10	113,10
<b>Totale</b>				<b>217,41</b>
Durante il trattamento				
Specialisti/esami	Frequenza	N. visite	Costo unitario (€)	Costo totale (€)
Oncologi	100%	1	12,91	12,91
Medico nucleare	100%	1	12,91	25,82
Terapia palliativa del dolore da metastasi ossee	100%	1	826,33	826,33
<b>Totale</b>				<b>865,06</b>
Dopo il trattamento				
Specialisti/esami	Frequenza	N. visite	Costo unitario (€)	Costo totale (€)
Oncologi	100%	4 <sup>(2)</sup>	12,91	51,65
Palliativisti	100%	6 <sup>(3)</sup>	12,91	77,47
Medico nucleare	100%	4 <sup>(2)</sup>	12,91	51,65
Creatinina	100%	3 <sup>(4)</sup>	1,24	3,72
Scintigrafia ossea	100%	1 <sup>(5)</sup>	113,10	113,10
<b>Totale</b>				<b>297,58</b>

(1) 1 visita ogni settimana nei primi 2 mesi di trattamento; 1 visita ogni mese per i successivi 2 mesi.

(2) 1 ogni 2 settimane per 2 mesi.

(3) 1 ogni 2 settimane per 3 mesi.

(4) 1 al mese per 2-3 mesi.

(5) 1 dopo 3 mesi e poi ogni 6-12 mesi.



almeno in parte, i costi inferiori attribuiti alla terapia convenzionale dallo studio oggetto del presente articolo, rispetto a quanto emerso da analoghi studi condotti in altre realtà europee (quali ad esempio quella spagnola). I risultati riferiti alla terapia convenzionale si riferiscono quindi ad un contesto istituzionale in evoluzione. Il processo di cambiamento in atto a livello nazionale e locale infatti intende invertire la rotta sino ad ora percorsa consentendo un più facile accesso ai farmaci oppiacei ed un incremento del loro consumo in linea con il resto dell'Europa.

Il presente studio rappresenta il primo tentativo di confronto di due strategie per il trattamento del dolore in pazienti affetti da cancro alla prostata e rappresenta un primo spunto di riflessione e di supporto al processo decisionale in ambito sanitario. I risultati devono essere tuttavia considerati con cautela in attesa che ricerche più ampie, condotte sul campo, possano confermarli.

Si ringraziano gli esperti per la preziosa collaborazione offerta nella ricerca da cui trae spunto il presente articolo: dott. Boni (Centro Regionale Medicina Nucleare - Ospedale S. Chiara - Azienda Ospedaliera Pisana), dott. Colamussi (Associazione Italiana Medicina Nucleare - Ferrara), dott. Carteni (Istituto oncologico - Ospedale Cardarelli - Napoli), dott. Lo Russo (IRCCS - Unità Operativa Oncologia Medica - Bari), dott.ssa Campa e dott.ssa Fagnoni (Istituto Nazionale Tumori - U.O. Riabilitazione e terapie palliative - Milano), dott. Pirajno (S.A.M.O.T. ONLUS Palermo-Società per l'Assistenza al Malato Oncologico).

(1) Si parla indifferentemente di *radionuclide* o *radioisotopo* per indicare l'isotopo di un elemento stabile o capace di emettere radiazioni.

(2) Il nome completo del Samario-153 è *Samarium lexidronam pentasodium* il quale presenta caratteristiche tali da essere tra i radioisotopi che più si avvicinano al radionuclide «ottimale» (per approfondimenti si rimanda a Tordiglione *et al.*, 1999).

## BIBLIOGRAFIA

- CHATAL J.F., HOEFNAGEL C.A. (1999), «Radionuclide therapy», *The Lancet*, vol. 354, September 11, pp. 931-935.
- COLEMAN R.E. (2001), «Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies», *Cancer Treatment Reviews*, 27, pp. 165-176.
- DECRETO MINISTERIALE 22 LUGLIO 1996, ALLEGATO 1 (1996), «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe», *Gazzetta Ufficiale*, n. 216/96.
- DECRETO MINISTERIALE 20 DICEMBRE 2002, MINISTERO DELLA SALUTE (2003), «PFN 2003.- Il nuovo prontuario farmaceutico nazionale», *Gazzetta Ufficiale*, suppl. al n. 4, 7 gennaio 2003.
- DEFERMOU A. *et al.* (2001), «A multicentre observational study of radionuclide therapy in patients with painful bone metastases of prostate cancer», *European Journal of Nuclear Medicine*, vol. 28, 7, pp. 788-798.
- DRUMMOND M.F., O'BRIEN B., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1997), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- EVANS C. (1997), «The Use of Consensus Methods and Expert Panels in Pharmacoeconomic Studies», *Pharmacoeconomics*, Aug. 12, pp. 121-129.
- HOEFNAGEL C.A. (1999), «Radionuclide therapy of tumors: general aspects and considerations», *Int J Biol Markers*, 8(3), pp. 172-179.
- KEENEY S., HASSON F., MCKENNA H.P. (2001), «A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing», *International Journal of Nursing Studies*, 38, pp. 195-200.
- MAISANO R., PERGOLIZZI S., CASCINU S. (2001), «Novel therapeutic approaches to cancer patients with bone metastasis», *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 40, pp. 239-250.
- MCEWAN A.J.B. (2000), «The use of radionuclides in the palliation of bone metastasis», *Seminars in Radiation Oncology*, vol. 10, 2, pp. 103 - 114.
- MESSORI A. *et al.* (2003), «Controvalore economico del farmaco e beneficio clinico: stato dell'arte della metodologia e applicazione di un algoritmo farmaco-economico», *Pharmacoeconomics - Italian Research Articles*, 5 (2), pp. 53-67.
- POWELL C. (2003), «The Delphi technique: myths and realities», *Blackwell Publishing Ltd.*
- RESCHE I. *et al.* (1997), «A dose-controlled study of <sup>153</sup>Sm - ethylenediaminetetramethylenephosphonate (EDTMP) in the

Tabella 8 - Costi associati alle somministrazioni di Samario-153

Fase	1ª somministrazione	2ª somministrazione	3ª somministrazione
Prima	217,41	-	-
Durante	865,06	865,06 × 75% = 648,80	648,80 × 75% = 486,60
Dopo	297,58	297,58 × 75% = 223,19	223,19 × 75% = 167,39
<b>Totale</b>	<b>1.380,06</b>	<i>1.380,06 + 871,99 = 2.252,05</i>	<i>2.252,05 + 653,99 = 2.906,04</i>

Tabella 9 - Terapia del dolore convenzionale e terapia con Samario-153 a confronto

	Terapia convenzionale	Terapia con Samario
Costi diretti totali	717,84 €	1.380,06 €
Risposta completa al dolore	18%	38%
Costo per risposta (completa al dolore)	3.988,00 €	3.631,74 €
<b>ICER</b>	<b>3.311,11 €</b>	

- treatment of patients with painful bone metastases», *Eur J Cancer*, vol. 33, pp. 1583-1591.
- RIPAMONTI C. (2001), «Gli oppioidi nel dolore severo: una nuova formulazione orale», *Pathos*, vol. 8 (4).
- SARTOR O. *et al.* (2004), «Samarium-153-Lexidronam Complex for Treatment of Painful Bone Metastases in Hormone-Refractory Prostate Cancer», *Adult Urology*, vol. 63, pp. 940-945.
- SERAFINI A. (2000), «Samarium Sm-153 Lexidronam for the Palliation of Bone Pain Associated with Metastases», *American Cancer Society, CANCER Supplement*, June 15, pp. 2934-2939.
- SERAFINI A. (2001), «Therapy of Metastatic Bone Pain», *The Journal of Nuclear Medicine*, vol. 42, 6, pp. 895-906.
- TARRICONE R. (2004), *Valutazioni economiche e management in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- TORDIGLIONE M., LURAGHI R., ANTOGNONI P. (1999), «Il ruolo della radioterapia palliativa e sintomatica delle metastasi ossee», *La Radiologia Medica*, 97, pp. 372-377.
- SERAFINI A.N. *et al.* (1998), «Palliation of pain associated with metastatic bone cancer using Samarium-153 lexidronam: a double-blind placebo-controlled clinical trial», *J Clin Oncol*, vol. 16, pp. 1574-1581.

# L'APPROCCIO WILLINGNESS-TO-PAY NELLA VALUTAZIONE ECONOMICA: IL TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO

Giorgio L. Colombo<sup>1</sup>, Mauro Caruggi<sup>2</sup>, Giulio Serra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano  
<sup>2</sup> Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Varese

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Definizione e impiego della WTP - 3. Tecniche utilizzate per l'elicitazione della disponibilità a pagare - 4. Un esempio di valutazione contingente: la disponibilità a pagare nel trattamento del dolore acuto e del dolore cronico - 5. Discussione e conclusioni.

*The willingness-to-pay approach is an evaluation method used to determine the maximum amount of money an individual is willing to pay to gain a particular benefit as health. The aim of this article is to estimate in a critical way the use of the WTP method in economics evaluation methods. We developed a national study to assess economic aspects and quality of life considerations of patients with chronic non-cancer pain, in order to address the relevant aspects of pain treatment in Italy, focusing especially on the problem of willingness to pay related to different levels of quality of life. Results about WTP and the relations between the socio-demographic features, clinical characteristics and different levels of quality of life will be discussed.*

## 1. Introduzione

La valutazione economica in sanità include una serie di metodologie sviluppate per determinare costi e «benefici» di strategie sanitarie alternative al fine di orientare i processi decisionali. Le tipologie di analisi utilizzate sono: l'analisi di minimizzazione dei costi, l'analisi costo-efficacia, l'analisi costo-utilità e l'analisi costo-beneficio. In quest'ultima, tutti i costi sostenuti e i benefici risultanti sono espressi in unità monetarie e il rapporto è calcolato tra il guadagno monetario netto diviso per le perdite, o il costo diviso i benefici. L'analisi costi-benefici permette pertanto di confrontare anche programmi con scopi diversi, con l'obiettivo di ordinare i benefici netti per unità di spesa e di scegliere il rapporto migliore. Esistono diverse modalità per assegnare un valore monetario agli *outcome* derivanti dal-

l'implementazione di un programma sanitario. I benefici possono essere, ad esempio, stimati utilizzando il metodo del capitale umano, della disponibilità a pagare (Drummond, 2000), o calcolando i costi evitati (Tarricone, 2004).

Il metodo del capitale umano si fonda sull'assunto che l'utilizzazione di programmi sanitari può essere vista come un investimento nel capitale umano di un individuo; secondo questo approccio si afferma che il tempo trascorso in buona salute da una persona può essere quantificato in termini di aumento di produttività della stessa sul mercato del lavoro, valorizzato tramite il salario di mercato (Drummond, 2000). L'analisi che si basa sui costi evitati fa riferimento a una definizione di analisi costo benefici espressa in questi termini: «in un'analisi costo benefici il paragone avviene tra la spesa incrementale per il programma sanitario da un lato e la ridu-

zione prevista dei costi dall'altro lato» (Klarman, 1965). In quest'ottica i benefici vengono identificati e misurati in termini di costo evitato e classificati in risparmi di risorse sanitarie e risparmio della perdita di produttività. La valorizzazione delle risorse risparmiate conduce alla stima dei benefici derivanti dal programma. L'utilizzo della disponibilità a pagare, infine, si fonda sul presupposto che la valutazione deve tenere in considerazione le preferenze espresse dai consumatori e quanto essi siano disposti a pagare per ottenere determinati benefici del bene o del servizio. La massima somma di denaro che il consumatore è disposto a pagare rivela quindi il valore moneta-

---

Questa ricerca è stata resa possibile da un finanziamento messo a disposizione da Grunthal-Formenti, S.p.a. Milano.

rio dell'utilità, dei benefici ottenuti dal consumo di un certo bene o servizio. Le maggiori critiche rivolte alla misura della disponibilità a pagare (*Willingness To Pay - WTP*) sono dovute ai *bias* derivanti dall'effetto del reddito dei soggetti intervistati o dalla possibilità che l'intervistato abbia una scarsa conoscenza del problema che deve valutare. Questo lavoro si propone di illustrare i fondamenti teorici di questa metodologia e le tecniche di elicitazione più diffuse e l'utilizzo che se ne è fatto in ambito sanitario. Successivamente verranno applicati alcuni concetti della WTP ad un caso concreto di trattamento del dolore acuto e cronico in Italia.

## 2. Definizione e impiego della WTP

La disponibilità a pagare (Drummond, 2000) esprime il valore assegnato ad un bene per il quale non esiste un mercato, ad esempio la salute o un bene ambientale: è un metodo di valutazione utilizzato per determinare, tramite la somma massima che un individuo è disposto a pagare per ottenere un particolare beneficio, il valore ad esso attribuito. Questo metodo viene impiegato per assegnare un valore monetario all'utilità degli *outcome* sanitari in alternativa al metodo del capitale umano (Drummond, 2000) o al metodo delle preferenze rivelate (Drummond, 2000). La WTP si riferisce al valore attribuito da un individuo ad un oggetto, un servizio, una riduzione di rischio di morte o malattia, stimato come la massima cifra che l'individuo è disposto a pagare per ottenere ciò che desidera. Concetto analogo alla WTP è la WTA (*willingness-to-accept*), cioè la somma minima che si è disposti ad accettare per rinunciare ad un beneficio.

La disponibilità a pagare è influenzata generalmente dal grado di conoscenza del tema affrontato e dalla ca-

pacità di affrontare razionalmente il problema proposto o da comportamenti opportunistici, per i quali gli intervistati hanno un incentivo a non rivelare correttamente la propria disponibilità a pagare. La WTP inoltre dipende da diversi fattori come, ad esempio, il livello di reddito, lo stato di salute, oppure dalle aspettative, riguardo al programma in esame, che possono non essere in linea con la realtà. La WTA, diversamente da quanto ci si aspetterebbe, di solito presenta un valore maggiore della WTP, dal momento che gli individui hanno una avversione a rinunciare alla situazione acquisita.

La WTP è stata impiegata in letteratura per valutare terapie e servizi (servizi di assistenza domiciliare), programmi di prevenzione (apparecchiature per ridurre il rischio di incidenti) e stati di salute (eliminare sintomi sgradevoli, quali, ad esempio nausea o vomito) (Jefferson, 1998). I benefici che si possono considerare nello stabilire la disponibilità a pagare sono intangibili (lo stato di salute e la qualità della vita), oppure riguardanti l'aumento di produttività ed il risparmio nella sanità. Solitamente si considerano solo i benefici intangibili dal momento che per le altre tipologie esistono dei criteri di stima più affidabili (ad es. metodo del capitale umano per misurare i benefici in termini di minore perdite di produttività). Se oltre che ai soggetti che usufruiscono del programma i benefici si estendono su altri soggetti, si parla di esternalità positive (ad esempio nelle vaccinazioni, il beneficio non si arresta al vaccinato, ma si estende ai non vaccinati, che vedono ridursi il rischio di trasmissione di una certa malattia infettiva); in tal caso sarebbe opportuno intervistare tutta la popolazione che trae giovamento da un programma o intervento sanitario, tuttavia, essendo difficile identificare i benefici indiretti, difficilmente questi

soggetti vengono inclusi nelle interviste. Le esternalità sono gli effetti che l'attuazione di un programma provoca su soggetti non direttamente coinvolti dall'attuazione di tale programma.

Il campione, su cui svolgere l'analisi può essere scelto tra gli utilizzatori (*patient value*), ovvero coloro che hanno necessità immediata del programma ed i non utilizzatori, che si distinguono in coloro che potrebbero in futuro dover ricorrere al programma (*option value*, es. premio dell'assicurazione), e in coloro che sono indirettamente interessati alla sua disponibilità per motivi personali, ad esempio i familiari di un malato o, in caso di una campagna di vaccinazione, chi, pur non essendo vaccinato, trae beneficio dal minor rischio di essere contagiato, o per motivi altruistici (*altruistic value*, es. tasse). I benefici possono anche essere negativi, in tal caso si dovrebbe registrare una WTP negativa, ma raramente questa possibilità viene prevista.

A favore dell'inclusione di tutti i beneficiari, sia diretti che indiretti, è il fatto che uno studio costi-benefici completo dovrebbe includere tutti gli interessati ai costi ed ai benefici dell'attuazione di un programma, essendo la maggior parte dei servizi sanitari sovvenzionati o dallo Stato o mediante assicurazione, il gruppo degli interessati è molto più ampio di quello che poi effettivamente lo utilizza. Quindi se l'analisi considera solo il valore per gli utilizzatori tenderà a sottostimare il valore del programma, ignorando quanto sarebbero disposti a pagare i beneficiari indiretti. La miglior soluzione dovrebbe includere un campione scelto tra la popolazione sana e uno tra i malati, la numerosità dei campioni dovrebbe rispecchiare la prevalenza della malattia, in questo modo si coglierebbero tutti gli aspetti della disponibilità a pagare.

Lo studio può adottare due punti di vista: *ex-post*, ovvero al momento della necessità di usufruire del servizio, in tal caso si domanda quanto si è disposti a pagare complessivamente, mentre *ex-ante*, prima del verificarsi del bisogno, si chiede quanto si sarebbe disposti a pagare in tasse o premi assicurativi, per poter usufruire in caso di bisogno futuro del servizio. Il secondo metodo sembra più indicato, sia perché coinvolge tutti gli interessati, utilizzatori e non, sia perché lo scenario che ne deriva è più realistico, dal momento che solitamente nella realtà i pagamenti sanitari avvengono con questa modalità (Gafni, 1991); questa metodologia richiede, però, informazioni aggiuntive, quali ad esempio i dati sulla probabilità di avere bisogno della cura. Quando l'oggetto dell'analisi ha natura prevalentemente pubblica e non gode dell'escludibilità, cioè quando non è possibile escludere dal suo utilizzo chi non paga per usufruirne, gli individui sono incentivati a comportarsi strategicamente e a mentire sulla loro reale *WTP*. Ad esempio, si pensi al progetto di aumentare il livello di fluoro nell'acqua potabile: tutti i cittadini saranno coinvolti, non solo chi è disposto a pagare. Al verificarsi di queste condizioni è consigliabile l'impiego del metodo del referendum, in cui gli intervistati sono chiamati a valutare un programma a cui è già associata una tassa obbligatoria.

### 3. Tecniche utilizzate per l'elicitazione della disponibilità a pagare

Esistono due metodi per stimare la disponibilità a pagare (Kielorn *et al.*, 2002):

1) C.A. (*conjoint analysis*), la disponibilità a pagare dei singoli si deduce traendo conclusioni dal loro comportamento, se è possibile mediante l'osservazione diretta del com-

portamento in mercati analoghi, oppure creando degli scenari ipotetici;

2) C.V. (*valutazione contingente*) comporta un'indagine diretta dei consumatori, chiedendo loro quanto sono disposti a pagare per un determinato beneficio, dopo aver accuratamente descritto uno scenario ipotetico.

#### 3.1. Conjoint analysis

La *conjoint analysis* è stata mutuata dalle ricerche di mercato (Aristides *et al.*, 2002), dove era utilizzata inizialmente per determinare il valore delle preferenze per singole caratteristiche del prodotto; ultimamente è stata impiegata in ambito sanitario per valutare l'importanza attribuita dagli individui ai singoli aspetti degli interventi sanitari e la relativa *WTP*. La *conjoint analysis* consiste nello stimare la volontà di pagare a partire dall'intensità delle preferenze ed è particolarmente utile, ad esempio, quando si considerano terapie con più caratteristiche rilevanti. Con questa tecnica non si chiede direttamente la disponibilità a pagare, ma si presentano degli scenari che contengono in livelli differenti gli attributi ritenuti rilevanti, tra cui è incluso anche il costo. Il questionario può essere costruito sul confronto/scelta tra gli scenari presentati in coppia oppure presentando uno scenario e chiedendo all'intervistato se è disposto a comprarlo; tali confronti vengono fatti in modo da esplicitare il *trade-off* tra le preferenze.

Segue un'analisi statistica mediante regressione:

$$U = \alpha + \sum_i \sum_j \beta_{ij} A_{ij}$$

dove  $\alpha$  è una costante,  $A$  sono le caratteristiche rilevanti e  $\beta$  rappresenta il valore  $i$ -esimo, o prezzo ombra, attribuito alla  $i$ -esima caratteristica, in pratica  $\beta$  è il valore dell'intensità della preferenza dell'individuo per quella

caratteristica (ad esempio il valore attribuito alla maggiore capacità motoria data da una terapia nuova). Il rapporto tra due  $\beta$  è il tasso marginale di sostituzione tra i rispettivi attributi, in particolare il rapporto tra il coefficiente del costo del programma ed il coefficiente di un altro attributo rappresenta la disponibilità unitaria a pagare per tale attributo. La disponibilità a pagare per il bene/servizio ( $U$ ) è data dalla somma delle *WTP* per ciascun attributo.

Ad esempio (Telser *et al.*, 2000) nel valutare la *WTP* di un corsetto per proteggere le anche, indicano che gli elementi rilevanti sono la riduzione del rischio (sicurezza), la facilità d'uso, la comodità ed il costo: ad ogni caratteristica l'individuo associa un valore, che dipende dalle sue preferenze; questo valore è il coefficiente  $\beta$  del modello. Il rapporto tra il coefficiente della sicurezza e quello della comodità indica a quanta comodità si è disposti a rinunciare per avere un'unità in più di sicurezza e viceversa. Se si considera il rapporto tra i coefficienti di sicurezza e costo, si ottiene quanto l'individuo è disposto a pagare per avere un'unità in più di sicurezza, ovvero la disponibilità a pagare per quella qualità. Questo ragionamento può essere ripetuto per tutti gli elementi rilevanti; in tal modo la disponibilità a pagare per acquistare il corsetto sarà pari alla somma delle *WTP* dei singoli attributi. Con questa modalità di ricerca è possibile portare l'analisi oltre il livello dell'oggetto in sé, fino alle singole caratteristiche che lo compongono; questo al fine di capire a quali elementi gli individui attribuiscono maggiore importanza nella scelta. Questo metodo risulta applicabile in contesti in cui l'oggetto è ben conosciuto e contraddistinto da poche caratteristiche, diventa invece difficile valutare realtà molto complesse o radicalmente nuove; il maggior rischio è quello di

tralasciare variabili rilevanti (ad esempio un evento avverso può essere tralasciato perché sconosciuto o dimenticato), rendendo imprecise le stime. La *conjoint analysis* ha il pregio di rendere più semplice e comprensibile la valutazione della *WTP* per gli intervistati che si limitano a scegliere tra scenari e non devono preoccuparsi di valorizzare tutti gli elementi del programma.

### 3.2. Valutazione contingente

È la tipologia di analisi maggiormente impiegata, il cui obiettivo è di creare virtualmente un mercato che non esiste, al fine di quantificare quanto un individuo è disposto a pagare per mantenere la stessa utilità che aveva prima dell'intervento. Questa metodologia prevede la presentazione di uno o più scenari ipotetici, per i quali gli intervistati devono immaginare i benefici sanitari che ne derivano e quindi decidere la loro massima disponibilità a pagare perché il progetto venga attuato. Lo scenario può essere presentato come un insieme unico oppure scomposto in diversi elementi considerati separatamente; il primo modo può diventare troppo complicato e quindi determinare risposte incomplete o mancanti mentre il secondo rende la valutazione più semplice, ma può essere soggetto ad errori determinati dal metodo utilizzato per riaggregare i dati.

La valutazione contingente risulta particolarmente costosa in quanto può essere fatta utilizzando solo da individui che siano stati istruiti al suo utilizzo. Inoltre bisogna tenere presente che le risposte sono soggettive ma che a volte un soggetto è spinto a non dichiarare il valore che attribuirebbe realmente ad un determinato beneficio perché, ad esempio, teme che in seguito possa essere chiamato a pagare il prezzo dichiarato. La sua principale

fragilità risiede nel fatto che la maggior parte degli individui non è avvezzata a pagare i servizi sanitari e quindi ha difficoltà a quantificare il loro valore monetario; inoltre, poiché in genere gli scenari sono di tipo probabilistico, il grado di attendibilità delle risposte è ridotto dal fatto che mediamente le persone non hanno molta dimestichezza a ragionare in termini probabilistici. La valutazione contingente consiste essenzialmente nella determinazione della disponibilità a pagare, *WTP* (o disponibilità ad accettare, *WTA*) per i beni o servizi privi di mercato (beni pubblici) sottoposti ad indagine (Montini, 2001). La valutazione contingente è un metodo diretto per la determinazione della disponibilità a pagare (o ad accettare) in quanto si propone di elicitarla *WTP* dagli interessati stessi, cercando di ottenere le dichiarazioni circa le somme di denaro che essi sarebbero disposti a spendere per ottenere il bene o servizio proposto (i *metodi indiretti* consistono invece essenzialmente in metodi statistici che tendono a determinare la *WTP* (o la *WTA*) dal comportamento degli individui sui mercati privati).

I metodi diretti; fra questi, le indagini campionarie o *survey* rivestono un ruolo particolarmente rilevante. Le indagini *survey* consentono infatti di rilevare opinioni, atteggiamenti e valutazioni, espresse direttamente dagli individui intervistati, in relazione a beni pubblici. Il metodo della valutazione contingente supera il problema dell'assenza di mercato per il bene oggetto di indagine, presentando un mercato ipotetico, dove l'individuo intervistato ha la possibilità di vendere o comprare il bene. I valori ottenuti sono «contingenti» (da qui il nome del metodo) ossia dipendono dal mercato simulato o costruito nel questionario. Mitchell e Carson (1989) hanno sottolineato che una delle caratteristiche più attraenti del modello di valutazio-

ne contingente è quella di essere applicabile in contesti eterogenei e di permettere di valutare anche la componente valore di non-uso del valore economico totale di un bene pubblico (il valore di non uso può essere ad esempio il valore dell'opzione di utilizzare in futuro tale bene o il valore attribuito al preservare dalla distruzione un bene). Poiché la valutazione contingente è una metodologia basata sull'intervista, gli aspetti comunicativi devono essere valutati con particolare attenzione poiché l'influenza delle informazioni relative alle caratteristiche del bene, alle modalità di raggiungimento di un certo esito sanitario sulla specifica «intenzione comportamentale» manifestata dai rispondenti nel contesto virtuale proposto è molto importante.

### 3.3. Gli step di un'indagine condotta con il metodo della valutazione contingente

I passi essenziali (Montini, 2001; Tarricone, 2004) per giungere alla valutazione economica di un bene extramercato mediante il metodo della valutazione contingente si possono sintetizzare nel modo seguente:

- 1) individuazione e definizione accurata del bene oggetto di valutazione;
- 2) definizione dell'universo di riferimento dei soggetti (persone, famiglie o altri operatori socio-economici) cui si chiederà di esprimere una valutazione;
- 3) scelta della modalità di somministrazione dei questionari (postale, telefonica o diretta);
- 4) descrizione dello scenario ipotetico entro cui i potenziali fruitori dovrebbero pagare un prezzo (ad esempio, un biglietto di ingresso, la sottoscrizione di una quota di un fondo, il pagamento di un contributo o tassa *una tantum*, ecc.) per il bene;

5) scelta della tecnica di elicitazione (aperta, scelta dicotomica, ecc.);

6) stesura del questionario (all'interno dovranno esservi anche domande rivolte a comprendere il grado di conoscenza dell'intervistato del bene oggetto di indagine);

7) *test* (indagine pilota) ed eventuale/successiva revisione del questionario (in questa fase si può utilizzare una domanda di elicitazione di tipo aperto al fine di definire la *range* di valori entro cui eventualmente restringere i valori monetari sottoposti, in fase di indagine completa, con la tecnica di scelta dicotomica).

Di seguito vengono analizzati nello specifico i punti sopra esposti.

#### 1) Individuazione e definizione accurata del bene oggetto di valutazione

La prima fase consiste nella definizione del fine dell'analisi che si è intenzionati a condurre. L'obiettivo può essere ad esempio identificare e quantificare in termini monetari i benefici di salute di un nuovo programma in ambito materno-infantile, oppure i benefici non di salute relativi a una nuova modalità di erogazione di un intervento di emodinamica.

#### 2) Definizione dell'universo di riferimento dei soggetti (persone, famiglie o altri operatori socio-economici) cui si chiederà di esprimere una valutazione

Questa fase riguarda la popolazione che si vuole studiare ed è strettamente connessa alla precedente e si ripercuote nella fase di definizione e stesura del questionario. Infatti, se l'obiettivo è misurare i benefici di salute di un programma materno-infantile, la popolazione *target* dovrebbe comprendere prevalentemente gli utilizzatori del programma (pazienti) in una logica *ex post* rispetto al programma. Se

l'obiettivo è invece misurare in termini monetari i benefici non di salute e i benefici esterni di una prestazione, la logica dovrebbe essere quella *ex ante* e il campione dovrebbe essere composto da individui non malati ma a rischio. Se invece l'obiettivo fosse quello di stimare la disponibilità a pagare della società nel suo complesso per i benefici di un programma, allora il campione dovrebbe essere rappresentativo della popolazione generale.

#### 3) Scelta della modalità di somministrazione dei questionari (postale, telefonica o diretta)

Le indagini campionarie mediante questionario, possono essere effettuate mediante interviste dirette («faccia a faccia»), interviste telefoniche o rilevazioni postali. In generale l'intervista diretta è preferibile poiché spesso sono necessarie spiegazioni e descrizioni accurate del bene proposto.

Tuttavia, mentre i vantaggi dell'intervista diretta su quella postale sono evidenti (1), quelli dell'intervista diretta su quella telefonica, che è molto meno costosa, lo sono meno. Quest'ultima, peraltro, può a sua volta presentare rischi di distorsione nel campionamento («chi risponde?») ma che possono essere semplicemente evitati con la predisposizione di alcune domande filtro all'inizio del questionario. Recentemente le indagini telefoniche vengono utilizzate molto frequentemente, grazie anche allo sviluppo di interessanti forme di rilevazione telefonica assistita dal computer (CATI, Computer Aided Telephone Interview) che consentono di effettuare rilevazioni telefoniche in modo veloce ed in cui soprattutto il controllo stabilito mediante il sistema computerizzato rende la rilevazione più efficiente.

La modalità di rilevazione adottata comporta delle conseguenze in fase di stesura del questionario. Ad esempio,

in un'intervista telefonica il questionario non deve risultare particolarmente lungo, le risposte chiuse dovranno prevedere il minor numero possibile di alternative ecc. L'intervista postale può invece favorire l'impiego di un questionario più lungo e con eventuale materiale allegato.

#### 4) Descrizione dello scenario ipotetico entro cui i potenziali fruitori dovrebbero pagare un prezzo (ad esempio, un biglietto di ingresso, la sottoscrizione di una quota di un fondo, il pagamento di un contributo o tassa *una tantum*, ecc.) per il bene

La costruzione dello scenario entro cui i potenziali fruitori del bene dovrebbero pagare un prezzo è importante per almeno tre ragioni. Con esso si forniscono (a) le informazioni relative a che cosa si intende fare, (b) come si intende perseguire l'obiettivo e (c) qual è il mezzo di pagamento attraverso cui l'intervistato dovrebbe poter contribuire per il raggiungimento dell'obiettivo con i mezzi proposti.

All'inizio dell'intervista, gli individui dispongono di una certa quantità di informazioni sull'oggetto della valutazione. Nel caso di beni extra-mercato, questa informazione potrà risultare talora scarsa, o del tutto insufficiente. È compito di chi costruisce il questionario determinare il *quantum* minimo — e, al tempo stesso, il *quantum* massimo — di informazioni che dovranno essere forniti agli intervistati (si noti che di regola questi ultimi non potranno chiedere di propria iniziativa ulteriori informazioni nel corso dell'intervista). Si comprende la difficoltà di definire la quantità «giusta» di informazioni da fornire, evitando tanto l'eccessiva lacunosità, quanto la ridondanza di informazioni. Errori nella quantità di informazioni fornite danno luogo a un particolare ti-

po di distorsione, l'*Information Bias*. Per di più, l'oggetto della decisione spesso presenta una pluralità di attributi e pertanto si presta a essere descritto in modi diversi, con risultati differenti sugli intervistati. Ci si aspetta naturalmente che, a fronte di informazioni differenti, si ottengano risposte differenti (Carson *et al.*, 1998).

L'attenzione nella valutazione dei valori economici deve quindi essere posta anche sull'informazione fornita ai rispondenti su tutti gli aspetti del bene, informazione che diventa essa stessa uno strumento da inserire nell'indagine.

Vi sono due principi basilari che vanno rispettati nel caso di indagini di valutazione contingente, il primo riguarda la definizione del bene: il bene deve essere ben definito; il secondo riguarda il mezzo di pagamento: questo deve essere assolutamente realistico (ad esempio una tassa, un biglietto di ingresso, ecc.) in modo tale che i rispondenti percepiscano la situazione ipotetica come una transazione reale e non come una donazione caritatevole (Cummings *et al.*, 1986).

Deve essere rispettata, inoltre, una certa plausibilità dello scenario rappresentato e delle informazioni fornite sia rispetto al veicolo di pagamento scelto sia rispetto al quadro istituzionale di riferimento. Va sottolineato tuttavia che mezzi di pagamento diversi utilizzati nelle *survey* influenzano in maniera significativa le stime della disponibilità a pagare ottenute. Le caratteristiche del mezzo di pagamento (ad esempio una ipotetica nuova tassa contro un pagamento reale ed immediato) sembrano infatti condurre a significative differenze nelle stime (Johnston *et al.*, 1999) soprattutto in situazioni in cui l'alternativa testata è fra situazione ipotetica o reale.

In sostanza, uno scenario proposto risulta realistico se esiste familiarità da parte dei rispondenti con i concetti

chiave descritti nelle domande. Questi ultimi riguardano il tipo di bene considerato, la struttura di elicitazione e lo stesso veicolo di pagamento.

##### 5) Scelta della tecnica di elicitazione (aperta, scelta dicotomica, ecc.)

Nella pratica, conosciamo diversi modi per ottenere da parte degli individui («elicere» o «elicitare») pronunciamenti sulla disponibilità a pagare. Le principali tecniche sono le seguenti (Welsh *et al.*, 1998):

— *formato aperto (Open-ended Formats)*. Gli individui forniscono la loro *WTP* senza alcuna forma di assistenza, e senza limiti inferiori o superiori. Il rischio di non ottenere affatto risposte o di ricevere degli «zero» di protesta è elevato, a meno che gli individui non possiedano sufficiente familiarità con il bene da valutare. Un tale formato assicura una estrema libertà nelle risposte, tuttavia non corrisponde a una situazione realistica (i consumatori si trovano normalmente nella condizione, rappresentata dal formato successivo, di dovere accettare o rifiutare un prezzo proposto senza alternative). Inoltre, i metodi a formato aperto possono incentivare comportamenti strategici, in quanto, in una situazione come quella da essi prospettata, è razionale attenersi a valutazioni basse (nel timore di dovere contribuire direttamente a pagare le somme determinate dalla *survey*);

— *scelte in forma discreta/scelte dicotomiche (Discrete Choice Formats/Dichotomous Choice)*. A differenza del caso precedente, i rispondenti non sono liberi di determinare la loro *WTP* (*WTA*) in modo totalmente autonomo. Di regola, questo formato comporta domande del tipo «Prendere o lasciare». La risposta può essere soltanto positiva o negativa, come avviene spesso nelle scelte reali del consu-

matore sul mercato o nei *referendum* e la domanda potrebbe essere del tipo:

«sarebbe disposto a pagare la somma di € ... per ...?»                      SÌ    NO

Tale metodo (*Dichotomous-Choice Contingent Valuation, DC-CV*) minimizza gli incentivi a comportamenti strategici, ma richiede molte osservazioni, perché ciò che si ottiene è non già la massima *WTP*, ma soltanto un indicatore discreto della massima *WTP*. Soprattutto, tuttavia, il metodo in questione implica ipotesi sul modo di specificare la funzione di valutazione o la funzione di utilità indiretta per ottenere la *WTP* media. Il NOAA (*National Oceanic and Atmospheric Administration*) Panel sulla Valutazione Contingente ha suggerito l'introduzione nelle analisi condotte con il formato tipico dei *referendum*, della modalità di risposta che riflette la volontà di non votare o comunque di non esprimere un giudizio da parte dell'intervistato (neutrale, non vorrei votare, ecc.).

Il formato aperto (*open-ended*) comporta un certo rischio di comportamento strategico: in sostanza, esso può determinare una sottovalutazione della reale *WTP*. Il formato discreto, o dicotomico, invece può comportare il duplice rischio di sopravvalutazione per le seguenti ragioni:

— perché può esservi una sorta di distorsione (*respondent bias*), dovuta alla inclinazione degli intervistati a rispondere affermativamente anche quando la effettiva *WTP* è inferiore a quella proposta dall'intervistatore, in quanto quest'ultima è ritenuta la risposta «esatta» (Kanninen, 1995);

— perché, prescindendo completamente dal caso precedente, una risposta negativa può essere percepita dal rispondente come un rifiuto della somma proposta; se quest'ultima è superiore alla *WTP* vera, e l'intervistato



deciderà di rispondere affermativamente, in assenza di *follow-up* ne risulterà una distorsione verso l'alto.

Il formato continuo può aiutare a fissare un valore minimo, mentre il formato discreto può aiutare a fissare un valore massimo alla gamma dei valori possibili. Anche se sulle due tecniche viste precedentemente si concentrano le scelte operate nelle applicazioni empiriche più recenti, è importante sottolineare che esistono anche altri formati:

— *gare d'offerta (Bidding Games)*. Si tratta di procedimenti attraverso i quali gli intervistati vengono sollecitati a fare delle offerte per poter disporre del bene (l'esempio più simile tratto dal mondo reale è l'asta: per esempio, se si risponde sì al pagamento di 100 € per una prestazione, verrà in seguito chiesto se si è disposti a pagare un ammontare maggiore, se si risponde no verrà proposto un ammontare inferiore). Vi è tuttavia possibilità di forti distorsioni indotte dal livello del primo valore proposto (*starting point biases*), in quanto il valore proposto per primo può essere considerato dall'intervistato come abbastanza prossimo al valore «vero» (o a quello che l'intervistatore considera come tale). Se questa è la percezione dell'intervistato, difficilmente egli accetterà di attendere a lungo prima di rispondere in modo affermativo alla proposta dell'intervistatore;

— *carte di pagamento (Payment Cards / Checklist Method)*. La distorsione del primo valore proposto (*starting point bias*), può essere evitata presentando simultaneamente all'intervistato una carta in cui tutti i valori monetari possibili sono presentati in modo simultaneo (2).

Questi metodi possono contenere tuttavia un punto di riferimento implicito, dato dal valore di taluni beni pubblici privi di relazione stretta con il bene considerato, nel caso in cui esso sia

stato fornito dall'intervistatore allo scopo di facilitare la valutazione. Una distorsione di tipo analogo, ma di origine percettiva, è costituita dalla tendenza dei rispondenti a indicare valori tra quelli riportati al centro della carta. Infine, ci può essere un ulteriore rischio di distorsione, determinato dai valori estremi contenuti nella carta, e che l'intervistato può essere indotto a considerare come il limite superiore e quello inferiore della gamma di risorse accettabili (*range bias*).

Le ricerche più recenti sembrano concordare su un punto: l'alternativa si riduce a quella fra il formato aperto e il formato chiuso. La strada delle carte di pagamento appare compromessa dagli eccessivi rischi di distorsione. Il formato dicotomico è stato presentato spesso dalla letteratura come immune dal rischio di comportamenti strategici, ma ciò non è del tutto corretto. Vi sono, ad esempio, forti indizi di effetti di «ancoraggio», nella forma di un incentivo a rispondere affermativamente alla proposta di pagare un certo prezzo (Cooper *et al.*, 1992). Vi è inoltre un non trascurabile rischio di risposte di tipo «espressivo» (in cui, cioè, si enuncia ciò che si ritiene «giusto» pagare, e non ciò che si sarebbe «disposti» a pagare, o in cui si riflette l'immagine sociale che l'individuo intende dare di sé). Il formato dicotomico non aiuta a separare questi valori da quelli «strumentali» veri e propri (manifestazioni della *WTP* dell'intervistato).

Un progresso significativo rispetto al livello medio delle indagini condotte nel formato dicotomico si avrebbe forse rispettando alcuni accorgimenti:

— ammettere l'alternativa «non so» (o «non voglio rispondere»);

— distinguere tra il caso del «no» genuino e quello della *WTP* (*WTA*) eguale a zero;

— controllare le risposte diverse da zero (ad es., una *WTP* maggiore di una

certa quota percentuale del reddito dichiarato dall'intervistato deve suscitare qualche sospetto).

Nei lavori empirici si è evidenziato tuttavia un più frequente utilizzo dei metodi di elicitazione della disponibilità a pagare mediante domande di tipo chiuso con scelta dicotomica (DC), rispetto a domande di tipo *open-ended*. (Arrow *et al.*, 1993). Ciò però ha comportato in parallelo un crescente interesse per gli aspetti statistici relativi ad alcuni *step* dell'indagine stessa soprattutto in riferimento al piano di campionamento ed all'analisi dei dati rilevati, temi che tuttavia esulano dal presente lavoro. La tecnica di elicitazione di scelta dicotomica con valori monetari differenziati proposti ai rispondenti viene in generale preferita a quelle di tipo aperto (Cameron *et al.*, 1987) per una serie di ragioni:

a) lo schema DC simula meglio il mercato dei beni privati poiché pone l'intervistato in condizioni simili a quelle da lui stesso affrontate nelle «normali» situazioni di consumo, ovvero quando decide se acquistare o non acquistare un bene conoscendone il suo prezzo di vendita;

b) riproduce una situazione simile a quella del referendum che è il meccanismo decisionale tipico dell'offerta dei beni pubblici;

c) è uno schema che presenta il minimo di incentivi a comportamenti strategici (può ritenersi quindi *incentive compatible*) poiché l'intervistato percepisce la convenienza a fornire una risposta veritiera che è la sola che gli consente di massimizzare la sua funzione di utilità (in pratica vengono scoraggiati i fenomeni opportunistici tipici del *free-rider*).

6) Stesura del questionario (all'interno dovranno esservi anche domande rivolte a comprendere il grado di conoscenza dell'intervistato del bene oggetto di indagine)

La stesura del questionario è una fase particolarmente delicata di una valutazione contingente. Un questionario ben sviluppato aumenta l'affidabilità delle informazioni raccolte e il livello di partecipazione degli intervistati. L'intervista tramite questionario consiste sostanzialmente in tre parti:

a) una descrizione dettagliata del bene che deve essere valutato e le circostanze ipotetiche sotto le quali il rispondente può compiere questa valutazione. Il ricercatore costruisce un modello di mercato dettagliato il quale è comunicato al rispondente nella forma di uno scenario che è letto dall'intervistatore durante il corso dell'intervista. Il mercato deve essere più plausibile possibile. Esso descrive il bene che deve essere valutato, il livello di fornitura del bene, la struttura sotto il quale il bene deve essere fornito, i possibili sostituti ed il metodo di pagamento;

b) domande che elicitano la *WTP* dei rispondenti per il bene che deve essere valutato. Queste domande vengono poste in modo da facilitare la valutazione;

c) domande circa le caratteristiche dei rispondenti (per esempio, età, sesso, reddito), le loro preferenze riguardo al bene da valutare e il loro uso del bene stesso e dei beni complementari e/o sostituti.

Se l'indagine viene accuratamente predisposta ed il questionario adeguatamente pre-testato le informazioni rilevate, in parte richieste prima ed in parte richieste dopo lo scenario, rappresentano valide risposte da utilizzare per la stima della *WTP* e la valutazione complessiva del bene.

La sensibilità per gli aspetti psicologici del processo di intervista è essenziale. Il questionario da utilizzare in un contesto di valutazione contingente dovrà essere breve ed orientato a creare il minor disagio possibile all'intervistato; contemporaneamente dovrà rendere chiari sia il contesto ipotetico dello scenario in cui si colloca il bene sia il fatto che la richiesta della disponibilità a pagare non implica una dichiarazione vincolante di pagamento.

Il questionario dovrà inoltre contenere alcune domande sulle caratteristiche della persona intervistata con l'accorgimento di porre domande «delicate», come ad esempio sull'ammontare del reddito medio annuo personale (o familiare) o la condizione professionale, alla fine dell'intervista. Per le domande volte a definire le caratteristiche degli intervistati sono preferibili domande di tipo chiuso (facilitano la codifica delle risposte) ed inerenti semplici aspetti come ad esempio: l'età, il numero di componenti la famiglia, il sesso, il livello di istruzione, la condizione professionale, la professione, il reddito (per classi). Dovrà inoltre essere chiaramente specificato lo scenario entro il quale si colloca la domanda sulla disponibilità a pagare per il bene e per quest'ultima una corretta specificazione in relazione alla tecnica di elicitazione scelta.

Per quanto riguarda le informazioni sull'intervistato, i contenuti del questionario possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

— fatti (la composizione del nucleo familiare, la professione del capofamiglia, il possesso di certi beni, ecc.);

— conoscenze (livello e tipo di informazioni che su un dato argomento ciascun intervistato possiede);

— opinioni ed atteggiamenti (riguardano il modo di pensare dell'in-

tervistato su alcuni aspetti, ad esempio, correlati con il bene oggetto di indagine);

— motivazioni che spiegano alcune opinioni ed atteggiamenti della persona intervistata.

La formulazione al fine di evitare errori grossolani dovrebbe essere attenta ad evitare formulazioni generiche e/o orientate. La formulazione, inoltre, dovrebbe far sì che, anche attraverso la fase di pre-test il significato di ciascuna domanda dovrebbe essere univocamente comprensibile a tutti gli intervistati e che lo sforzo richiesto all'intervistato in termini di memoria sia limitato e temporalmente definito. Bisognerebbe evitare formulazioni che creino uno stato di tensione psicologica e domande orientate che provocano risposte distorte o ogni effetto di imitazione e risposte che coinvolgono il prestigio e l'autovalutazione dell'intervistato. Infine, le domande dovrebbero seguire una successione ordinata secondo criteri psicologici piuttosto che di contenuto della ricerca; le domande volte a definire le caratteristiche anagrafiche ed economiche dell'intervistato (ad es. età, professione, reddito) dovrebbero essere incluse nell'ultima sezione del questionario, dopo che l'intervistatore, resi noti gli scopi dell'indagine, abbia guadagnato una maggiore fiducia da parte dell'intervistato. Le tipologie di domande mediante le quali articolare il questionario si possono riepilogare in dirette (personali), indirette, proiettive, filtro, semplici (una sola risposta) o multiple (più risposte) aperte e chiuse, semichiose (con «altro»). L'organizzazione del questionario dovrebbe essere ad albero (se vi è almeno una domanda filtro) in cui a modalità di risposta diverse a specifiche domande (dette appunto, filtro) dovrebbero seguire domande diverse. Le domande di controllo dovrebbero essere utilizzate per riuscire a co-

gliere alcune conferme/smentite su atteggiamenti manifestati dagli intervistati.

7) *Test* (indagine pilota) ed eventuale/successiva revisione del questionario (in questa fase si può utilizzare una domanda di elicitazione di tipo aperto al fine di definire il *range* di valori entro cui eventualmente restringere i valori monetari sottoposti, in fase di indagine completa, con la tecnica di scelta dicotomica)

Una volta predisposte la modalità di somministrazione ed il questionario è opportuno procedere con la fase di *test*. Essenzialmente questa fase consiste in una piccola indagine pilota, su un esiguo numero di intervistati, al fine di calibrare il questionario sia per quanto riguarda le modalità e la forma con cui porre le domande stesse, sia al fine di definire un *range* per i valori monetari da utilizzare nella domanda di elicitazione qualora questa sia posta nella modalità di scelta dicotomica. Una volta definito il *range* dei valori monetari da sottoporre agli intervistati, con l'ausilio dell'indagine pilota, è comunque preferibile organizzare, per la fase di rilevazione completa, un insieme di valori monetari con un numero più ampio di elementi in modo da coprire l'intero campo di variazione stimato (Cooper, 1993). Il *test* inoltre è estremamente importante qualora si voglia utilizzare la modalità di elicitazione di tipo scelta dicotomica con valori monetari diversi proposti al rispondente. In fase di *test* infatti mediante una domanda di tipo aperto (*open-ended*) è possibile «farsi un'idea» del ventaglio di valutazioni che i rispondenti forniscono e decidere il *range* da utilizzare successivamente.

#### 4. Un esempio di valutazione continua: la disponibilità a pagare nel trattamento del dolore acuto e del dolore cronico

Nel corso di due studi (Colombo *et al.*, 2004) sui costi sociali del trattamento del dolore in Italia sono stati raccolti dati sulla qualità della vita e sulla disponibilità a pagare dei pazienti affetti da dolore acuto o cronico benigno, tramite l'intervista di 341 pazienti ripartiti sul ns. territorio italiano. Il primo studio osservazionale e multicentrico sul dolore cronico ha previsto l'arruolamento di 153 pazienti presso 9 centri specializzati nella terapia del dolore, operanti su tutto il territorio nazionale, nel periodo tra marzo e luglio 2002. Ai medici coinvolti è stato chiesto di compilare una scheda di rilevazione dati per ognuno degli ultimi 20 pazienti trattati ed osservati, affetto da almeno una delle seguenti patologie: artrosi (poliartrosi, cox artrosi, gona artrosi), dolore da ernia non operabile o operabile successivamente, periartriti della spalla e mal di schiena. Nel secondo lavoro sul dolore acuto sono stati invece valutati 188 pazienti di entrambi i sessi, osservati per un periodo di trenta giorni. Sono stati considerati eleggibili allo studio pazienti con dolore acuto che rispettavano i seguenti criteri di inclusione:

— dolore acuto determinato da patologie osteoarticolari di pertinenza ortopedica;

— punteggio superiore a 5 nella scala VAS;

— intervallo di tempo trascorso dall'ultima manifestazione dolorosa superiore ai tre mesi; ed esclusi i pazienti con gravi malattie psichiatriche o neurologiche.

Nella rilevazione sono stati coinvolti i Medici di medicina generale (Mmg) di tre associazioni differenti: Aimef (Associazione italiana medici

di famiglia) afferenti nelle Asl BA4 e MT4; l'Associazione medici del Tiggullio e l'Associazione medici Vignate (MI) e un centro specialistico per il trattamento del dolore: l'Ospedale di Torre Annunziata. In questa maniera si è voluto tenere conto del grado di eterogeneità sia nella gestione del paziente (in funzione delle diverse aree geografiche), sia delle situazioni economico-sociali e culturali in cui si trovano i pazienti.

La scheda rilevazione in entrambi gli studi era così ripartita:

— *caratteristiche socio-demografiche e anamnesi dei pazienti*: ossia informazioni di carattere generale sul paziente (sesso, età) e sul dolore sofferto, in particolare, mesi passati dall'insorgenza del dolore, patologie sofferte, modalità di inizio del dolore;

— *livello di dolore, qualità della vita, utilità*: in questa sezione sono stati somministrati strumenti «generici» per la misurazione della qualità della vita e utilità (EQ-5D) Il *test* EQ-5D fa riferimento allo stato di salute del soggetto al momento della compilazione, e verte su cinque fattori determinanti (mobilità, cura personale, attività abituali, dolore/disturbi, ansia e depressione); questo strumento viene spesso utilizzato a complemento di altri questionari, e fornisce un utilissimo indice sintetico di tutte le dimensioni della qualità della vita facilmente interpretabile che può essere interpretato come preferenza per determinati stati di salute, in una scala da 0 (morte) a 1 (perfetta salute) in cui si indica una misura dell'utilità individuale associata. Le caratteristiche del dolore sono state indagate tramite alcune domande sulla modalità di inizio, sulla tipologia (espressa secondo una scala di intensità a quattro livelli: assente, leggero, medio, forte), sulla sua percezione (espressa tramite alcune caratteristiche cliniche riprese dalla forma breve del *McGill Pain Questionnaire*

(Melzack, 1987)) e su come alcune attività quotidiane ne influenzavano la percezione migliorandolo o peggiorandolo. Inoltre sulla scheda venivano registrate le aspettative del paziente nei confronti della terapia farmacologica, e registrati gli accessi al pronto soccorso effettuati nei 15 giorni antecedenti l'arruolamento, i test diagnostici e le terapie specifiche per il dolore prescritti al momento della visita;

— per quanto riguarda la disponibilità a pagare, ai pazienti affetti da dolore acuto è stata posta la domanda: «quanto sarebbe disposto a pagare per eliminare il dolore nell'arco di 24 ore?», mentre per i pazienti affetti da dolore cronico «quanto sarebbe disposto a pagare per eliminare il dolore in 30 giorni?» prevedendo per entrambi le risposte: nulla, fino a 150 euro, da 150 a 250 euro, da 250 a 500 euro, utilizzando quindi il metodo delle *check-list*. La disponibilità a pagare è illustrata nelle tabelle riportate.

#### 4.1. Risultati

La disponibilità a pagare per caratteristiche dei pazienti (tabella 1) evidenzia delle differenze statisticamente significative per l'età e la zona geografica di appartenenza nel dolore acuto e solo per la zona geografica nel caso del dolore cronico. I pazienti fino a 65 anni dichiarano una disponibilità a pagare maggiore, sia per il dolore acuto sia per il cronico, rispetto ai pazienti con più di 65 anni. In riferimento all'area geografica, sono i pazienti residenti al nord quelli che hanno dichiarato una disponibilità a pagare più alta (147 € e 305 € rispettivamente per l'acuto e per il cronico contro i 115 € e 199 € del sud). In relazione al sesso, le donne risultano più propense a pagare per eliminare il dolore, sebbene le differenze non siano statisticamente significative. Per quanto riguarda il li-

vello di istruzione, non esistono differenze significative tra i vari gradi.

Il legame tra disponibilità a pagare e qualità della vita è illustrato nella tabella 2. Differenze statisticamente significative sono emerse, nel caso del dolore acuto, per i diversi livelli di qualità della vita nella dimensione «Ansia e depressione»: la disponibilità a pagare è di 95 € per il paziente «non ansioso o depresso», 132 € per «moderatamente ansioso o depresso», 170 € per «estremamente ansioso o depresso».

Anche per tutte le altre dimensioni la disponibilità a pagare cresce al diminuire della qualità della vita sebbene le differenze non sono statisticamente significative. Nel caso del dolore cronico, nella dimensione della cura personale, la disponibilità a pagare è significativamente maggiore per il livello di qualità della vita più basso: per chi «non ha difficoltà nel prendersi cura di sé» la disponibilità a pagare è di 226 € mentre arriva a 343 € per chi «non è in

grado di lavarsi o vestirsi». Anche per il dolore cronico, i peggiori livelli di qualità della vita sono associati a una maggiore disponibilità a pagare.

Nel dolore cronico la dimensione di qualità della vita alla quale è legata la maggiore disponibilità a pagare è quella della cura personale, mentre nell'acuto è quella dell'ansia e depressione, il che riflette probabilmente le diverse caratteristiche della patologia.

#### 5. Discussione e conclusioni

L'utilizzo dell'analisi costo-beneficio nelle valutazioni economiche in ambito sanitario consente di produrre informazioni più facilmente interpretabili da parte dei decisori, in quanto non forniscono solamente un rapporto tra costi ed esiti (come nel caso di un'analisi costo-efficacia) soggetto ad un giudizio di valore, ma un rapporto espresso in termini monetari che permette confronti tra interventi con esiti differenti o addirittura in ambiti diffe-

Tabella 1 - Disponibilità a pagare per eliminare il dolore

	Dolore acuto		Dolore cronico	
	(euro)	p Value	(euro)	p Value
<b>Età</b>	Fino a 65 anni	145,68	0,007	236,48
	Oltre 65 anni	100	0,007	226,09
<b>Sesso</b>	Maschi	121,43		217,38
	Femmine	131,63		258,71
<b>Area geografica</b>	Nord	147,81	0,025	305,77
	Sud	115,91	0,025	199,74
<b>Istruzione</b>	Non ha frequentato/terminato elementari	90,38		210,42
	Elementari	113,16		273,39
	Medie	144,34		239,02
	Diploma scuola media superiore	115,91		215,09
	Laurea/specializzazioni	173,53		256,25

renti. La principale difficoltà nel condurre un'analisi costo-beneficio in sanità è attribuire un valore monetario ai benefici. Caratteristica dei beni pubblici, tra i quali si può comprendere anche il bene salute, è infatti la mancanza di un mercato nel quale rilevare il valore monetario dei beni e dei benefici oggetto di analisi. Una caratteristica del mercato della salute è che spesso chi beneficia di una prestazione o di un programma sanitario non paga direttamente la prestazione, non ne conosce il valore perché non ha sufficienti informazioni (spesso, anzi, l'informazione è l'oggetto del negozio, ad esempio nel rapporto tra medico e paziente).

Bisogna quindi ricorrere a un metodo che consenta di attribuire un valore monetario ai benefici risultanti dall'implementazione di un programma sanitario; una possibilità è ricavare la disponibilità a pagare dei soggetti che traggono direttamente o indirettamente beneficio dall'intervento. La disponibilità a pagare è tuttavia influenzata da diversi fattori, tra i quali una limitata conoscenza del problema oggetto di valutazione. Ne segue, che la corretta determinazione della disponibilità a pagare in ambito sanitario non è un'operazione facile e immediata. Tuttavia, adottando particolari accorgimenti nella pianificazione della rilevazione delle informazioni è possibile minimizzare gli effetti dei diversi *bias* che possono inficiare l'affidabilità dei risultati. Nei due studi sul dolore appena riportati, ad esempio, si è scelto di adottare un punto di vista *ex post*, ovvero al momento della necessità, e di determinare un campione tra la sola popolazione affetta dalla patologia, di modo che i soggetti intervistati avessero una più completa consapevolezza del problema analizzato e fornissero quindi delle risposte più attendibili. Un limite dei due studi presentati è la mancanza della rilevazione del reddito, dovuta alla riluttanza degli intervi-

stati a fornire tali informazioni. La disponibilità a pagare, infatti, è influenzata dal reddito degli individui (questo potrebbe spiegare perché nel caso del dolore la disponibilità a pagare è maggiore al nord rispetto al sud): per questo motivo è opportuno rilevare il reddito degli intervistati per poi correggere, eventualmente, in fase di elaborazione i valori dichiarati in funzione del reddito. Un secondo limite di questi studi sulla disponibilità a pagare per il dolore cronico e acuto riguarda la scelta della tecnica di elicitazione: in questo caso è stato adottato il metodo delle *check list* che tuttavia comporta il rischio di una distorsione di tipo percettivo dovuta alla tendenza dei rispondenti a indicare valori tra quelli riportati al centro della carta.

Nonostante la presenza di questi limiti, la determinazione della *WTP* e l'uso della valutazione contingente risultano essere degli strumenti in grado di rappresentare le preferenze degli individui per diverse alternative considerate. Consapevoli delle possibili distorsioni che possono inficiare l'affidabilità dei risultati, gli sforzi della ricerca dovrebbero quindi orientarsi verso la quantificazione di questi *bias* e conseguentemente all'individuazione di tecniche per depurare i risultati dagli effetti di tali distorsioni.

(1) L'intervista postale può essere viziata da distorsioni nella struttura del campione. Un limite imputabile alla modalità di rilevazione postale è noto come l'*autoselezione* dei respon-

Tabella 2 - Disponibilità a pagare per eliminare il dolore

Attributi del sistema EQ-5D	Dolore acuto		Dolore cronico	
	(euro)	p Value	(euro)	p Value
<b>Mobilità</b>				
Non ha difficoltà a camminare	114,13		196,53	
Ha qualche difficoltà nel camminare	128,30		244,75	
È costretto a letto	158,33		286,54	
<b>Cura personale</b>				
Non ha difficoltà nel prendersi cura di sé	118,33		226,06	0,029
Ha qualche difficoltà nel lavarsi e nel vestirsi	125,95		228,06	0,029
Non è in grado di lavarsi o vestirsi	168,75		343,75	0,029
<b>Attività abituali</b>				
Non ha difficoltà nello svolgimento delle attività abituali	100,89		193,33	
Ha qualche difficoltà nel lavarsi o vestirsi	133,04		229,91	
Non è in grado di svolgere le attività abituali	125,94		287,96	
<b>Dolore/disturbi</b>				
Non prova alcun dolore o fastidio	75,00		75,00	
Prova dolore o fastidio moderati	114,08		221,76	
Prova estremo dolore o fastidio	141,03		262,50	
<b>Ansia e depressione</b>				
Non è ansioso o depresso	95,31	0,007	202,70	
È moderatamente ansioso o depresso	132,07	0,007	243,89	
È estremamente ansioso o depresso	170,45	0,007	264,77	

denti. In sostanza, infatti, benché il disegno campionario possa essere il più accurato possibile, una volta spediti via posta i questionari, i ritorni oltre a coprire una quota non particolarmente rilevante del totale (in generale attorno al 20-30%) non potranno essere considerati un' estrazione «casuale» del campione inizialmente predisposto. I rispondenti sono generalmente persone più motivate o attente all'argomento proposto rispetto ai non rispondenti e per questo le loro modalità di risposta e gli stessi valori medi o mediani ricavabili dalla rilevazione non rifletterebbero pareri riconducibili all'universo. Inoltre, le interviste postali consentono all'intervistato di «saltare alle conclusioni» del questionario, vanificando qualunque strategia adottata allo scopo di indurre l'intervistato alla ponderazione e alla sincerità.

(2) Ai fini della determinazione della gamma dei valori da presentare ai rispondenti, rappresenta un valido aiuto la realizzazione di una breve indagine pilota anche per testare il questionario stesso.

#### BIBLIOGRAFIA

- AMIRAN G. (1991) «Willingness to pay as a measurement of benefits», *Medical Care*, 19 (12).
- ARISTIDES *et al.* (2002) «Conjoint analysis of a new chemotherapy», *PharmacoEconomics*, 20, (11): pp. 775-784
- BALA, MAUSKOPF, WOOD (1999) «Willingness to pay as a measure of health benefits», *Pharmacoeconomics*, 15 (1): pp. 9-18.
- CAMERON T.A., JAMES M.D. (1987), «Efficient estimation methods for closed-ended contingent valuation surveys», *Review of Economics and Statistics*, 69(2): pp. 269-76.
- CARSON R., FLORES N.E., HANEMANN W.M. (1998), «Sequencing and Valuing Public Goods», *Journal of Environmental Economics and Management*, 36, pp. 314-323.
- COLOMBO G.L., CARUGGI M., VINCI M. (2004), «Qualità della vita e costi di trattamento in pazienti con dolore cronico benigno», in press, *Recenti Progressi in Medicina*.
- COLOMBO G.L., CARUGGI M., SERRA G., VINCI M. (2004), «La gestione del dolore acuto in Italia: aspetti economici e qualità di vita», in press, *Recenti Progressi in Medicina*.
- COOPER J.C., LOOMIS J. (1992), «Sensitivity of willingness-to-pay estimates to bid design in dichotomous choice contingent valuation models: reply», *Land Economics*, 68:2 May, pp. 211-224.
- COOPER J.C. (1993), «Optimal bid selection for dichotomous choice contingent valuation surveys», *Journal of Environmental Economics and Management*, 24, pp. 25-40.
- CUMMINGS R.G., BROOKSHIRE D.S., SCHULTZE W.D. (1986), *Valuing Public Goods: An Assessment of the Contingent Valuation Method*, Rowman and Allenheld, Totowa, NJ.
- DRUMMOND, O'BRIEN, STODDART, TORRANCE (2000) *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma.
- JEFFERSON, DEMICHELI, MUGFORD (1998) *La valutazione economica degli interventi sanitari*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma.
- JOHNSTON R.J., SWALLOW S.K., WEAVER T.F. (1999), «Estimating willingness to pay and resource tradeoffs with different payment mechanism: an evaluation of a funding guarantee for watershed management», *Journal of Environmental Economics and Management*, 38, pp. 97-120.
- KANNINEN B. (1995) «Bias in discrete response contingent valuation», *Journal of Environmental Economics and Management*, 28, pp. 114.
- KLARMAN H.E., *The economics of health*, Columbia University Press, New York 1965.
- KIELHORN, GRAF VON DER SCHULEMBURG (2002) *Manuale di economia sanitaria*, Edizioni Selecta, Milano.
- MELZACK R. (1987); «The short-form McGill Pain Questionnaire», *Pain*, 30(2), pp. 191-197.
- MITCHELL R.B., CARSON R.T. (1989), *Using Surveys to Value Public Goods: The contingent Valuation Method*, Washington, D.C.: Resources for the Future.
- MONTINI A. (2001), «L'uso del questionario nella valutazione contingente», in FABIO NUTI, *La valutazione economica delle decisioni pubbliche. Dall'analisi costi-benefici alle valutazioni contingenti*, Edizioni Giapichelli, Torino.
- TARRICONE R. (2004), *Valutazioni economiche e management in sanità*, Mc Graw Hill, Milano.
- TELSER H., ZWEIFEL P. (2002), «Measuring Willingness-To-Pay for Risk Reduction - An Application of Conjoint Analysis», *Health Economics*, 11: 129-139.
- WELSH M., POE G.L. (1998) «Elicitation effects in contingent valuation: comparisons to a multiple bounded discrete choice approach», *Journal of Environmental Economics and Management*, 36(2), pp. 170-185.

# L'EVOLUZIONE DEGLI STRUMENTI DI IMPLEMENTAZIONE STRATEGICA NEI CONTESTI SANITARI

Simone Lazzini

Dipartimento di Economia aziendale «E. Gianni» Università di Pisa

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Le necessità informative per il governo aziendale - 3. Innovare il *management* sanitario attraverso il *Scorecard*? - 4. Le modalità attuative del BSC nel Sistema sanitario americano - 5. Gli *stakeholder* al centro dei processi di determinazione strategica - 6. Riflessioni di sintesi.

*This article reviews the evolution of the tools of strategic implementation, and in particular the role of the Balanced Scorecard in the process of managerial innovation in Italy and in the U.S Health Care Delivery System. This paper argues that the BSC is used by a wide range of health care organizations and BSC needs important modifications to reflect industry health care realities. BSC has been modified to include perspectives such as quality of care, outcomes, accountability and human resources. In the last section this paper is focused on the possibility to use another scorecard named «Performance Prism» in health care sector. In the conclusion section, this paper points out the great interest in health care of these tools, even if a cultural change will be necessary to use them properly.*

## 1. Introduzione

La sanità italiana, fin dai primi anni '90, è stata oggetto di un vasto processo di riforma che ne ha modificato sostanzialmente i presupposti e le logiche di funzionamento. Le organizzazioni sanitarie hanno tradizionalmente goduto di una finanza di trasferimento improntata su meccanismi di stampo incrementale, quasi del tutto scollegati dall'attività posta in essere e dalla qualità dei servizi effettivamente erogati.

I decreti che si sono susseguiti dal '92 hanno evidenziato il preciso orientamento del Legislatore verso criteri di guida e governo delle organizzazioni sanitarie pubbliche improntati al perseguimento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità.

È maturata, pertanto, la consapevolezza che le Aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere possano essere ricondotte alla comune matrice della

produzione di servizi e, in quanto tali, non possano più essere sottratte ad una gestione razionale da attuarsi attraverso lo «strumento azienda», ubbidendo, così, alle logiche ed ai criteri che da sempre animano «l'universo» aziendale (Anselmi, 1996).

Il percorso di «aziendalizzazione», così delineato, implica necessariamente l'utilizzo di tecniche, metodologie e processi tipici anche delle realtà economiche private ma che devono trovare un'opportuna ridefinizione, senza travolgerne i cardini ed i principi fondamentali, per rispondere alle peculiari esigenze gestionali connesse alla natura delle unità economiche sanitarie (Borgonovi, 2002).

Da questo punto di vista, è improrogabile la necessità di implementare tecniche manageriali capaci di coniugare il controllo della spesa pubblica sanitaria e, più in generale, la gestione razionale ed efficace, con le finalità sociali del servizio stesso, la cui

rilevanza impone un'attenzione assoluta verso la soddisfazione dei bisogni sanitari espressi dalla collettività.

Quest'aspetto deve essere opportunamente sottolineato, poiché vi è il rischio, tutt'altro che remoto, che l'enfasi posta sull'esigenza di contenere i costi ed incrementare l'efficienza nella gestione dei servizi vada a scapito, o comunque releghi in secondo piano, la finalità prioritaria ed inderogabile del sistema sanitario pubblico, ossia la tutela e la preservazione della salute.

L'esigenza di controllare la variabile economica, giustificata dalla gravità del *deficit* raggiunto, è sicuramente una condizione stringente ma deve, comunque, essere percepita quale vincolo da rispettare piuttosto che obiettivo da raggiungere.

La tendenza che si sta affermando nell'ambito dell'implementazione degli strumenti manageriali è quella di adottare metodologie che consentano di tenere in considerazione, non solo

gli elementi di carattere economico-finanziario, ma anche quelli legati alla qualità dei processi interni e al livello di soddisfazione percepito dai fruitori delle prestazioni sanitarie.

La necessità di correlare la gestione operativa con le scelte di carattere strategico rappresenta l'aspetto più critico cui l'attuale *management* sanitario deve essere in grado di rispondere. Nelle realtà sanitarie la frattura, più o meno marcata a seconda dei singoli casi, tra la formulazione delle strategie aziendali e il loro effettivo perseguimento dal punto di vista operativo, evidenzia ancora forti ritardi e numerosi ambiti di miglioramento.

Il presente lavoro analizza dapprima i cambiamenti nelle necessità informative in chiave decisionale riconducibili alle attuali gestioni sanitarie. Successivamente analizza le caratteristiche di fondo del *Balanced scorecard* quale strumento di implementazione strategica, mostrandone le potenzialità e valutandone la diffusione e l'impatto innovativo esercitato dalla sua applicazione nel contesto sanitario statunitense. Vengono evidenziate, infine, le principali tendenze evolutive nell'ambito degli strumenti di implementazione strategica, soffermandosi in particolare sul *Performance Prism* quale possibile direttrice di sviluppo del BSC.

Tali strumenti possono svolgere un ruolo importante per governare il cambiamento, non solo dal punto di vista tecnico-organizzativo ma, soprattutto, nelle modalità di gestione, affinché socialità, economicità ed innalzamento della cultura manageriale, possano proficuamente trovare una contestuale soddisfazione. Come ogni strumento, tuttavia, esprimono una valenza potenziale che trova effettività solamente attraverso la propria opportuna utilizzazione. Se da un lato, quindi, se ne possono apprezzare, dal punto di vista concettuale, l'indubbia

funzionalità e flessibilità, dall'altro, per valutarne i reali benefici, è essenziale indagarne e comprenderne approfonditamente i limiti, i vincoli e le difficoltà, al fine di comprendere se le esperienze internazionali possano effettivamente tradursi in stimoli all'innovazione e alla crescita.

## **2. Le necessità informative per il governo aziendale**

L'informazione assume, per sua natura, una valenza strategica in qualsiasi tipo di azienda e ancor più in quelle sanitarie, per le quali acquisisce, in virtù delle loro caratteristiche gestionali (1), un connotato dominante nella formulazione delle scelte di governo.

La critica più diffusa che gli operatori muovono ai sistemi informativi di cui si avvalgono non appare rivolta tanto alla disponibilità delle informazioni, che risultano spesso sovrabbondanti, quanto alle carenze in termini di significatività, selettività e tempestività; in altre parole, della capacità delle informazioni stesse di rappresentare un reale supporto ai processi decisionali.

I sistemi di misurazione delle *performance*, che caratterizzano la maggior parte delle aziende sanitarie italiane, appaiono in molti casi «introflessi» (Baraldi, Montaperto, 2000), ossia fortemente orientati a percepire la dimensione interna dei fenomeni (risorse impiegate, giorni medi di degenza, riduzione della spesa farmaceutica, ecc.) senza considerare adeguatamente i riflessi che le scelte compiute determinano in termini di *outcome*, in termini, cioè, di impatto sulla salute dei cittadini (Borgonovi, Zangrandi, 1988).

La finalità prevalente rimane, pertanto, quella di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari, piuttosto che quella di generare una tensione continua al

miglioramento, alla razionalità e alla soddisfazione dei bisogni. I sistemi informativi implementati dalle aziende sanitarie ed ospedaliere dovrebbero essere in grado di produrre informazioni capaci di supportare i processi decisionali in modo tale che tengano in considerazione lo *standard* qualitativo dei servizi offerti e la loro capacità di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione. In altre parole, gli strumenti di programmazione e controllo, alimentati dai sistemi informativi aziendali, devono riuscire a favorire l'identificazione di percorsi strategici chiari e condivisi, capaci di perseguire al contempo sia il contenimento dei costi, o meglio la riduzione degli sprechi, sia l'innalzamento, o quantomeno il mantenimento, del livello qualitativo dell'assistenza sanitaria fornita.

L'esigenza di ricercare strumenti manageriali in grado di garantire la *proficua convivenza* tra l'impegno nel controllo dei costi e l'elevata qualità delle prestazioni appare ancor più stringente se si tiene in considerazione il mutato contesto ambientale in cui si trovano ad operare le organizzazioni sanitarie (Cesaroni, 2000).

Le innovazioni introdotte negli ultimi anni hanno seguito tre direttrici fondamentali. La prima, individuabile nella variabile tecnologica, ha interessato non solo l'aspetto clinico e diagnostico, mutando l'essenza stessa della professione medica attraverso l'innovazione nei processi con cui essa svolge la propria funzione, ma anche le forme e le modalità di interazione sia in ambito esterno che interno (Capocchi, 2003).

La seconda direttrice riguarda i cambiamenti di natura istituzionale che hanno visto la progressiva affermazione di un approccio di stampo federale e lo sviluppo di meccanismi tariffari che hanno portato alla costituzione di un sistema definibile di «qua-



si-mercato» che si caratterizza per la presenza di elementi concorrenziali o, comunque, da una marcata contendibilità (2).

La terza direttrice, infine, riguarda i cambiamenti di carattere manageriale che sembrano orientarsi verso il cosiddetto *accountable management* che, nella sua accezione più generale ed estesa, attiene «il render conto e il dare giustificazione dell'operato svolto in relazione alle responsabilità assunte» (Sinclair, 1995). Questa impostazione inserisce al centro dell'azione manageriale il paziente-cittadino imperniando su di esso l'intero impianto strategico (3). Ne risulta accentuata la necessità di disporre di sistemi informatici/informativi sempre più sofisticati in grado di cogliere la molteplicità di variabili e le reciproche interazioni che condizionano le dinamiche gestionali (Borgonovi, 1997).

Si avverte il bisogno di strumenti capaci di gestire la complessità, di dipanare l'intricato sviluppo e di diventare reali ed efficaci supporti alla formulazione e realizzazione delle decisioni.

La complessità, infatti, è uno degli elementi che maggiormente caratterizzano la gestione sanitaria: essa, infatti, più di molte realtà economiche private o pubbliche, si qualifica come sistema aperto, fortemente condizionato e vincolato dalle determinazioni provenienti da organi sovrastanti (Stato e soprattutto Regione) e dai pazienti cui si interfaccia, sia direttamente, nei rapporti azienda-utente, sia indirettamente, poiché, in ultima analisi, dal loro consenso dipende il mantenimento o la sostituzione dei vertici aziendali (Anselmi, Saita, 2002).

La mappa del sistema sanitario nazionale appare molto frastagliata ed eterogenea: i modelli adottati presentano impostazioni differenti, come del resto molto differenziato appare lo stato di implementazione ed attuazio-

ne dei dettati normativi in termini controllo di gestione.

Accanto a realtà di assoluto rilievo ed eccellenza, che hanno saputo far proprio lo «spirito» della riforma dotandosi degli strumenti e della cultura aziendale e manageriale necessaria per competere nell'attuale contesto sanitario, convivono situazioni in cui la programmazione è ancora scarsa, la diffusione dei sistemi di *cost accounting* è modesta o parziale. In sintesi, i sistemi informativi, pur fornendo in molti casi un ampio ventaglio di dati ed informazioni, non sembrano ancora in grado di porsi quale fattivo supporto per l'allineamento tra definizione strategica e processi operativi.

A prescindere dal livello di azienda-lità raggiunta e dagli sforzi più o meno rilevanti che in questo senso dovranno essere ancora compiuti, sta ormai emergendo con chiarezza che le unità sanitarie, sia che si faccia riferimento alle aziende sanitarie che a quelle ospedaliere, dovranno disporre di strumenti sempre più sofisticati (4) atti a supportare la definizione, realizzazione e controllo delle strategie aziendali, in altri termini, destinati a governare uno dei momenti, più nevralgici e creativi per il funzionamento dell'intero sistema aziendale (Marchi, 1993; Marasca, 1989).

Il sistema informativo (SI) percepito quale «insieme di vari elementi: dati, informazioni, risorse tecniche, umane e metodologiche, e delle loro relazioni, finalizzato a soddisfare, con efficacia ed efficienza, le esigenze conoscitive interne ed esterne d'azienda» (5) si pone alla base e, di conseguenza, costituisce il presupposto del funzionamento di qualsiasi strumento di implementazione strategica.

Secondo il Rapporto Oasi 2003 (Anessi Pessina, Cantù, 2003) la maggior parte delle aziende sanitarie italiane si sta impegnando nella realizzazione, o quantomeno nel consolida-

mento, di sistemi di programmazione e controllo inquadabili in sistemi di «prima generazione», ossia focalizzati essenzialmente sugli aspetti di carattere operativo e di natura prevalentemente economico-finanziaria (Baraldi, Montaperto, 2000).

Le caratteristiche che, già ad oggi, appaiono riscontrabili sono sintetizzabili in primo luogo nella necessità di accrescere l'attenzione riservata al monitoraggio delle strategie individuate, in altri termini, di avvalersi di strumenti in grado di fornire una misurazione degli obiettivi strategici e di verificarne l'espletamento attraverso un proficuo raccordo con i sistemi di controllo della gestione. Con questo non si vuole affermare che scarseggino indicatori che riguardano tali aspetti, poiché dall'osservazione di molti documenti aziendali e dalla reportistica richiesta dalle Regioni e dallo Stato se ne può verificare agevolmente la numerosità. Tali indicatori, tuttavia, risultano ancora non adeguatamente integrati nei processi di programmazione e di valutazione delle *performance* (6), che si mantengono prevalentemente incentrati su sistemi di misurazione che derivano essenzialmente dall'impiego dei dati disponibili, piuttosto che da una precisa individuazione degli obiettivi e da una definita concezione di quello che dovrebbe essere misurato (Kaplan, 1988).

In secondo luogo, l'impostazione degli strumenti d'implementazione strategica appare sostanzialmente verticale. Le attività di controllo tendono a concentrarsi sui risultati ottenuti nelle singole strutture organizzative trascurando così la trasversalità delle prestazioni sanitarie che di solito sono il frutto del contributo sinergico di più unità operative (Laboratori d'analisi, radiologia, altri reparti ecc.) e, inoltre, molto spesso risulta difficilmente commisurabile l'apporto di alcune

unità di staff che assumono, invece, un peso rilevante nella formazione del risultato aziendale. (Gestione delle risorse umane, ricerca e sviluppo, programmazione e controllo, gestione magazzini ed approvvigionamento).

In terzo luogo, infine, si assiste ad una vistosa dicotomia tra la formulazione e l'identificazione della strategia (che in molti casi rimane astratta ed evanescente) e il percorso operativo attraverso il quale dovrebbe trovare esecuzione (7).

La tendenza in atto appare indirizzata a sviluppare sistemi multidimensionali, dove coesistano, accanto alla tradizionale dimensione economica, le dimensioni cliniche e qualitative dei fenomeni osservati. Intraprendere questo percorso implica necessariamente lo spostamento verso sistemi di misurazione evoluti, per sostenere i quali, i sistemi informativi dovranno compiere un ulteriore passo avanti (8).

Gli strumenti astrattamente utilizzabili per esplicitare e rendere trasparenti i processi aziendali e le loro ricadute in termini di *outcomes* sono molteplici: *Business process reengineering*, *total quality management*, *evidence based medicine*, *Benchmarking sanitario*, *six sigma quality approach*. Ciascuno di essi presenta peculiarità e attributi che possono contribuire alla razionalizzazione della gestione sanitaria. Il *Balanced Scorecard* (BSC) considerando la «intrinseca» vocazione a tenere in considerazione una pluralità di variabili e dimensioni ed a correlare reciprocamente le strategie individuate ai risultati conseguiti, nonché la naturale capacità di osservare le grandezze trascorse e quelle prospettive in un'ottica temporale unitaria e coerente, potrebbe rappresentare uno degli strumenti più adatti a guidare un fenomeno così complesso e dinamico, come si è dimostrata essere in questi

ultimi anni la sanità e, in particolare, riuscire a colmare la distanza tra momento strategico e realizzazione operativa (Norton, Kaplan, 1996; Bubbio, 2000; Tavecchio, Scanziani, 2001).

In tal senso Baker e Pink (1995) furono tra i primi a riconoscere l'utilità di applicare la metodologia in oggetto alle realtà sanitarie, come del resto Castaneda e Menderz (1998) (9) hanno ribadito la necessità di impiegare il BSC quale strumento capace di garantire il contestuale perseguimento degli obiettivi di qualità-valore-razionalizzazione della spesa e valutazione degli impatti sanitari.

Chow *et al.* esaltano il connotato della adattabilità alle singole situazioni. Ogni organizzazione sanitaria, secondo gli autori, si trova a dover affrontare una serie comune di problematiche che spaziano dalla definizione della propria politica strategica all'identificazione e qualificazione dei singoli obiettivi. Il BSC deve quindi trovare una propria declinazione in ciascuna realtà acquisendo un connotato d'esclusività ed unicità tali da garantire il concreto perseguimento delle strategie impostate (Chow *et al.*, 1998).

Weber testimonia l'utilità del BSC come modello manageriale per gestire situazioni caratterizzate da elevata complessità e dinamismo come risulta essere il settore sanitario ed in particolare dove appare prevalente un'attività *knowledge-based* (Weber, 1999). Jones e Filip accentrano la propria attenzione sulla crucialità legata alla selezione degli indicatori destinati a commisurare i processi aziendali e gli impatti generati, dimostrando come in tal senso il lavoro di gruppo e la condivisione possano agevolare la definizione di tali elementi (Jones, Filip, 2000).

### **3. Innovare il management sanitario attraverso il Scorecard?**

Uno dei problemi più complessi cui le organizzazioni sanitarie devono riuscire a dare una risposta è essenzialmente legato alle difficoltà connesse all'allineamento tra i comportamenti operativi, tenuti quotidianamente dagli operatori aziendali, ed i percorsi strategici delineati nella fase di pianificazione (10). Il BSC propone un approccio integrato in cui si bilanciano sapientemente le tradizionali misure economico-finanziarie con quelle non finanziarie (Kaplan, Norton, 2002); così da poter individuare, non solo i contributi offerti dalle singole unità operative e dai componenti dell'organizzazione alla creazione di valore, ma anche altri aspetti edificanti quali: la crescita delle competenze professionali, il miglioramento dei processi aziendali, il grado di soddisfazione dei pazienti (11).

Molte organizzazioni sanitarie, già da tempo, utilizzano una pluralità di indicatori destinati a monitorare non solo i tipici aspetti *financial* ma anche la qualità dei processi interni, la soddisfazione dei pazienti, le disfunzioni e le lamentele riscontrate in relazione alle prestazioni fornite (12). Questa impostazione si basa sul concetto di *Tableau de bord*, ossia di cruscotto aziendale, in cui una serie di misure relative ai fattori ritenuti critici per il successo aziendale supportano la guida e la gestione dell'azienda (13).

Il BSC, quando risulti opportunamente configurato, non può essere ricondotto ad un semplice «pannello» di indicatori multidimensionali ma dovrebbe essere concepito quale «*Sistema strategico di management*» (Kaplan, Norton, 1996) in cui le singole dimensioni osservate dalle schede di valutazione rappresentino una serie di obiettivi reciprocamente collegati affinché possano integrarsi e completar-

si vicendevolmente nel perseguimento delle traiettorie strategiche individuate (14). L'allineamento, inteso come processo che assicura la continua rispondenza tra ogni decisione ed azione di governo e le linee strategiche individuate, ha sempre rivestito un ruolo prioritario nel modello che, pertanto, non si qualifica come semplice strumento manageriale ma evoca una metodologia concettuale, ancor prima che operativa, che consente di colmare il divario tra formulazione strategica e momenti realizzativi.

Le strategie direzionali in questo contesto non rimangono confinate nella sola dimensione della strategia generale di livello aziendale (Coda, 1988), tipicamente presidiata dall'alta direzione ma si trasfondono in tutte le unità organizzative aventi rilievo strategico, coinvolgendo così anche la cosiddetta *business strategy*. In tal modo la formulazione strategica viene ad articolarsi in un momento definitorio, in cui vengono stabiliti gli obiettivi strategici, da cui discendono i cosiddetti *Key Performance Drivers o Areas (KPD/A)*, ossia le variabili ritenute critiche sulle quali concentrare e focalizzare l'azione.

I presupposti su cui si basa il BSC si fondano sulla considerazione che per interpretare e fronteggiare la complessità che accomuna la maggior parte delle organizzazioni aziendali è necessario avvalersi di differenti prospettive d'indagine misurate da indicatori che, nel rispetto della logica che ispira il BSC, dovrebbero essere in grado di garantire che la gamma delle grandezze osservate rappresentino, in un quadro organico e univocamente correlato alle strategie, i fenomeni dai quali scaturisce la performance aziendale. Il percorso, sotteso allo sviluppo del BSC si snoda, quindi, attraverso una sequenza logica che lega obiettivi, misure, *target* ed iniziative. Gli obiettivi rap-

presentano quello che la strategia vuole perseguire e consentono di determinare le variabili critiche (KPD) connesse alla sua realizzazione. La misurazione consiste nella determinazione degli indicatori atti a misurare la *performance (Key performance Indicator - KPI)* a cui viene associato il *target* (valore-obiettivo) da raggiungere (Cuccurullo, Tommasetti, 2004). Le iniziative, infine, rappresentano le azioni fondamentali, le azioni chiave, strumentali al perseguimento degli obiettivi stessi. L'impiego delle mappe strategiche consentono di raccordare le schede bilanciate agli obiettivi. Esse rivestono connotato propedeutico al funzionamento del sistema, permettendo di individuare le relazioni di causa-effetto tra le variabili strategiche (Kaplan, Norton, 2003).

Una volta identificati i presupposti logici su cui si fonda il sistema e dopo averne evidenziato i meccanismi di funzionamento, è possibile soffermarsi sui vantaggi (punti di forza) in chiave manageriale che il BSC è potenzialmente in grado di esprimere.

— Contribuisce alla definizione e chiarificazione delle strategie aziendali, focalizzando l'attenzione solo sulle leve ritenute effettivamente in grado di contribuire al conseguimento degli obiettivi individuati. In questo modo il tradizionale scollamento tra la fase di definizione dei programmi e quella in cui essi devono trovare attuazione in concrete ipotesi di lavoro potrebbe risultare in gran parte attenuato.

— Offre ai responsabili una visione complessiva, attraverso cui si raggiunge la consapevolezza che i risultati conseguiti di ciascuno di loro sono influenzati dai comportamenti tenuti e dagli esiti conseguiti nelle altre unità organizzative. Si abbandona così una visione indistinta dei singoli risultati, per giungere ad una valutazione complessiva che tenga conto del contribu-

to congiunto e sinergico fornito dai vari attori coinvolti.

— Attenua la conflittualità aziendale poiché facilita la condivisione degli obiettivi strategici agevolandone la formulazione ed i processi di comunicazione, attraverso sistemi di concertazione reali e strutturati. La definizione risoluta e focalizzata della strategia, infatti, attiva in maniera spontanea, meccanismi e criteri di *discriminazione* tra le diverse unità operative; in sostanza il BSC dovrebbe essere in grado di palesare e rendere più trasparenti i criteri che guidano la determinazione delle politiche aziendali e la conseguente attribuzione delle responsabilità.

— Amplia l'orizzonte temporale della gestione. L'eccessiva attenzione riservata ai processi attuali, seppur indispensabile, rischia di enfatizzare il breve andare, l'onda corta della creazione di valore, mentre con il BSC dovrebbe migliorare la capacità delle organizzazioni sanitarie di individuare le esigenze potenziali dei pazienti, e conseguentemente sviluppare un percorso innovativo nell'erogazione dei servizi in una percezione temporale di lungo periodo (onda lunga del valore). Le caratteristiche stesse del BSC consentono di coniugare entrambe le dimensioni, in un orizzonte temporale coerentemente programmato e separatamente concepito.

— Enfatizza il ruolo di controllo della *direzione di marcia*. Nei sistemi tradizionali di controllo di gestione, sebbene si tengano ormai in considerazione numerosi aspetti, non solo relativi ai consolidati elementi economico-finanziari, nei fatti questi ultimi ricoprono ancora una parte dominante, mentre le altre variabili hanno una valenza, in termini di capacità di orientamento della gestione, sostanzialmente modesta. Il BSC è in grado di monitorare una gamma molto vasta, ma al contempo selettiva (poiché focalizza-

te solo sulle variabili legate agli obiettivi da perseguire), di informazioni che rivestono, ai fini del supporto al governo aziendale, medesimo rango. Ogni responsabile attraverso il BSC è, infatti, in grado di comprendere:

— il grado di allineamento dei propri comportamenti alle finalità da conseguire;

— il livello di perseguimento degli obiettivi individuati;

— l'andamento prospettico del risultato qualora permanesse l'attuale tendenza;

— le leve su cui agire per «conformare» gli esiti della gestione futura a quanto preventivato;

— i riflessi ed il contributo dei propri risultati su quelli ottenuti complessivamente.

— Aumenta la motivazione ed il coinvolgimento del personale. L'analisi degli andamenti aziendali, così strutturata ed articolata, fornisce una chiave d'indagine molto sofisticata ed esaustiva che, accanto alle modalità attraverso cui si svolge l'attività di governo, permette di evidenziare anche il contributo dei soggetti che ne sono fautori e protagonisti. Questo accresce la motivazione del personale, che sa di poter disporre di una valutazione effettivamente correlata allo svolgimento del proprio lavoro e, soprattutto, ottiene una gratificazione ed un riconoscimento formalizzato per gli sforzi compiuti. L'aspetto della motivazione e del coinvolgimento, inoltre, non si esaurisce nella fase di utilizzazione vera e propria dello strumento ma assume un proprio rilievo anche nella fase connessa alla sua implementazione. Niven, ad esempio, propone un percorso d'introduzione del BSC sequenziale, che trova il proprio momento propulsivo nella definizione di un nucleo di persone collocate ad un alto livello di responsabilità nella struttura aziendale a cui affidare il compito di tracciare i cardini essenziali per l'im-

piego del BSC. Successivamente, attraverso un processo di diffusione, verranno coinvolte progressivamente tutte le unità organizzative aziendali cosicché da favorire un impiego idoneo e consapevole dello strumento. La motivazione ed il coinvolgimento assumono un rilievo essenziale in questo approccio, poiché quanto più il progetto risulterà condiviso e compreso, tanto più il BSC sarà adeguato alle esigenze aziendali e di conseguenza, in grado di esprimere al massimo le sue potenzialità (Niven, 1999).

— Potenzia i processi d'apprendimento strategico permettendo, non solo di cogliere il grado di raggiungimento degli obiettivi impostati, ma di mettere in discussione anche la validità stessa delle ipotesi e congetture che avevano determinato la visione strategica (15). L'accertamento continuo della validità della strategia programmata è, infatti, una delle chiavi fondamentali per fronteggiare l'indubbio grado di apertura che le unità sanitarie hanno sempre dimostrato verso l'ambiente e l'eccessiva dinamicità che ne scaturisce.

Il BSC, tenuto conto della complessità e dell'articolazione composita da cui è contraddistinto, accanto agli aspetti che ne qualificano l'attitudine a supporto decisionale, presenta anche vincoli, criticità d'impiego, o in altri termini, punti di debolezza che è opportuno indagare.

— L'implementazione di un sistema BSC presuppone la necessità di attingere ad una tipologia di dati molto estesa alla cui gestione deve provvedere un sistema informativo raffinato e costoso. Il rapporto costi-benefici deve, quindi, essere valutato con molta attenzione e contestualizzato alla luce del livello di informatizzazione disponibile e del tenore delle conoscenze e delle professionalità espresse dall'organizzazione sanitaria.

— Il sistema delle schede bilanciate di valutazione si basa sull'utilizzo di un *range* molto vasto di indicatori e parametri, la gestione sanitaria, tuttavia, presenta una serie di peculiarità che possono rendere molto complessa l'individuazione di indicatori evocativi dei fenomeni.

— La caratteristica stessa della multidimensionalità presuppone un approccio d'analisi articolato su più prospettive, con la necessità di trovare tra queste una sequenza logica ed una coerenza molto forte che, qualora non venisse soddisfatta, potrebbe sfociare in una serie di «messaggi» contrastanti, minando così l'attendibilità di tutto il sistema e la sua valenza decisionale.

— L'agire congiunto di una pluralità di variabili, sia interne che esterne, condizionano costantemente le relazioni causa-effetto su cui sono state formulate le ipotesi alla base della visione strategica dell'azienda. Anche nella circostanza migliore, in cui le strategie siano state opportunamente identificate e diffuse, l'intrinseca dinamicità e variabilità del settore sanitario esporrebbe le aziende al rischio costante che il mutare di una qualunque situazione comporti una minor rappresentatività del sistema di indicatori prefissati. Uno degli aspetti di maggior criticità risiede, dunque, nella formulazione delle ipotesi su cui si fondano le relazioni causa-effetto che legano e caratterizzano i fenomeni aziendali oggetto di determinazione strategica (Haas, Kleingeld, 1999). L'assunto stesso dell'esistenza di un nesso di causa-effetto (16), che assume un ruolo centrale nel modello, ha suscitato molte perplessità. Nørreklit sostiene che *description of cause-and-effect relationships among measures from the four perspectives is problematic* (Nørreklit, 2000).

L'impossibilità di riscontrare un nesso causale dipenderebbe da almeno tre ordini di motivi.

Il primo legato al tempo, poiché la relazione tra i due momenti (quello della causa e quello dell'effetto) dovrebbe essere confinata entro una correlazione temporale esplicita, che nel BSC, risulta difficilmente congetturabile avendo un'impostazione che non è in grado di stabilire a priori l'esatta concatenazione delle relazioni.

Il secondo motivo è insito nelle relazioni tra le misure, che non sarebbero dimostrabili empiricamente e, di conseguenza, presenterebbero dei caratteri di non univocità «the relationship between measures on the BSC is ambiguously described» (Nørreklit, 2000).

Il terzo motivo, infine, è rintracciabile nella circostanza che le dimensioni analizzate dovrebbero essere indipendenti, ossia le influenze esercitate tra una misura e l'altra dovrebbero esprimere una valenza unidirezionale. Nel modello, invece, le diverse prospettive presentano delle interdipendenze reciproche che, sfociando in un circolo vizioso, pregiudicano le assunzioni stesse poste a base del rapporto causale.

Per fronteggiare alcune di queste problematiche, gli stessi ideatori del BSC si sono recentemente concentrati sulla formalizzazione concettuale delle cosiddette «Mappe Strategiche», che dovrebbero consentire di delineare compiutamente le relazioni intercorrenti tra i vari indicatori che si snodano lungo le prospettive d'analisi individuate (Kaplan, Norton, 2003).

La potenzialità del BSC risiede proprio nella sua capacità di esplicazione delle scelte e dei percorsi strategici cui l'azienda darà esecuzione, mostrandone la dinamica di funzionamento attraverso la proficua concatenazione tra gli indicatori prescelti (Frittoli, Mancini, 2004). La mappatura dei processi

strategici si pone, pertanto, al centro dell'intero sistema di *strategy translation*, qualificandosi quale elemento preliminare per il concreto passaggio (traduzione) dalla *Vision* aziendale, alla formulazione dell'impianto strategico, fino alla determinazione fattiva delle iniziative gestionali da porre in essere.

La figura 1 sintetizza il processo sotteso alla formulazione del BSC rappresentando le relazioni di causa-effetto che legano le diverse prospettive.

Nella rappresentazione fornita, alla tradizionale prospettiva dei pazienti è stata sostituita quella degli *stakeholder* esterni (17). Questa impostazione rimanda ad una ulteriore necessità cui il BSC potrebbe essere in grado di rispondere. Il sistema sanitario italiano sta percorrendo, infatti, un percorso deciso verso l'accrescimento dell'*accountability* concepita come «the means by which public agencies

and their works manage the diverse expectations generated within and outside the organization» (Dubnich, Romzek, 1987). Tale accezione enfatizza il ruolo che il BSC potrebbe assumere per lo sviluppo dei processi di *accountability*, ponendo le relazioni che si instaurano tra le strutture ospedaliere ed i propri interlocutori al centro dei propri meccanismi logico-funzionali. L'esercizio di quest'attività implica la considerazione di molteplici ambiti sociali, verso i quali diventa necessario gestire il complesso sistema di aspettative generate sia internamente che esternamente l'organizzazione ospedaliera (18).

L'individuazione e la definizione delle aspettative degli *stakeholder* rappresenta, quindi, uno degli aspetti più complessi e al contempo ambiziosi con cui lo strumento in questione dovrà necessariamente misurarsi. Come sarà esposto in seguito, l'esperienza statunitense dimostra che i percorsi

Tabella 1 - Punti di forza e di debolezza

Punti di forza	Punti di debolezza-criticità
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Contribuisce alla definizione e chiarificazione delle strategie aziendali favorendo l'allineamento tra strategie ed iniziative</li> <li>● Consente ai responsabili ad assumere una visione «sovrafunzionale» esplicitando le interdipendenze tra le unità organizzative</li> <li>● Attenua la conflittualità aziendale</li> <li>● Amplia l'orizzonte temporale della gestione</li> <li>● Aumenta la motivazione ed il coinvolgimento</li> <li>● Potenzia i processi d'apprendimento strategico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Richiede sistemi informativi molto sofisticati per i quali è necessario valutare attentamente l'onerosità connessa al loro sviluppo</li> <li>● Difficoltà di individuare, data la peculiarità delle organizzazioni sanitarie, indicatori realmente evocativi dei fenomeni misurati</li> <li>● Necessità di un periodo di implementazione lungo e complesso che deve essere attentamente pianificato</li> <li>● Si basa su relazioni causa-effetto per le quali non è possibile a priori garantirne la concatenazione</li> <li>● Richiede una cultura manageriale notevole per sfruttarne a pieno le potenzialità</li> </ul>

di implementazione seguiti dalle varie organizzazioni sanitarie hanno condotto a numerosi adattamenti dello strumento. Anche nella realtà nazionale è importante che il BSC riesca a trovare nuove declinazioni per assecondare le istanze che progressivamente si affermano nel sistema.

La gestione delle aspettative (la cosiddetta *managing expectations*) è sicuramente una delle sfide più complesse che le aziende sanitarie italiane dovranno fronteggiare e quindi, è importante comprendere se e come il BSC sarà effettivamente in grado di supportare i processi decisionali alla luce di questi cambiamenti.

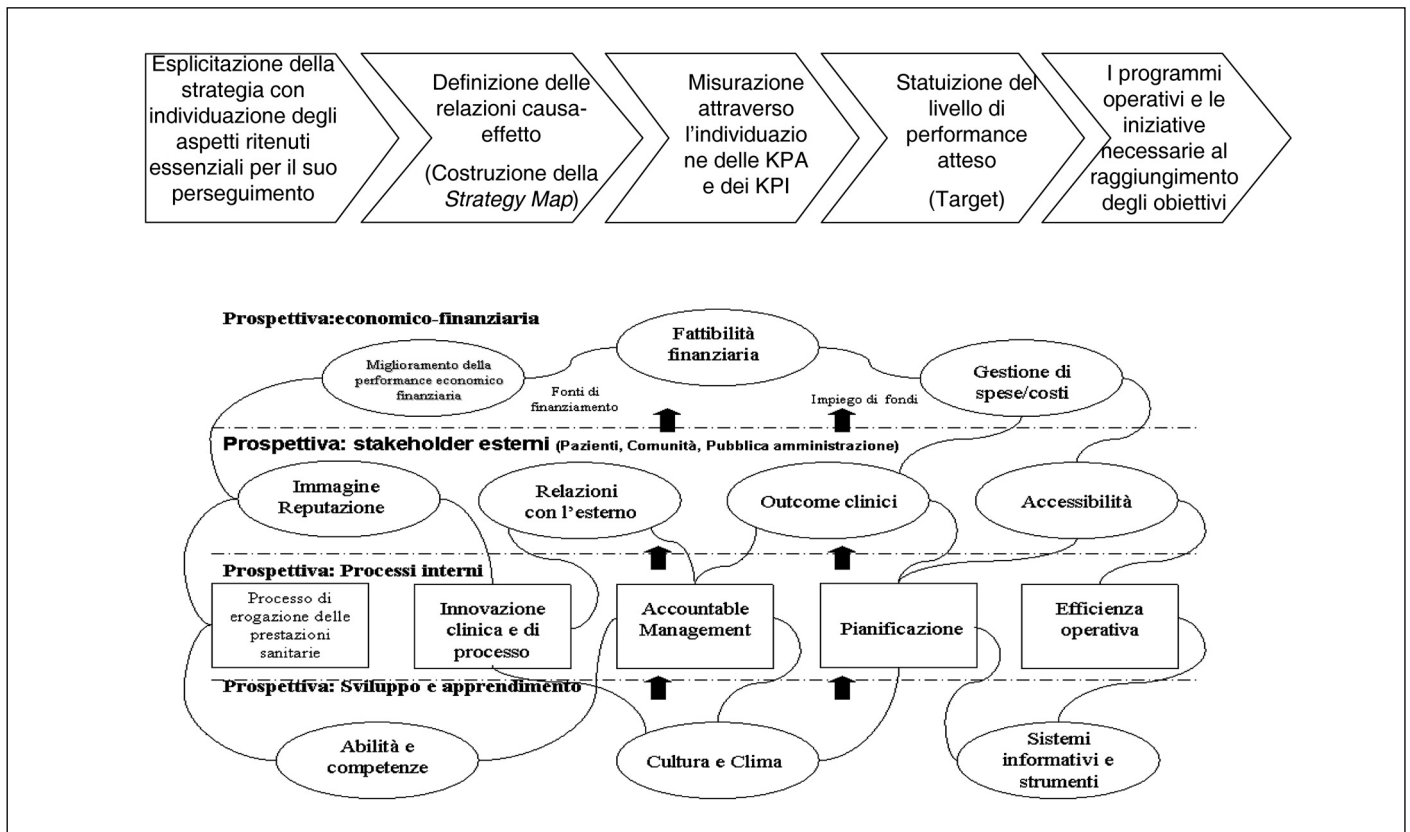
In questa prospettiva, il paziente mantiene ovviamente un ruolo di assoluto rilievo: la soddisfazione delle sue aspettative rappresenta l'essenza

stessa della responsabilità di cui le organizzazioni ospedaliere si fanno carico. La figura del paziente, seppur in un ruolo di preminenza non esaurisce la gamma dei portatori di interessi riconducibili al mondo sanitario. Si assiste, infatti, all'affermazione di un sistema concentrico al cui centro si pone il paziente e intorno al quale è possibile rintracciare altri *stakeholder*: dapprima la comunità locale in cui la struttura sanitaria opera, e così via, passando per l'ambito regionale, giungendo fino al Governo centrale. Il quadro che ne scaturisce evidenzia la necessità di polarizzare verso l'esterno la formulazione delle strategie, inglobando sempre più aspetti legati alle valutazioni di impatto delle politiche sanitarie adottate, nella consapevolezza che solamente attraverso un effettivo orienta-

mento all'ambiente si possono perseguire concretamente i compiti istituzionali cui le organizzazioni sanitarie sono preposte.

Questo tipo d'approccio, che privilegia l'attenzione verso l'esterno e che dovrebbe guidare ogni formulazione strategica, avvicina la realtà italiana al contesto statunitense in cui già da tempo si fa ricorso al BSC in ambito sanitario. Tale orientamento, che considera il paziente nel legame con il contesto sociale in cui è inserito, ha condizionato le esperienze di implementazione ed adattamento del BSC nel sistema sanitario. Kaplan e Norton, infatti, pur avendo configurato lo strumento secondo quattro prospettive fondamentali, hanno sempre ribadito come l'impostazione originale, intesa come punto di partenza (*starting*

Figura 1



point), possa trovare successiva declinazione e sviluppo in differenti realtà aziendali e in ogni comparto produttivo (Kaplan, Norton, 1996).

#### 4. Le modalità attuative del BSC nel Sistema sanitario americano

Il BSC ha trovato nell'ambito sanitario americano ampie possibilità di sperimentazione che hanno coinvolto molteplici operatori sanitari generando, nella concreta applicazione, spinte

verso nuove configurazioni o, comunque, nuovi percorsi operativi per la proficua realizzazione e utilizzazione della metodologia in oggetto.

La tabella 2 evidenzia i settori sanitari in cui il BSC ha trovato maggior diffusione, indicando per ciascuno di essi alcune delle realtà in cui tale pratica si è distinta per la particolare significatività e gli ambiti principali in cui ha trovato impiego. Gli ambiti rintracciati sono stati classificati (Zelman, Pink, 2003) sulla base della finalità

prevalente per la quale il BSC è stato implementato individuando quattro categorie fondamentali: la diffusione delle informazioni a supporto della programmazione (Voelker, Rakich, French, 2001); la misurazione della qualità delle prestazioni sanitarie e degli *outcomes* (Cohen *et al.*, 1997), la gestione integrata delle variabili cliniche (Levknecht, Schriefer, Maconis, 1997), la *performance evaluation* nelle aggregazioni ospedaliere (Baker, 2001).

Tabella 2 - Esperienze di implementazione del BSC negli Stati Uniti

Tipo di organizzazione	Esperienze significative	Motivazione prevalente di applicazione
Healthcare Systems	Henry Ford Healthcare System Carondelet Health Network	<i>Performance Evaluation</i> nelle aggregazioni ospedaliere
Ospedali	Duke Children's Hospital Peel Memorial Hospital Duke Women's Services Sunnybrook Health Science center Burn Center	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misurazione della qualità e degli <i>outcomes</i></li> <li>Gestione integrata delle variabili cliniche</li> </ul>
Dipartimenti universitari	Dipartimento di Anestesiologia della Yale University Yale faculty practise Plan Baylor	Gestione integrata delle variabili cliniche
Istituti di cura per lungodegenza	Ebenezer Social Center	Misurazione della qualità e degli <i>outcome</i>
Centri psichiatrici	Hudson River	Gestione integrata delle variabili cliniche
Compagnie di assicurazione	Kaiser Permanent	Misurazione della qualità e degli <i>outcome</i>
Società farmaceutiche	Wyeth Pharmaceutical	Supporto alla programmazione
Organizzazioni sanitarie nazionali	National Women's Health Quality Initiative Joint Commission Accreditations Healthcare Organization	Supporto alla programmazione
Governo federale	US Military Health Services System Amministrazione dei Veterani DHHS for Mental Health Services	Supporto alla programmazione
Governi locali	Dipartimento della salute, Washington, DC	Supporto alla programmazione

Fonte: nostra elaborazione da Zelman, Pink (2003).

Attraverso l'analisi delle principali esperienze statunitensi è possibile cogliere non solo gli ambiti d'applicazione ma soprattutto le modifiche e le innovazioni che le varie organizzazioni sanitarie hanno introdotto nel momento in cui si sono trovate di fronte alla necessità di adeguare la fattispecie astratta della metodologia alla propria realtà aziendale.

Potthoff *et al.* (1999) evidenziano, ad esempio, il caso del Centro *Ebenezer* per la cura di lungo termine che, nel processo di formalizzazione delle proprie schede bilanciate, ha rintracciato due ulteriori prospettive: quella definita del *development and community focus* quella del *quality of care and services*.

Sul filone della valutazione degli *outcomes* e, più in generale, della valutazione delle *performance* qualitative si rammenta l'esperienza del *Carondelet Health Network* che ha enucleato dalla prospettiva del paziente la valutazione degli *outcomes*, configurando l'aspetto della valutazione degli impatti esercitati sulla popolazione come autonoma prospettiva da considerare (Santiago, 1999).

L'attenzione verso gli *stakeholder* e, in particolare, verso la comunità trova riscontro anche negli studi di Leatt *et al.* (2000) e di Shortell (Shortell, Kaluzny, 2000) che concordano sulla necessità di introdurre una ulteriore prospettiva relativa alla misurazione dei benefici per la comunità, proprio per testimoniare l'attenzione riservata alla componente sociale nel concepimento delle azioni manageriali in campo sanitario.

L'esperienza statunitense, pertanto, riserva grande importanza, sia nella fase di programmazione che di verifica dei risultati conseguiti, alla comunità che viene a qualificarsi quale *stakeholder* rilevante. Il concetto di comunità secondo l'*Hospital Community Benefit Program* della

*New York University* è «l'insieme delle persone e delle organizzazioni circoscritte entro una ragionevole area geografica in cui si sviluppa un senso di appartenenza e di interdipendenza reciproca» (Kovner, 1994).

In questa accezione la comunità viene interpretata come sistema sociale basato su tre elementi principali:

— le funzioni ed i ruoli che essa assume;

— le relazioni di carattere orizzontale che si sviluppano tra i membri, le associazioni e le organizzazioni che la costituiscono;

— le relazioni verticali che si instaurano con le altre organizzazioni esterne alla comunità (Warren, 1978).

Questi elementi vengono quindi percepiti come variabili strategiche da presidiare e da considerare nella configurazione delle schede.

Sulla stessa direttrice di sviluppo si pongono anche Curtwright *et al.* che descrivono come la *Mayo Clinic* abbia modificato il BSC includendo le peculiari prospettive del *mutual respect and diversity* e quello del *social commitment* (19).

Gordon *et al.* evidenziano il ruolo che il BSC può svolgere nello sviluppo dei sistemi informativi aziendali, sottolineando come sia in grado di accrescerne la valenza a sostegno dei processi decisionali. Gli autori propongono una metodologia destinata ad aiutare le unità operative aziendali nello sfruttamento dei *database* al fine di garantire la massima accessibilità alle informazioni. I risultati dei loro studi indicano come la personalizzazione dei Sistemi informativi aziendali, compiuta attraverso l'integrazione di molteplici indicatori organizzati in schede bilanciate, sia l'elemento essenziale per supportare il *decision making* in contesti caratterizzati da elevata complessità (Gordon *et al.*, 1998).

## 5. Gli *stakeholder* al centro dei processi di determinazione strategica

Le attuali esperienze d'implementazione del BSC nelle organizzazioni sanitarie americane testimoniano come l'attenzione verso gli *stakeholder* abbia assunto un rilievo fondamentale.

Seguendo questa direttrice appare particolarmente significativa la prospettiva di sviluppo proposta da Neely Adams e Kennerly (2002) attraverso il loro modello denominato *The Performance Prism*.

Il modello in questione nasce per rispondere alle esigenze delle imprese commerciali che, di fronte alla complessità del contesto competitivo in cui operano, sentono la necessità di disporre di uno strumento atto a garantire un forte allineamento tra la scelta strategica e le caratteristiche ambientali.

Le organizzazioni devono, infatti, soddisfare le molteplici esigenze provenienti dai propri *stakeholder*. L'approccio proposto si basa sul principio che dal consenso di questi soggetti dipenda la possibilità di disporre del sostegno da loro offerto nelle forme più varie (risorse finanziarie, ampiezza delle quote di mercato, redditività) e che le organizzazioni stesse assumono delle responsabilità nei loro confronti da molteplici punti di vista, da quello eminentemente giuridico-formale a quello etico-sociale nella sua accezione più estesa.

Le logiche di costruzione del *Performance Prism* sono rappresentate concettualmente attraverso uno strumento tridimensionale — il prisma — le cui cinque facce corrispondono ad altrettante prospettive, tra loro correlate, relative alla misurazione ed implementazione delle strategie.

Le cinque prospettive del *Performance Prism* prendono in considerazione i seguenti aspetti:



— *soddisfazione degli Stakeholder* — chi sono gli *stakeholder* rilevanti e quali sono i loro bisogni? — Questa prospettiva riguarda l'analisi e la definizione dei vari portatori di interesse delle organizzazioni allo scopo di esplicitarne le caratteristiche e di comprenderne le specifiche aspettative alla cui soddisfazione deve essere orientata l'azione di governo aziendale;

— *contributo degli Stakeholder* — quali sono le attese che l'organizzazione nutre verso i propri *stakeholder* e, in particolare, quale è il contributo che possibile ottenere da parte loro? — Il contributo degli *stakeholder* viene inteso come elemento speculare a quello della soddisfazione ed altrettanto fondamentale per orientare il successivo momento della determinazione strategica. Gli autori ravvisano, infatti, un profondo legame tra i due aspetti (soddisfazione e contributo) e di conseguenza ne enfatizzano la valutazione congiunta e interrelata: «The "dynamic tension" that exists between what Stakeholders want and need from the organization and what the organization wants and needs from its stakeholders, can be extremely valuable learning exercises» (Neely, Adams, Kennerley, 2002);

— *strategie* — quali azioni devono essere intraprese per giungere alla contemporanea soddisfazione delle varie esigenze riscontrate? — Accanto all'importanza che riveste il momento della definizione strategica, gli autori sottolineano il ruolo cruciale svolto dalla misurazione. L'individuazione stessa degli indicatori più opportuni a rappresentare le strategie impostate concorre a conseguire il raggiungimento. «The right measures then not only offer a means of tracking whether strategy is been implemented, but also a means of communicating strategy and encouraging implementation» (Neely, Adams, Kennerley, 2002);

— *processi* — quali sono i processi necessari a perseguire le strategie individuate? — Comprendere, quindi, in quale modo le organizzazioni svolgono le propri processi e come possono affinarli per renderli più congruenti al perseguimento degli obiettivi;

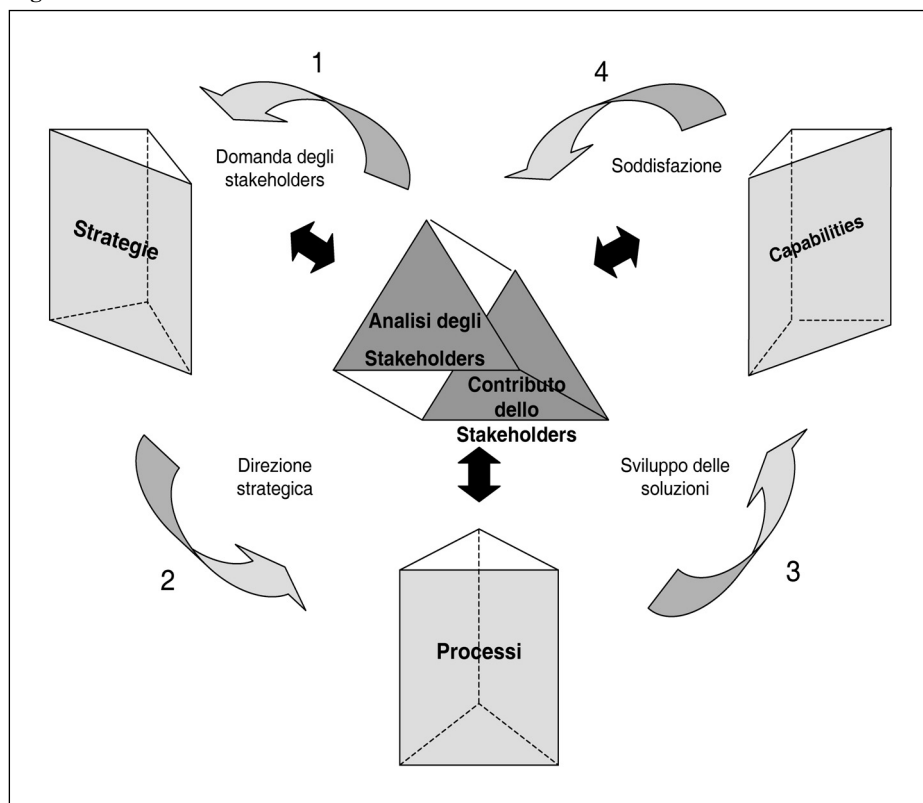
— *capabilities* — di quali competenze si deve disporre per assicurare la funzionalità dei processi? — Gli autori definiscono le *capabilities* come «the combination of an organization's people, practices, technology and infrastructure that collectively represents the organization's ability to create value for its stakeholders through a distinct part of its operations».

L'approccio concettuale sottostante il modello appare coniugabile soprattutto alle caratteristiche gestionali ed operative delle organizzazioni sanita-

rie. L'integrazione delle prospettive summenzionate consente, infatti, di individuare un *iter* procedurale di formulazione, formalizzazione ed esecuzione delle strategie, che può trovare ampio riscontro nelle aziende sanitarie. Il primo passo consiste nell'individuazione degli *stakeholder* rilevanti al fine di poterne comprendere le esigenze ed i bisogni da soddisfare. Il secondo passo attiene la valutazione della tipologia e dell'entità del contributo che le organizzazioni si aspettano da parte degli *stakeholder*.

Alla luce di questi due elementi (cosa gli *stakeholder* si aspettano dall'organizzazione e viceversa), dovranno essere formulati gli opportuni disegni strategici attraverso i quali conseguire il contestuale perseguimento e contemporaneo dei vari interessi. La

Figura 2



Fonte: Neely, Adams, Kennerley (2002).

realizzazione delle strategie, così delineate, dovranno, quindi, svolgersi attraverso lo sviluppo degli opportuni processi clinico-gestionali, per la cui esecuzione dovranno, infine, essere impiegate abilità e risorse.

Nell'impostazione prevista per la formulazione del BSC si ritiene che il sistema di misurazione delle *performance* debba derivare dalla formalizzazione della strategia, si ritiene cioè che tutto il processo si attivi con un procedimento piramidale che vede al suo apice la *mission* aziendale, passi per la definizione strategica e la sua conseguente traduzione con il BSC, per giungere, attraverso la misurazione, all'allineamento tra momento strategico e momento esecutivo. La logica alla base del *Performance Prism*, invece, interpreta diversamente il problema della focalizzazione strategica ponendo al centro del proprio percorso la *stakeholders analysis*. Solo a seguito di quest'ultima risulta infatti, possibile giungere a delineare la strategia, e sulla base di essa, concepire dapprima i processi aziendali necessari al suo perseguimento, e di seguito le *capabilities* richieste.

Nel *Performance Prism* l'esigenza di misurazione delle performance nasce e si afferma come attività strumentale alla verifica del perseguimento degli obiettivi, per controllare se l'attività dell'organizzazione si stia effettivamente muovendo verso la destinazione preventivamente individuata. In questa impostazione, quindi, il concetto di strategia aziendale non si focalizzerebbe solo sul «dove» l'organizzazione vuole arrivare ma interverrebbe anche sul «come» arrivarci, avvicinando il momento volitivo a quello operativo. Tale avvicinamento sarebbe quindi conseguenza diretta dell'impostazione teorica sottostante il modello, in cui la strategia figura come elemento interno allo stesso. Nell'approccio proposto nel BSC la stra-

tegia si configura come elemento individuato a priori, e lo strumento diviene mezzo per colmare il divario tra quest'ultima ed il conseguente momento esecutivo (20).

Il *Performance Prism* presenta, pertanto, delle indubbie potenzialità per il governo delle aziende sanitarie poiché subordina il sistema delle decisioni alla individuazione degli *stakeholder* in piena coerenza con le tendenze che le organizzazioni sanitarie stanno esprimendo sia a livello nazionale che internazionale.

Solo dopo aver individuato chi sono, quali sono le attese e quali i contributi degli *stakeholder* (tra cui spiccano i pazienti e la comunità), si giunge al momento di determinazione strategica per definire le azioni da adottare per soddisfare le esigenze previamente individuate.

I compiti del sistema di misurazione, in questo momento, attengono alla:

- verifica del grado di perseguimento delle strategie;
- comunicazione e alla diffusione all'interno dell'organizzazione;
- incoraggiamento ed incentivazione dell'implementazione;
- verifica del grado di impatto, ossia se le strategie stanno producendo gli effetti auspicati.

La dimensione dei processi si concentra sull'individuazione delle procedure funzionali attraverso le quali viene garantito il perseguimento degli obiettivi aziendali.

I risultati delle attività sanitarie sono da sempre caratterizzate da una pluralità di prestazioni la cui erogazione presuppone l'attivazione di processi trasversali e transfunzionali: l'importanza di tali processi è stata, tuttavia, molto spesso trascurata, perché i sistemi di misurazione delle aziende sanitarie tendono a focalizzare l'attenzione su «ciò» che viene prodotto e non su «come» questo avviene.

Gli indicatori che si legano alla dimensione dei processi riguardano sostanzialmente gli aspetti riconducibili:

- ai processi operativi in atto;
- all'innovazione dei processi;
- alla verifica del «come» i processi vengano effettivamente posti in essere.

Il fatto che la prospettiva dei processi inglobi anche gli aspetti connessi all'innovazione è estremamente importante in campo sanitario. La capacità delle aziende di individuare le esigenze dei potenziali pazienti e, conseguentemente, di sviluppare un percorso verso l'innovazione di metodologie che conducono ad un miglioramento complessivo delle prestazioni è un elemento fondamentale ed attualmente imprescindibile.

La funzionalità dei processi si basa sull'esistenza di una serie di *capabilities* che ne rendano possibile l'attuazione. Il termine *capabilities* indica la combinazione formata da risorse umane, prassi e metodologie utilizzate, tecnologie e infrastrutture di un'organizzazione che costituiscono, con il loro congiunto operare e comporsi, il presupposto su cui si fonda la capacità dell'organizzazione stessa di creare valore per i propri *stakeholder* attraverso le sue operazioni.

Il concetto di *capabilities* è legato al concetto di conoscenza partendo dal presupposto che quest'ultima sia trasfusa in tutti gli elementi che costituiscono le *capabilities* stesse e che, di conseguenza, il potenziale di crescita aziendale risieda proprio nella capacità, distintiva di ogni organizzazione, di ricombinare le risorse esistenti con le nuove attraverso l'accumulo di conoscenza (21). L'approccio proposto nel *Performance Prism* può essere, pertanto, astrattamente riconducibile a quello di *dynamic capability* (22) definito come «the firm's ability to integrate, build, and reconfigure internal

and external competences to address rapidly changing environments» (Teece, Pisano, Shuen, 1997).

Il *Performance Prism*, in estrema sintesi, si pone come strumento flessibile avente lo scopo di favorire l'identificazione degli elementi critici delle strategie, dei processi e delle *capabilities* sui quali concentrarsi, in ottica integrata, dal punto di vista della misurazione e gestione delle *performance*, per il soddisfacimento delle esigenze dell'organizzazione e dei molteplici *stakeholders*, scomponendo la complessità del problema in più dimensioni, così da poterlo analizzare ed affrontare.

Le sue stesse caratteristiche rendono tale strumento particolarmente confacente alle organizzazioni sanitarie che, operando in un quasi-mercato, devono acuire la propria capacità di analisi e d'interazione con l'ambiente e, al contempo, sviluppare sistemi manageriali capaci di coniugare innovazione processuale, crescita professionale e gestione dei flussi informativi.

La *performance* sanitaria è condizionata in maniera preponderante dalle risorse umane e l'attenzione che il *Performance Prism* riserva alla tale componente è di indubbio rilievo. Le risorse umane, infatti, non vengono valutate in maniera a se stante, ma trovano la loro collocazione in un concetto più ampio che è quello delle *capabilities*, in cui esse vengono percepite nelle relazioni e nelle interdipendenze con gli altri elementi ritenuti critici per la gestione.

La figura 4 illustra sinteticamente le logiche che presiedono al funzionamento dello strumento individuando le variabili che incidono sulla determinazione strategica e gli elementi aziendali destinati a garantirne l'esecuzione.

## 6. Riflessioni di sintesi

Le esperienze nazionali ed internazionali dimostrano come l'approccio evoluto alla misurazione della *performance* aziendale possa diventare un reale strumento per innovare e gestire il cambiamento in un settore complesso ed articolato com'è il sistema sanitario.

La necessità di soddisfare al contempo l'esigenza di comprimere, o quantomeno, controllare la variabile economica, da un lato, e l'innalzamento dello *standard* qualitativo delle prestazioni sanitarie, dall'altro, è sicuramente una sfida difficile quanto inderogabile.

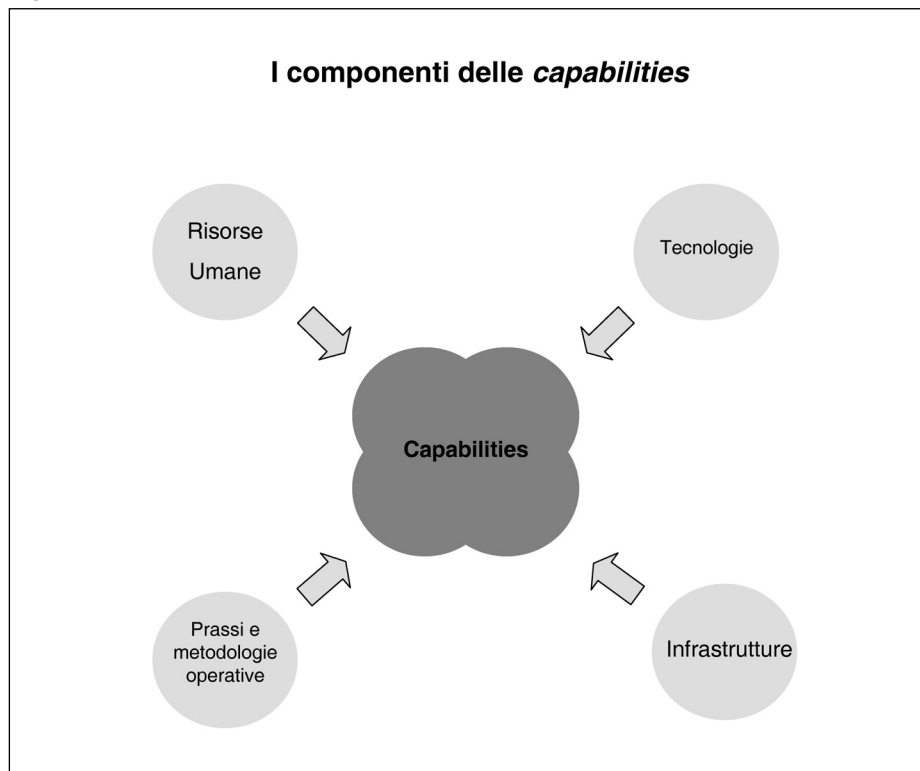
Il miglioramento delle prestazioni sanitarie, infatti, dovrà necessariamente passare attraverso una definizione chiara e condivisa degli obiettivi

aziendali, un profondo coinvolgimento delle professionalità presenti a tutti i livelli organizzativi e l'impegno affinché qualsiasi strumento non rimanga fine a se stesso ma diventi il fulcro su cui innescare circuiti virtuosi di crescita e di miglioramento

Il BSC e il *Performance Prism*, interpretato non come suo antagonista ma come direttrice di sviluppo, presentano indubbe potenzialità e possono godere di ulteriori opportunità di perfezionamento per adeguarsi ai bisogni delle realtà sanitarie.

Le sperimentazioni ed i tentativi di implementazioni sono stati numerosi sia in Italia, basti citare le esperienze della Ausl Bologna Nord, dell'istituto Oncologico europeo, dell'Asl Napoli 3, della Asl Isontina, che all'estero, in particolare nel Nord America (Stati Uniti e Canada).

Figura 3



Fonte: Neely, Adams, Kennerly (2002).

Le direttrici di sviluppo emerse hanno riguardato:

— gli ambiti di applicazione, interessando gli erogatori sanitari ma anche altre istituzioni private o pubbliche legate al servizio sanitario;

— le metodologie di implementazione che hanno sviluppato percorsi peculiari ampliando la gamma delle dimensioni osservate e la profondità delle analisi effettuate;

— l'ampliamento delle finalità, inglobando in maniera crescente le valutazioni sulle variabili ambientali e l'attenzione verso l'*accountability* sanitaria intesa in questo ambito come *managing expectations*.

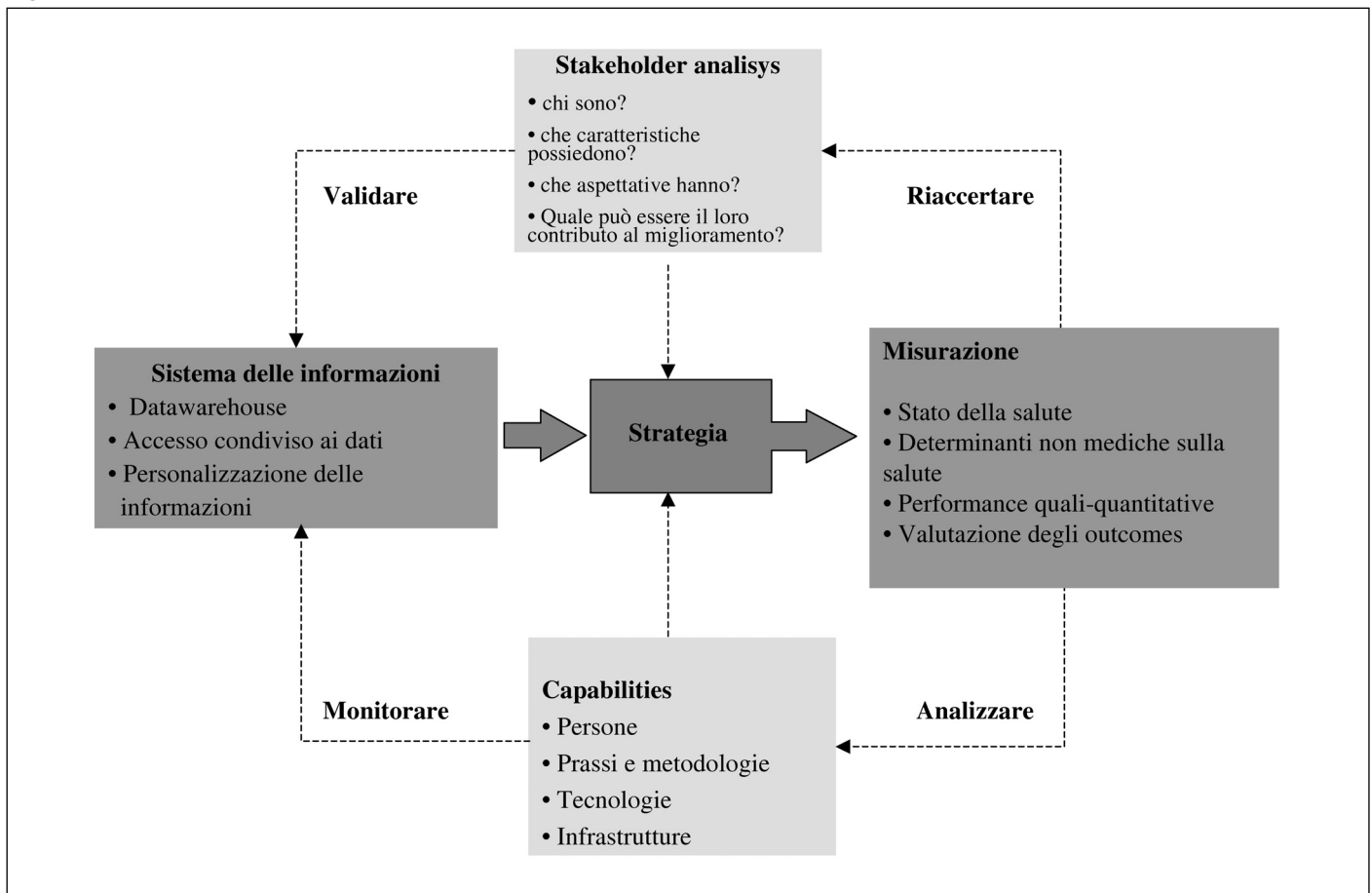
La strada su cui condurre il cambiamento appare ormai tracciata con chiarezza: investire in professionalità, conoscenze, innovazione tecnologica, sistemi informativi, tuttavia questi elementi rimangono una condizione indispensabile ma non sufficiente ad essere qualificati autonomamente come chiavi di volta del cambiamento.

Con il progressivo affinamento delle metodologie d'implementazione strategica e con l'ampliamento degli ambiti cui esse si rivolgono diventa cruciale innovare il contesto culturale in cui tali sistemi si trovano ad operare.

Le problematiche da affrontare appaiono, in tal senso, ancora numerose. Da un lato la misurazione degli *outcomes* risulta ancora poco sviluppata e per certi aspetti «acerba»; dall'altro si rischia di implementare in maniera sterile dei sistemi manageriali complessi che potenzialmente sono in grado di supportare in maniera innovativa i processi decisionali, ma che molto spesso, rischiano di rimanere «prodotti ben confezionati» ma incapaci di perseguire fattivamente agli scopi che si propongono.

Comprendere, ad esempio, quanto una determinata situazione sia effettivamente frutto di una deliberata politi-

Figura 4



Fonte: Neely, Adams, Kennerly (2002).

ca sanitaria e quanto sia invece da ricondurre all'agire plurimo e contestuale di altre variabili ambientali è tutt'altro che agevole. L'interpretazione di questi fenomeni richiede una approfondita conoscenza sia delle criticità aziendali che di quelle ascrivibili al sistema sanitario nel suo complesso.

Quanto più si tenta di misurare aspetti qualitativi tanto più il sistema di indicatori perde di forza e consistenza, divenendo semplice espressione di un sintomo ma non chiave esautiva del fenomeno.

L'impiego degli strumenti destinati alla misurazione richiede, pertanto, un utilizzo circostanziato ed una capacità di interpretazione e lettura dei dati molto sofisticata, poiché il rischio di una loro applicazione meccanicistica ed asettica è tutt'altro che remoto. Solo attraverso la conoscenza approfondita delle logiche sottostanti e delle finalità ultime che animano tali strumenti è possibile giungere ad un loro puntuale e proficuo impiego con una reale portata innovativa.

(1) Cfr. «Le aziende sanitarie rappresentano uno dei sistemi più difficili perché al tempo stesso sono profondamente condizionati dalle scelte compiute "a monte" dallo Stato e dalla Regione, sia per quanto riguarda i compiti, che gli stanziamenti, che la temporizzazione prevista e reale dei medesimi, ed al tempo stesso sono aperti più di ogni altra realtà pubblica al rapporto diretto con il cittadino-soggetto economico, finanziatore ed utente nel contempo» (Anselmi, 2003).

(2) Sul concetto di quasi-mercato Marinò (2001) sostiene: «le modifiche nei sistemi di finanziamento, i prezzi associati alle prestazioni e la contendibilità stessa (...) abbiano creato un sistema che può essere definito soltanto simile a quello del mercato, e per di più, estremamente complesso».

(3) «Il rilievo che ha il cittadino in tutte le sue caratteristiche pone il sistema decisionale nella necessità assoluta di rapportarsi costantemente al medesimo (...) e occorrerà in ogni caso che sia assicurata la massima trasparenza nelle procedure decisionali» (Anselmi, 2003).

(4) Sulle problematiche riguardanti il supporto decisionale Mussari (1994) afferma: «Trascurare le componenti non facilmente quantificabili di un servizio pubblico può voler dire ignorare "contenuti" essenziali e qualificanti del servizio medesimo a tutto vantaggio di elementi secondari che vengono ad acquistare importanza solo perché traducibili in cifre. È palese che tali comportamenti, portati all'estremo, possono influenzare negativamente il processo di assunzione delle decisioni, alimentandolo dall'orientamento verso l'utenza».

(5) I sistemi informativi sono presenti in maniera più o meno formalizzata in qualsiasi complesso aziendale, e risultano costituiti da:

— un patrimonio di dati grezzi alimentato dal continuo divenire degli atti amministrativi attraverso i quali si manifesta la gestione;

— un insieme di procedure e tecniche volte al trattamento, alla selezione e alla successiva produzione dell'informazione;

— risorse umane che si occupano dell'intero funzionamento della catena Dati-informazioni da destinare alle varie fasi in cui si articola il controllo di gestione;

— le infrastrutture tecnologiche che consentono l'elaborazione e la comunicazione delle informazioni;

— l'esistenza di un «principio ispiratore», ossia di un insieme di valori, di orientamenti di conoscenze che discendono dalla «cultura» dell'azienda e che di conseguenza disegnano e forgianno i criteri e le logiche cui ispirare il funzionamento dell'intero sistema informativo aziendale (Marchi, 2003).

(6) Sulle problematiche relative al ruolo della misurazione nelle Amministrazioni pubbliche Mussari (1994) afferma: «anche in quelle unità erogative ove è stato sviluppato un insieme di indicatori, le informazioni che da questi scaturiscono non sono utilizzate ai fini del "controllo", ma prevalentemente a scopo statistico o in sede di presentazioni formali di documenti contabili preventivi o consuntivi».

(7) In tal senso Cuccurullo e Tommasetti (2004) sostengono che lo scollamento tra il momento strategico e quello operativo sia in gran parte testimoniato:

— dal limitato impiego di strumenti e metodi di implementazione strategica;

— da una eccessiva attenzione riservata alle linee di fondo piuttosto che alle modalità attuative di singoli programmi;

— da una programmazione strategica che non riflette le esigenze di raccordo e comunicazione che invece dovrebbero caratterizzare la realizzazione dei piani strategici.

(8) I sistemi informativi dovranno arricchirsi passando da una fase in cui l'attenzione ve-

niva posta sulla semplice «gestione» dei dati, ad una in cui si concentri sulla produzione e sull'utilizzo delle informazioni fino a giungere, infine, alla focalizzazione sulle decisioni, in cui cioè ogni sforzo tecnologico, umano e organizzativo sia volto a supportare i vari livelli decisionali. Sul tema dell'evoluzione dei sistemi informativi aziendali si veda: Mucelli (2000).

(9) Il BSC venne interpretato dagli autori come strumento di implementazione strategica ispirato ai principi del *Total quality management*: «balanced perspective on the organization for senior management to use in designing, developing, deploying, and directing the strategic plan, consistent with total quality management principles» (Castaneta Menezes, Mangan, Lavery, 1998).

(10) In tal senso Mussari (1994) sostiene che la programmazione «si limita in genere, quando è attuata correttamente, all'analisi dell'ambiente, alla definizione degli obiettivi ed alla definizione delle risorse coerenti con gli obiettivi, ma non si collega all'attivazione di un sistema idoneo a governare effettivamente le risorse verso gli obiettivi».

(11) Nel configurare i ruoli e le competenze richieste ai controller Kaplan afferma: «se vogliono diventare membri efficaci dei team aziendali, dovranno dedicare sempre meno tempo ai problemi di contabilità, all'*auditing* (...). Molto del loro tempo dovrà invece essere dedicato a conoscere sempre meglio i prodotti ed i processi produttivi, i problemi (...) di strategia e quelli organizzativi e di comportamento dovuti all'implementazione di nuovi sistemi e processi» (Kaplan, 1995).

(12) Sull'attuale situazione nell'implementazione degli strumenti di controllo manageriale in sanità Anselmi (2003) scrive: «l'attivazione della funzione del controllo economico aziendale è già possibile nella presente situazione delle Asl-ospedali: in molte di esse è già realizzata in altre si dovrà procedere gradualmente ad un allargamento dell'oggetto dell'indagine fino all'estensione totale su tutto l'universo. Il metodo della programmazione, la contabilità direzionale e la misurazione della produttività dei servizi sono l'unica via percorribile per dare razionalità alle decisioni autonomamente assunte e poterne valutare efficacia ed efficienza».

(13) Il *tableau de bord* è stato impiegato da circa un ventennio in molte società francesi. Tale strumento, nella sua concezione originaria doveva fornire una serie di informazioni, solitamente espresse da indicatori di natura fisica, per «pilotare» l'impresa nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. In proposito si veda: Lebas (1994).

(14) «Ogni impresa focalizzerà l'attenzione sugli indicatori che più rappresentano la strategia perseguita: è il *management* stesso che traduce la strategia in obiettivi misurabili e gestibili» (Lanzavecchia, 2001).

(15) Si parla di apprendimento a doppio anello per configurare quella situazione in cui i manager rivisitano i propri presupposti di base chiedendosi se quest'ultimi siano ancora coerenti con le osservazioni e le esperienze che attraverso la gestione acquisiscono. Si veda per approfondimenti: Argyris, Shön (1996).

(16) «The BSC makes invalid assumptions about causal relationship, leading to the anticipation of performance indicators which are faulty (...)» (Nørreklit, 2000).

(17) Tale orientamento ha trovato applicazione anche nella esperienza della Asl Ison-tina che ha individuato quattro prospettive rilevanti:

- 1) risultati relativi alla valorizzazione e soddisfazione del personale;
- 2) risultati relativi alla soddisfazione degli *stakeholder*;
- 3) risultati della salute;
- 4) risultati economici ed organizzativi.

Si veda Manfredi, Michelutti, Nieddu, Vogliolo (2004).

(18) Sulle tipologie di aspettative cui deve rispondere il sistema di valutazione delle *performance* si veda Donato (2000).

(19) Le prospettive configurate dalla Mayo Clinic sono quelle della: *Clinical productivity and efficiency; Mutual respect and diversity; social commitment; external environmental assessment; patient characteristics*. Per approfondimenti si rimanda a Curtwright, Stolp-Smith, Edell (2000).

(20) Si veda in tal senso la presentazione di R. Kaplan al convegno *Balanced scorecard: nuovi sistemi per il governo delle aziende sanitarie*, Pieve di Cento, 2 dicembre 2003.

(21) Sulle relazioni che intercorrono tra il processo di pianificazione e la conoscenza Del Bene (2000) sottolinea: «il problema quindi, non è tanto quello di applicare procedure più o meno sofisticate, ma di creare le opportune competenze affinché le fasi della/e procedura/e non rimangano ulteriori formalità da esplicitare».

(22) Il concetto di *dynamic capability* deriva in modo diretto dalla *Resource based view* (RBV) che si concentra sul ruolo esercitato dalle risorse chiave e dalle competenze nel supportare i processi di crescita e sviluppo aziendale.

La teoria del *dynamic capability* enfatizza, ulteriormente, il connotato della competenza aziendale ed in particolare quello della conoscenza quale determinante fondamentale delle

potenzialità di crescita dell'azienda. Questo approccio si è ulteriormente arricchito dei supporti teorici connessi alla prospettiva d'analisi definita della *Knowledge-based* che incentra la definizione l'impresa proprio sui suoi caratteri di fucina di conoscenze e competenze. Sul tema della RBV si vedano, tra gli altri, gli studi di Penrose, Barney e Wernerfelt. Sul tema delle *Knowledge-based* si rimanda ai contributi di Kogut, Zander e Spender.

#### BIBLIOGRAFIA:

- ALBERTI F. (2000), «BSC per gestire il futuro dell'azienda», *Amministrazione & finanza*, 1.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di) (2003), «L'aziendalizzazione della sanità», in *Italia Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- ANSELMI L. (2003), *Percorsi aziendali per le Pubbliche amministrazioni*, Giappichelli Editore, Torino.
- ANSELMI L., SAITA M. (a cura di) (2002), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Il sole 24 Ore, Milano.
- ANSELMI L. (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il sole 24 Ore, Milano.
- ARGYRIS C., SHÖN D.A. (1996), *Organizational Learning, II Theory, Method, and Practise*, Addison-Wesley, Reading.
- BAKER G.R. (2001), «Creating a BSC for Hospital System», *Journal of Health Care Finance*, 3.
- BAKER G.R., PINK G.H. (1995), «A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals», *Healthcare Management Forum*, 8-4, (Winter Issue).
- BARALDI S., MONTAPERTO E. (2000), «Il Balanced Scorecard nelle aziende ospedaliere l'esperienza del S. Carlo Borromeo», *Budget*, 24.
- BERGAMIN BARBATO M. (1991), *Programmazione e controllo in un ottica strategica*, UTET, Torino.
- BERTINI U. (1990), *Il sistema d'azienda*, Giappichelli, Torino.
- BERTINI U. (1995), *Scritti di politica aziendale*, Giappichelli, Torino.
- BORGONOVÌ E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BORGONOVÌ E. (1997), «Valutare i processi di cambiamento», *Mecosan*, 23.
- BORGONOVÌ E., ZANGRANDI A. (1988), *L'ospedale, un approccio economico-aziendale*, Giuffrè, Milano.

- BUBBIO A. (2000), «BSC e controllo strategico: le relazioni», *Amministrazione & finanza*, Oro, 1.
- BUCCELLATO A. (1992), *Il sistema informativo delle aziende pubbliche*, Cedam, Padova.
- CAPOCCHI A. (2003), *Il processo di E-government nel sistema delle Amministrazioni pubbliche*, Giuffrè Editore, Milano.
- CASANETA MENGEZ K., MANGAN K., LAVERY A.M. (1998), «The role and the application of the balanced Scorecard in health care quality management», *Journal of healthcare quality*, 20 (gennaio-febbraio).
- CESARONI F.M. (2000), *Strumenti per il controllo di gestione delle aziende ospedaliere*, Giappichelli Editore, Torino.
- CHOW C.W. et al. (1998), «The Balanced Scorecard: a potent tool for energizing and focusing Health Care Organization Management», *Journal of Healthcare Management*, 3 (maggio-giugno).
- CUCURULLO C., TOMMASETTI A. (2004), «L'impiego delle mappe strategiche nella Balanced Scorecard: processo di costruzione ed effetti sistemici», *Mecosan*, 49, gennaio-marzo.
- CODA V., INVERNIZZI G., RISPOLI M. (1998), *Strategia aziendale*, UTET, Torino.
- CODA V. (1984), *L'orientamento strategico di fondo*, Egea, Milano.
- CODA V. (1991), *Comunicazione ed immagine nella strategia d'impresa*, Giappichelli, Torino.
- COHEN B.A., GRIGONIS A.M., TOPPER M.E., MORRISON M.H. (1997), «The development of an outcomes management system for acute medical rehabilitation», *American Journal of Medical Quality*, 12.
- CURTWRIGHT J.W., STOLP-SMITH S.C., EDELL E.S. (2000), «Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic», *Journal of Healthcare management*, 1 (gennaio-febbraio).
- DEL BENE L. (2000), *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè Editore, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2002), *Dirigere e governare le Amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DONATO F. (2000), *La programmazione ed il controllo della qualità negli Enti locali*, Giuffrè Editore, Milano.
- DUBNICK M.J., ROMZEK B.S. (1987), «Accountability in the public sector: lessons from the Challenger tragedy», *Public Administration Review*, maggio-giugno.

- FERRARA L. (2001), «BSC: uno strumento per il controllo direzionale», *Contabilità finanza e controllo*, 2.
- FRITTOLE G., MANCINI M. (2004), «L'impiego delle Mappe strategiche nella BSC: processo di costruzione ed effetti sistemici», *Mecosan*, 49, gennaio-marzo.
- GALZIGNAGO P. (2000), «L'information technology a supporto della Balanced Scorecard», *Budget*, 21.
- GIOVANELLI L. (1995), *La comunicazione economica nell'ente locale*, Giuffrè, Milano.
- GORDON D. et al. (1998), «A strategic information system to facilitate the use of performance indicators in hospitals», *Health Services Management Research*, maggio.
- GRONROOS C. (1994), *Management e Marketing dei servizi*, Isedi, Torino.
- HAAS M., KLEINGELD A. (1999), «Multilevel design of performance measurement systems: enhancing strategic dialogue throughout the organization», *Management Accounting Research*, 10.
- HINNA L. (2002), *Pubbliche amministrazioni: cambiamenti di scenario e strumenti di controllo interno*, Cedam, Padova.
- JONES M.L., FILIP S.J. (2000), «Implementation of BSC model in Women's Services in an academic Health Care Institution», *Quality Management in Health Care*, 4.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), «Using the balanced Scorecard as a Strategic management system», *Harvard Business Review*, 1 (maggio-giugno).
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), «The balanced Scorecard is more than just a new measurement system», *Harvard Business Review*, 3 (maggio-giugno).
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2002), *Balanced Scorecard tradurre le strategie in azione*, a cura di Alberto Bubbio, Isedi, Torino.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2003), *Strategy Maps*, Harvard Business Press, Cambridge.
- KAPLAN R.S. (1995), «New Roles for Management Accountants», *Cost Management*.
- KAPLAN R.S. (1988), «One cost system Isn't Enough», *Harvard Business Review*, January/February.
- KOVNER A.R. (1994), «Community benefit and health care reform: some critical issues and an overview of the special issue», *Journal of Health Administration Education*, 12.
- LANZAVECCHIA A. (2001), «ABC, Balanced Scorecard ed EVA. Un confronto fra tre differenti strumenti per il value - based management», *Budget*, 26.
- LAZZINI S. (2003), «Il finanziamento del sistema sanitario nazionale», in L. Anselmi, *Percorsi aziendali per le Pubbliche Amministrazioni*, Giappichelli Editore, Torino.
- LEATT P., PINK G.H., GUERRIERE M. (2000), «Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare», *Healthcare Papers*, 1.
- LEBAS M. (1994), «Managerial Accounting in France: Overview of past tradition and Current Practise», *European Accounting Review*, marzo-aprile.
- LEVKNECHT L., SCHRIEFER J., MACONIS B. (1997), «Combining Case Management, Pathways, and Report Cards for secondary Cardiac Prevention», *The Joint Commission Journal on quality Improvement*, 3.
- LIPE M.G., SALTERIO S. (2002), «A note on the judgmental effects of the balanced scorecard's information organization», *Accounting, Organizations and Society*.
- LO SARDO A., DONNA G. (2000), «Misurare il successo dell'impresa con il balanced scorecard», *Amministrazione & finanza*, 10.
- MANFREDI S., MICHELUTTI P., NIEDDU S., VOGLIOLO B. (2004), «L'introduzione della BSC nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan*, 48.
- MARASCA S. (1989), *Il controllo di gestione nelle aziende commerciali complesse*, Giappichelli, Torino.
- MARCHI L. (1993), *I sistemi informativi aziendali*, Giuffrè, Milano.
- MARINÒ L. (2001), *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Giuffrè Editore.
- MUCELLI A. (2000), «Information technology e integrazione dei sistemi informativi aziendali», *Contabilità finanza e controllo*, 7.
- MUSSARI R. (1994), *Il management delle aziende pubbliche*, Cedam, Padova.
- NEELY A., ADAMS C., KENNERLY M. (2002), *The Performance Prism*, Prentice Hall, London.
- NIVEN P.R. (1999) «Cascading the Balanced scorecard: A case study on Nova Scotia Power, Inc.», *Journal of Strategic Performance Measurement*, aprile-maggio.
- NØRREKLIT H. (2000), «The Balance on the balanced scorecard - a critical analysis of some of its assumptions», *Management Accounting Research*, 11.
- NORTON D.P., KAPLAN R.S. (1996), «L'uso strategico della BSC», *Harvard Business Review*, 5.
- OLLA G., PAVAN A. (2000), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- POTTHOFF S.O., ISON D., THOMPSON N., KISSNER M. (1999), «Long-Term care management: a balanced performance measurement system», *Journal of Strategic Performance Measurement*, 31.
- REBORA G. (1999), *Un decennio di riforme: nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche, 1990-1999*, Guerini, Milano.
- SANTIAGO J.M. (1999), «Use of the BSC to improve the quality of behavioural Health», *Psychiatric Services*, 12 (dDicembre).
- SCANNERINI A.L. (1998), «Il DSS verso la balanced scorecard: una proposta di integrazione», *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, 3-4.
- SHORTELL S.M., KALUZNY A.D. (2000), *Health Care Management: Organization Design and Behaviour (4th ed.)*, Delamar, Albany.
- SINCLAIR A. (1995), «The chameleon of accountability: form and discourses», *Accounting Organizations and Society*, 2-3.
- STOLL W. (2001), «Dalla visione alla Balanced scorecard», *Sistemi & impresa*, n. 9.
- TAVECCHIO M., SCANZIANI V. (2001), «Tradurre la vision aziendale in obiettivi strategici e operativi con le BSC», *Economia & Management*, 1.
- TEECE D.J., PISANO G., SHUEN A. (1997), «Dynamic capability and strategic management», *Strategic management Journal*, 17.
- VOELKER K.E., RAKICH J.S., FRENCH G.R. (2001), «The BSC in Health Care Organizations: a performance measurement and strategic planning methodology», *Hospital Topics*, 3.
- WARREN (1978), *The Community in America*, terza ed., Chicago, Rand McNally.
- WEBER D. (1999), «Performance Management for Health Care Organization», *Strategic Healthcare Excellence*, 11 (novembre).

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.



# LA CARTA DEI SERVIZI NEL SETTORE SOCIALE: STATO DELL'ARTE E SPUNTI PER UN MIGLIORE UTILIZZO DELLO STRUMENTO

Marta Barbieri, Manila Marcuccio

SDA - Università L. Bocconi

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. La riforma dei servizi sociali - 3. La carta dei servizi come strumento manageriale e di *governance* - 4. La metodologia di analisi - 5. I principali risultati dell'indagine - 6. La Carta dei servizi nel settore sociale - 7. L'efficacia delle carte dei servizi: dallo stato di attuazione attuale alle proposte di miglioramento.

*Social and community service sector in Italy has been the object of a recent and radical reform process that affected both institutional and governance systems. Citizens' charters represent one of the governance levers introduced to regulate the relationships between: i) purchaser (municipality) and provider organizations through the mechanism of accreditation and performance measurement; ii) both the purchaser and the provider and the citizenry through the mechanisms of disclosure of information, quality standard improvement and stakeholder involvement. Nevertheless, after 4 years of the introduction of the main reforming law (L. 328/2000), there is still a scant presence and a poor use of citizens' charters in the social arena. At the same time, flaws and uncertainties on the regulatory level remain because of the vagueness of the legal requirements. This article analyses the empirical use of citizens' charter in social and community service sector in a sample of Italian municipalities in order to verify if it effectively serves the expected functions attributed by the reform process. A systematic implementation gaps emerges from the empirical analysis. Drawing on the reasons of the scant and poor application suggestions for future improvement are discussed.*

## 1. Introduzione

La configurazione del settore pubblico e delle imprese che in esso operano sono stati oggetto negli ultimi 20 anni di numerose riforme in diversi Paesi. Le riforme hanno promosso interventi orientati al miglioramento interno (p.e. *managerialism* e *marketization*), alla ridefinizione del sistema complessivo di governo (*public governance*) e al rafforzamento delle relazioni con gli utenti dei servizi e gli altri *stakeholder*. La ridefinizione dei confini tra stato e mercato e della macrostruttura del settore pubblico (Marcon, 1999; Anessi, 2002), le innovazioni in materia finanziaria e contabile (Steccolini, 2004), la misurazione delle *performance* e degli *standard* di qualità ed il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini (Corrigan, Joyce, 1997; OECD, 2001;

Pollitt, 2003) ne rappresentano alcuni aspetti distintivi.

In Italia, l'intenso processo di riforma è stato avviato agli inizi degli anni '90 ed ha riguardato diversi livelli di governo, diversi settori (sanità, pensioni, etc.) e diverse funzioni manageriali (contabilità, programmazione e controllo, gestione del personale, approvvigionamenti, etc.) (si veda p.e. Anessi Pessina, 2002; Borgonovi, 2004).

Nell'ambito del più generale processo di riforma, il settore dei servizi sociali è stato oggetto di una nuova disciplina e di nuovi orientamenti economico-aziendali per lo più contenuti nella legge quadro 328/2000. Le innovazioni hanno impattato sul sistema delle responsabilità istituzionali, sugli assetti di *governance*, e sulle modalità di erogazione dei servizi e, conse-

guentemente, sugli strumenti di tipo regolamentare e di tipo manageriale in grado di supportare un efficace governo del sistema.

Nell'ambito dei nuovi strumenti manageriali, la Carta dei servizi (d'ora in avanti CdS) rappresenta una delle leve manageriali che la normativa suggerisce (o meglio, impone) al fine di supportare il processo di innovazione. Più nello specifico, la CdS è chiamata a regolare le relazioni tra:

— acquirenti (comuni) ed erogatori dei servizi tramite meccanismi di accreditamento e di misurazione delle *performance*;

— acquirenti/erogatori e cittadini attraverso le funzioni di informazione, comunicazione, miglioramento della qualità e coinvolgimento attivo degli *stakeholder*.

Nonostante la legge quadro imponga (art. 13) la redazione e pubblicazione di una carta dei servizi sociali come presupposto fondamentale per ottenere l'accreditamento istituzionale delle strutture preposte all'erogazione dei servizi sociali, a tutt'oggi lo stato di attuazione dello strumento appare deludente, sia dal punto di vista della diffusione dello strumento, che da quello della sua reale pervasività nel governo del sistema sociale.

Dubbi e incertezze permangono sia a causa della scarsa chiarezza delle richieste formulate a livello legislativo, sia a causa di una più generale perplessità in merito all'efficacia dello strumento nell'attuale quadro istituzionale e culturale italiano. Si rammenta, per esempio, che la legislazione italiana promuoveva la redazione di CdS già nel 1994 (direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri del gennaio 1994, D.P.C.M. 1994) e che provvedimenti specifici ne disciplinavano l'applicazione anche in determinati settori (p.e. gas, energia, previdenza sociale, servizi sanitari, ecc). Non sempre questi tentativi hanno portato ad un concreto raggiungimento dei miglioramenti desiderati.

Il presente contributo è quindi finalizzato a: i) analizzare il reale stato di attuazione e pervasività della carta dei servizi sociali nell'esplicitare le funzioni (di *governance*) ad essa attribuitegli dal processo di riforma; ii) approfondire le motivazioni di quello che appare già in prima battuta un limitato impiego dello strumento. L'analisi si basa su uno studio di casi multipli avente ad oggetto i comuni capoluogo di provincia di tre regioni (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto). I risultati sono analizzati prendendo a riferimento sia la disciplina italiana, sia i principi e modelli di riferimento che emergono in letteratura (Pollitt, 1994; McGuire, 2002; Lo Schiavo, 2000;

Holmes, Sand, 1995; Harrison, 1999; OECD, 1996).

Nello specifico, il paragrafo 2) propone un breve approfondimento della riforma del settore sociale rilevante ai fini dell'analisi della CdS; il paragrafo 3) esamina la letteratura sulla CdS e i contenuti della legislazione italiana; il paragrafo 4) descrive la metodologia della ricerca; il paragrafo 5) presenta i principali risultati che sono ulteriormente commentati nel paragrafo successivo. Infine, il paragrafo 7) traccia alcune conclusioni sull'utilizzo della CdS nel contesto italiano dei servizi sociali e offre ulteriori spunti in termini di *policy* e *management implication*.

## 2. La riforma dei servizi sociali

L'assetto istituzionale e di governo del settore sociale sono stati profondamente modificati con l'introduzione della L. 328/2000 («Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali») e con la revisione della Carta costituzionale («Modifica del Titolo V, parte seconda della Costituzione Italiana», LC n. 3/2001).

In particolare, la legge quadro ha innovato le competenze attribuite a livello centrale, regionale e locale e ha promosso una logica di governo di sistemi composti da diversi soggetti, ognuno dei quali è chiamato a collaborare coerentemente con le sue responsabilità ed alle risorse a disposizione. Nel nuovo sistema, è stato rafforzato il principio della separazione tra soggetti acquirenti (*purchaser*), titolari delle funzioni di governo che acquistano servizi per nome e per conto dei destinatari, e soggetti che concretamente erogano servizi agli utenti (*provider*).

Le attività connesse alla programmazione, all'erogazione ed al controllo della qualità dei servizi sociali vengono pertanto ad essere gestite attraverso un *network* (rete inter-istituzio-

nale) che opera secondo i principi dell'integrazione, della pianificazione e del controllo della qualità. A «capo» di questo *network* è il Comune, ente titolare «delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale» che le esercita «adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini» (L. 328/00, art. 6, co. 1). Il nuovo sistema di governo dell'assistenza sociale presuppone, pertanto, l'introduzione di nuovi strumenti di tipo regolamentare e di tipo manageriale in grado di rendere effettiva la collaborazione tra i diversi attori e vincolante l'impegno della qualità dei servizi.

Le innovazioni a livello costituzionale hanno modificato le competenze istituzionali, attribuendo potestà legislativa in materia sociale alle Regioni e riservando allo Stato la sola individuazione dei Livelli essenziali di assistenza (LIVEAS). L'articolazione delle competenze tra i diversi livelli istituzionali prevista dalla legge 328, risulterebbe quindi superata per favorire il ridimensionamento dei poteri del livello centrale e stimolare il potenziamento del livello regionale. In realtà, la logica federalista introdotta con la modifica del Titolo V sembra attuarsi molto lentamente, forse anche in ragione dell'assenza di strumenti che vadano a supportare le nuove relazioni istituzionali.

L'attuale configurazione del settore è stata inoltre influenzata dagli orientamenti europei evidenziati nel corso del Vertice di Lisbona (marzo 2000) che hanno evidenziato come le politiche sociali non possano essere confinate in ambito settoriale, ma vadano concepite secondo schemi coordinati in grado di produrre soluzioni per problematiche di tipo multi-dimensionale (coesione sociale). In tale logica si propone un nuovo metodo di «coordinamento aperto» che si basa su proce-

ture che consentano di promuovere la cooperazione su obiettivi comuni senza mettere in discussione la sovranità e la responsabilità dei vari soggetti coinvolti (1).

Le riforme e gli indirizzi a livello europeo hanno, in sintesi, contribuito a movimentare il settore e a ricercare nuove soluzioni in termini di relazioni tra i vari soggetti secondo i principi di sussidiarietà e di *devolution*. In accordo al principio di sussidiarietà, gli enti pubblici devono collaborare con terzo settore (*no-profit*) e società civile, coinvolgendo attivamente tali soggetti nella programmazione, nel monitoraggio e nell'erogazione di servizi. Secondo la logica della *devolution*, le responsabilità e le competenze devono essere decentralizzate al livello di governo più vicino agli utenti, in modo da permettere una più stretta ed efficace relazione tra ente pubblico e portatori di interessi.

In sintesi, il settore sociale si caratterizza ad oggi per:

- il ruolo di primo piano delle Regioni nell'esercizio della funzione di programmazione e di definizione delle scelte strategiche;

- il ruolo centrale dei Comuni, responsabili della soddisfazione dei bisogni della comunità di riferimento, non solo tramite erogazione diretta dei servizi, ma anche attraverso l'incoraggiamento e il supporto della comunità stessa ad affrontare le proprie necessità;

- la distinzione tra soggetto acquirente e soggetto erogatore, con la possibilità di coinvolgere differenti soggetti pubblici e privati nella produzione di servizi;

- il ruolo centrale assegnato agli utenti che, abbandonata la tradizionale posizione passiva, acquisiscono un maggiore e più diretto coinvolgimento nella fase di programmazione e di erogazione e valutazione dei servizi.

I comuni sono quindi chiamati a definire il sistema di *governance* locale e ad introdurre un insieme di strumenti che consenta di supportarne l'implementazione (piani strategici, *voucher*, sistemi di accreditamento, ecc.). Nell'ambito di tale insieme, la legge 328/00, all'art. 13, attribuisce una posizione di riguardo alla carta dei servizi, stabilendo che ogni ente che eroghi servizi sociali debba adottare e pubblicare la CdS (secondo schemi di riferimento suggeriti dal livello centrale), come uno dei requisiti essenziali per poter ottenere l'accreditamento istituzionale.

Al momento di effettuazione della ricerca (aprile 2004), gli schemi di riferimento per la stesura delle Carte non erano ancora stati definiti (2), la legge quadro era stata recepita solo in alcuni ambiti regionali (leggi regionali di recepimento) e molti enti pubblici non avevano ancora adottato una CdS.

### 3. La carta dei servizi come strumento manageriale e di *governance*

La CdS rappresenta uno strumento idoneo a perseguire almeno due degli obiettivi più volte richiamati nelle riforme del *management* pubblico: il miglioramento della qualità dei servizi e la tutela degli utenti.

Pioniere nell'introduzione e sviluppo delle carte dei servizi è stato il Regno Unito che nel 1991 ne ha fatto un baluardo del processo di modernizzazione del settore pubblico. Alla base dell'introduzione delle CdS vi è l'idea di attribuire un maggior potere ai destinatari delle forniture pubbliche; idea che si traduce, in un contesto di monopolio o di quasi mercato, nel rendere i *provider* più responsabili e aperti al giudizio degli utenti, anche attivando forme di consultazione e partecipazione degli stessi. Allo stesso tempo, i *provider* sono chiamati ad una

maggior trasparenza della loro attività sia nei confronti del Governo centrale e delle amministrazioni *purchaser*, sia nei confronti della comunità (Pollitt, 1994; McGuire, 2002; Lo Schiavo, 2000).

L'introduzione della CdS deve essere pertanto supportata da meccanismi di garanzia di qualità e di *empowerment* dei cittadini quali, ad esempio, il continuo monitoraggio delle *performance*, il confronto tra risultati ottenuti e standard di qualità, la definizione di procedure di consultazione e di informazione agli utenti e ai cittadini, l'introduzione di meccanismi di reclamo, di rimborso e di assegnazione premi per il raggiungimento di elevati livelli di qualità dei servizi (Pollitt, 1994; McGuire, 2002).

Nonostante ciò, le Carte rappresentano dei «codici di condotta» e non delle forme di tutela sostanziale dei diritti soggettivi. Questi ultimi, infatti, continuano ad essere assicurati per tramite di strumenti diversi, generalmente di natura giuridica ed amministrativa (3).

Nel Regno Unito, il programma di rinnovamento che introduce la CdS si basa su quattro temi rilevanti: 1) il miglioramento della qualità dei servizi; 2) la garanzia della scelta dei cittadini; 3) la definizione chiara degli *standard* di servizio; 4) la produzione di valore nei servizi. Gli *standard* di qualità rappresentano il fulcro centrale del processo di miglioramento. Gli *standard* sono definiti a livello centrale ed imposti a livello locale. Organismi autonomi e semi-autonomi (quali ad esempio l'*Audit Commission* in sanità) hanno responsabilità in merito al controllo sull'attuazione delle Carte e sulla pubblicazione di tabelle comparative che riportano i risultati dell'attività di *benchmarking* tra i diversi erogatori di servizi (Bowerman, 1995). In tal modo, si cerca di assicurare l'efficacia del progetto.

Le prime applicazioni della CdS nel Regno Unito non sono state esenti da critiche (Lo Schiavo, 2002). Al riguardo, alcuni autori fanno notare: i) una non corretta definizione dei termini cittadino, utente e consumatore di servizi pubblici (Harrison, 1999; Pollit, 1994), dalla quale emergono dubbi in merito ai reali diritti di ciascuna classe di *stakeholder*; ii) l'impiego di una logica di tipo *top-down*, e quindi non partecipativa, nell'implementazione dei processi di miglioramento e valutazione delle *performance* (Holmes and Sand, 1995; Harrison, 1999); iii) la proposizione di *standard* poco ambiziosi, formulati in funzione delle esigenze dei soggetti erogatori piuttosto che di quelle dei consumatori (McGuire, 2002); iv) una sostanziale riconferma di diritti già esistenti e tutelati negli ordinamenti pubblici, invece della promozione della qualità dei servizi e dell'*empowerment* dei cittadini (Harrison, 1999).

Pollit (1994: 9) ha altresì fatto notare come «un'ulteriore fonte di complessità (nell'implementazione del nuovo sistema, NdA) è la confusione, in molte Carte, tra vecchi e nuovi provvedimenti, tra diritti, regole amministrative e semplici promesse del *management*» (4). Allo stesso modo, altri autori, hanno definito le esperienze di CdS un mero mezzo di legittimazione delle pratiche già esistenti (Chandler, 1996).

Nei successivi anni di applicazione, molte delle criticità sopra riscontrate sono state affrontate e risolte (a riguardo si veda McGuire, 2002). Il Governo inglese, per esempio, incoraggia e promuove l'applicazione della CdS a tutt'oggi, come parte di un più generale programma di modernizzazione e miglioramento dell'amministrazione pubblica (programma *Better Government*).

Seguendo l'esempio del Regno Unito, molti altri paesi hanno introdotto

carte dei cittadini, degli utenti o dei servizi (OECD, 1996). McGuire (2002), per esempio, ha pubblicato uno studio comparativo sulle carte dei servizi in Australia, Regno Unito e Stati Uniti che ha evidenziato una convergenza a livello ideologico ed una conseguente comunanza di intenti e di linguaggio (Kettl, 1998). Ciononostante, le divergenze permangono e sono riconducibili a differenti strategie di riforma che riflettono diversi contesti politici e sistemi di *governance* (OECD, 1996).

Sulla scorta delle diverse esperienze internazionali, ed in particolare dell'esperienza inglese, anche il nostro Paese ha promosso l'introduzione di CdS (direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri, 27 gennaio 1994, «Principi per l'erogazione dei servizi pubblici»). La direttiva statuisce che tutti gli enti erogatori di servizi pubblici debbano pubblicare una CdS contenente standard di qualità da verificare annualmente. Gli *standard*, a differenza del modello inglese, non sono però definiti a livello centrale (o comunque regionale), ma devono essere frutto di analisi svolte a livello di ogni singola azienda. Ogni soggetto erogatore è quindi sollecitato ad individuare autonomamente gli *standard* di servizio, in base alla propria strategia e alle esigenze dei propri utenti (sull'esperienza italiana si veda p.e. Mussari, 2000).

Il livello centrale di governo non è coinvolto direttamente nella promozione della CdS. Solo in alcuni settori (quali ad esempio l'energia, il gas e i fondi pensione) la normativa individua uno schema generale di riferimento ed impone *standard* specifici. In altri settori, come per esempio in sanità, sono state lanciate, a livello centrale, iniziative a supporto dello sviluppo e dell'efficacia della CdS quali supporto alla formazione, *benchmarking*, definizione degli *standard*, etc.

Nel 2002, una ricerca promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica ha rilevato come il grado di introduzione delle Carte fosse ancora limitato. Al proposito, alcuni hanno osservato che la direttiva del 1994 fosse indirizzata esclusivamente al livello di governo centrale e non a quello locale o delle singole aziende (5). I settori pubblici che hanno ricevuto supporto nell'implementazione delle carte dai dipartimenti centrali (ad esempio la sanità) hanno sperimentato un elevato grado di applicazione, almeno nel primo periodo. Vi è comunque da rilevare che, anche in questi casi, gli *standard* di qualità sono rimasti per lo più affermazioni di principio e non sono stati oggetto di un monitoraggio periodico. Inoltre, dalle indagini effettuate, risulta che i cittadini e gli utenti dei servizi raramente sono stati resi consapevoli dell'esistenza della CdS (Rogari, 2003; Lo Schiavo, 2002; Mussari, 2000).

A tal riguardo, per esempio, Lo Schiavo (2002) afferma che «dal punto di vista politico ed istituzionale la CdS è stata, dopo il suo avvio, una «politica abbandonata» in ragione della mancanza di un reale coinvolgimento politico e delle istituzioni coinvolte (6) (Lo Schiavo, 2002, p. 691). Il programma avviato nel 1994 ha sostanzialmente fallito nel raggiungere un effettivo coinvolgimento ed avvicinamento dei cittadini nell'organizzazione e valutazione dei servizi. Gli *standard* tendono ad essere confusi con i diritti e sono quindi percepiti più come una minaccia per gli enti chiamati ad individuarli, che come un'opportunità di cambiamento. Inoltre, gli *standard* sono tendenzialmente formulati in maniera tale da essere elusi, non misurati e non generare un reale miglioramento della qualità.

Nonostante ciò, alcuni affermano che il programma abbia «prodotto l'innegabile beneficio di avviare un

processo di apprendimento tra soggetti pubblici» (Lo Schiavo, 2002, p. 692).

Nel 2000, la CdS è oggetto di rinnovato interesse. In ambito sociale, in particolare, la CdS diviene obbligatoria per tutti i soggetti che erogano servizi sociali ed è pre-requisito per l'accreditamento istituzionale. In accordo alle previsioni della 328, gli enti pubblici e privati operanti in campo sociale devono pubblicare una carta ed impiegarla per perseguire tre principali funzioni:

— informare e comunicare agli utenti le modalità di erogazione e gli standard di servizio (funzione di comunicazione);

— controllare e migliorare la qualità dei servizi (funzione di controllo e miglioramento della qualità);

— coinvolgere utenti e portatori di interesse nella programmazione, produzione e valutazione dei servizi (funzione di coinvolgimento degli stakeholder).

Alla luce delle finalità della legge e delle principali previsioni in essa contenute, è però possibile esplicitare ulteriori funzioni afferenti alle responsabilità di *governance* locale che i comuni sono chiamati a delineare con riguardo al settore sociale. I comuni, in particolare, non solo devono impiegare una Carta per ognuno dei servizi per il quale esercitano il ruolo di *provider*, ma devono anche verificare che gli altri fornitori pubblici e privati, adottino una Carta e si conformino ai livelli essenziali previsti dalle normative nazionali e regionali (LIVEAS).

Di conseguenza, la CdS svolge una quarta funzione: segnatamente la *governance* del sistema di erogazione dei servizi. La CdS rappresenta, infatti, uno dei pre-requisiti che i *provider* devono avere per accedere al sistema pubblico di fornitura dei servizi. In tal senso, la CdS rappresenta uno strumento per:

— regolare i rapporti tra acquirente e fornitore di servizi sociali (funzione di accreditamento e coordinamento).

#### 4. La metodologia di analisi

In ragione della recente introduzione della CdS in ambito sociale, considerato l'ampliarsi delle funzioni ad essa attribuite, il presente lavoro vuole contribuire ad accrescere la conoscenza sulle caratteristiche delle Carte in ambito sociale e sul ruolo ad esse assegnato.

Più precisamente, la ricerca mira ad individuare il disallineamento tra effetti desiderati ed effetti reali conseguiti con l'introduzione di carte dei servizi in ambito sociale ed a indagare le ragioni e le variabili che possono aver influenzato il grado di applicazione delle previsioni legislative.

L'indagine si basa sull'analisi del contenuto e delle modalità di utilizzo delle Carte in un campione di comuni capoluogo di provincia con contesti economici e sociali simili ed appartenenti a tre regioni italiane (Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) leader nella gestione dei servizi sociali. Le amministrazioni selezionate rappresentano un campione di comodo che, pur non avendo pretese di significatività statistica, consente di raggiungere gli obiettivi della ricerca.

Per ogni regione sono stati presi in considerazione i capoluoghi con una popolazione compresa tra i 70.000 e i 180.000 abitanti e con una struttura socio demografica comparabile (si veda la tabella 1) (7).

Diverse metodologie di raccolta e analisi sono state impiegate per la ricerca. In prima battuta, si è proceduto

Tabella 1 - Il campione

Regioni	Comune	Popolazione	Popolazione < 5 (*)	Popolazione > 65 (*)
Lombardia	Bergamo	113.143	4,25	15,92
	Como	78.680	3,97	17,84
	Cremona	70.887	3,75	20,43
	Pavia	71.214	3,78	22,56
	Varese	80.511	4,14	20,51
Veneto	Treviso	80.144	3,8	22,8
	Vicenza	107.223	4,5	20,6
Emilia-Romagna	Cesena	98.948	3,95	21,56
	Ferrara	130.992	3,07	24,65
	Modena	175.502	4,27	20,51
	Parma	163.457	3,84	23,31
	Piacenza	95.594	3,65	24,43
	Ravenna	134.631	3,81	24,06
	Reggio Emilia	141.877	4,94	20,74
	Rimini	128.656	4,23	19,48

(\*) Fonte: elaborazione dati ISTAT, 14° censimento generale della popolazione, anno 2003. I dati fanno riferimento alla media provinciale (www.istat.it, ultimo accesso marzo 2004).

ad indagare il contenuto e la struttura delle Carte, quando disponibili, tramite una griglia di analisi redatta sulle base delle previsioni stabilite a livello nazionale (direttiva del 1994 e linee guida del Ministero della sanità del 1997) e delle *best practices* esistenti. Secondo tali indicazioni, in particolare, la CdS dovrebbe contenere:

— i principi ispiratori di tipo manageriali e politico che informano l'erogazione e il governo dei servizi. La direttiva del 1994 contiene una lista di principi obbligatori che devono essere adottati (ad esempio diritto all'informazione, alla semplificazione dei processi amministrativi e di erogazione, all'aumento della partecipazione dei cittadini, ecc.). A ciascun ente sono inoltre richieste la personalizzazione e la specificazione di ulteriori principi in accordo alla tipologia di servizi e alle priorità strategiche;

— le caratteristiche e contenuti del servizio in termini di destinatari, bisogni da soddisfare, attività rese, condizioni d'accesso e limitazioni, tariffe, ecc.;

— la declinazione della qualità del servizio in termini di definizione degli standard e modalità di monitoraggio delle *performance* (p.e. indicatori), modalità di rilevazione dei livelli di soddisfazione dell'utenza, presenza di specifiche di processo e di meccanismi di tutela della qualità dei servizi per i destinatari;

— le modalità per facilitare la valutazione della qualità e delle *performance* da parte degli utenti e dei cittadini (ad esempio creazione di un'unità organizzativa che organizza momenti di confronto periodici, informative esterne sulle *performance* ottenute, meccanismi formali di reclamo, ecc.);

— le modalità per assicurare e garantire *standard* di qualità, per proteggere gli interessi dell'utente e per ricevere servizi di qualità;

— le modalità per accrescere il coinvolgimento di utenti e cittadini nei processi di programmazione dei servizi.

La raccolta dei documenti oggetto di analisi è avvenuta contattando gli Uffici relazioni con il pubblico e accedendo ai relativi siti *web*. Informazioni aggiuntive sono state inoltre reperite attraverso interviste telefoniche semi-strutturate con i responsabili del settore. Le interviste hanno avuto ad oggetto il processo di introduzione delle Carte, gli impatti generati e il collegamento tra CdS e gli altri strumenti di *governance* impiegati dall'ente.

I risultati dell'indagine sono stati analizzati anche alla luce di quanto emerso in precedenti studi e di una *review* bibliografica nazionale ed internazionale. L'analisi della letteratura ha consentito di:

— arricchire il modello di analisi alla luce di metodologie e *check-list* sviluppate in altri contesti;

— individuare le variabili principali (interne ed esterne) che influenzano l'efficacia della CdS.

## 5. I principali risultati dell'indagine

La tabella 2 riporta i principali risultati della ricerca ed evidenza uno stato di attuazione non in linea con le previsioni normative.

Solo un comune (Pavia) tra i 15 comuni indagati ha in passato lavorato alla realizzazione di una CdS di settore (attualmente non divulgata), e solamente tre enti (Como, Modena, Ravenna) hanno pubblicato Carte per alcuni dei servizi erogati. Complessivamente sono dunque stati individuati 7 documenti in ambito sociale.

Il comune di Reggio Emilia offre una specifica guida ai servizi di settore e il comune di Parma propone due guide, una per i cittadini anziani e una per disabili. Si tratta di documenti che

contengono le caratteristiche e i contenuti principali del servizio (p.e. orari di apertura, indirizzi e numeri di telefono).

Dodici dei quindici comuni impiegano altri strumenti di comunicazione e informazione. Si tratta, in particolare, di guide comunali, generalmente scaricabili attraverso una pagina *web*, che descrivono i servizi complessivamente offerti dall'ente. Le informazioni fornite sono più o meno analitiche. Alcune guide contengono solo la lista dei servizi; altre gli orari degli uffici, gli indirizzi e numeri di telefono; altre ancora descrivono più in dettaglio contenuti quali i criteri di accesso (fasce di reddito, età minima o massima, ecc.) e indicazioni quantitative sui servizi offerti (numero di utenti).

In ultimo, sei comuni hanno pubblicato Carte in differenti settori di intervento per un totale di dieci documenti.

I risultati dell'analisi dei contenuti delle Carte impiegate in ambito sociale è riportato nella tabella 3.

Dalla lettura ragionata dei documenti presi in esame si osserva come in realtà essi si configurino come delle guide ai servizi piuttosto che come CdS. Infatti, se le carte dei servizi si caratterizzano per la presenza di indicatori di *performance*, per la previsione di standard di qualità e per il coinvolgimento di utenti e cittadini nei processi di definizione e monitoraggio delle condizioni di erogazione, i documenti analizzati hanno contenuto e finalità prevalentemente informative sulle dimensioni relative alle caratteristiche ed ai requisiti di accesso ai servizi.

Solo una delle Carte prese in esame contiene degli *standard* di funzionamento e di *performance* interna.

Le interviste hanno rilevato una diffusa difficoltà da parte degli enti ad individuare opportuni standard ed i relativi indicatori, dati i diversi approcci (tecnico-professionali e gestionali) con

Tabella 2 - La diffusione delle Carte nel campione considerato

Regione	Comune	Carta dei servizi del settore sociale	Carta dei servizi relativa a specifici servizi	N. Carte dei servizi	Formato	Note ed altre informazioni rilevanti
Lombardia	Bergamo	No	No			Agenda dei servizi comunali (web e cartaceo) Guida ai servizi asili nido (web) 1 Carta dei servizi: tributi
	Como	No	Sì	1	web	Guida ai servizi comunali (web e cartacea)
	Cremona	No	No			
	Pavia	No	No			Guida ai servizi comunali (web) Carta dei servizi sociali (cartacea)
	Varese	No	No			Guida ai servizi comunali (web)
Veneto	Treviso	No	No			Guida ai servizi comunali (web) 1 Carta dei servizi: infrastrutture
	Vicenza	No	No			
Emilia-Romagna	Cesena	No	No			Guida ai servizi comunali (web) 1 Carta dei servizi: refezione scolastica
	Ferrara	No	No			Guida ai servizi comunali (web) 1 Carta dei servizi: infanzia (sotto il settore istruzione)
	Modena	No	Sì	2	Cartaceo	Guida ai servizi comunali (web) 3 Carte dei servizi: Polizia municipale, Comunicazione e relazione con i cittadini, diritti dei bambini e doveri degli adulti
	Parma	No	No			Guida ai servizi comunali (web) Carta informativa sui servizi per le cittadine ed i cittadini anziani Guida ai servizi per disabili (cartacea)
	Piacenza	No	No			Guida ai servizi comunali (web)
	Ravenna	No	Sì	3	web	Guida ai servizi comunali (cartacea) 3 Carte dei servizi: biblioteca, anagrafe, circolo didattico Obiettivo comunale: entro 10 anni 1 carta per ogni servizio
	Reggio-Emilia	No	No			Guida ai servizi comunali (web e cartacea) Guida ai servizi sociali (cartacea)
	Rimini	No	No			Guida ai servizi comunali (web)

Tabella 3 - Il contenuto delle Carte dei servizi raccolte

Comune	Nome utilizzato per designare la carta dei servizi	Numero di pagine	Numero di servizi considerati	Enunciazione principi	Contenuto e caratteristiche dei servizi	Misure di performance ed indicatori	Standard di qualità ed indicatori	Procedure di tutela e di monitoraggio degli standard	Impiego della Cds come strumento di governance esterna	Note e commenti
<b>Pavia</b>	«Carta dei servizi sociali»	15	38	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
<b>Como</b>	Carta dei servizi «Centro socio educativo»	32	1	SÌ	SÌ	NO	NO	Modulo di reclamo	NO	
<b>Modena</b>	Carta dei servizi semiresidenziali comunali per le persone anziane	29	1	SÌ (sintetici)	SÌ	NO	NO	Possibilità di esprimere reclami che devono ricevere risposta entro 10 giorni Impegno da parte del comune a costruire un organismo consultivo misto col compito di monitorare l'applicazione della Carta	SÌ	Nella premessa al documento si sottolinea come gli impegni esplicitati sono applicabili da parte dei gestori dei servizi comunali concessi in appalto (e quindi non solo dal comune stesso)
	Carta dei servizi residenziali per le persone anziane	16	2	SÌ (sintetici)	SÌ	NO	NO	Possibilità di esprimere reclami che devono ricevere risposta entro 10 giorni Impegno da parte del comune a costruire un organismo consultivo misto col compito di monitorare l'applicazione della Carta	SÌ	Nella premessa si sottolinea come la Carta rappresenta il punto di riferimento e la linea guida per la definizione della Carta dei servizi della strutture convenzionate con il Comune
<b>Ravenna</b>	La carta dei servizi del Centro Polifunzionale «Galla Placidia»	23	1	NO	SÌ	SÌ	NO	NO	NO	
	Carta dei servizi area <i>handicap</i>	114	5	SÌ	SÌ	NO	NO	NO	SÌ	Si specifica che la Carta deve attuarsi attraverso il coinvolgimento e la piena collaborazione tra la Direzione del Consorzio, tutti gli operatori sociali, le cooperative di servizio e i cittadini utenti La Carta è approvata previo parere favorevole espresso dalla Commissione di garanzia (*)
	Carta dei servizi Area anziani assistenza domiciliare	17	1	NO	SÌ	NO	NO	NO	NO	



cui i servizi in ambito sociale possono essere concepiti ed erogati.

Dai colloqui è inoltre emerso che le misure di *performance* sono generalmente «importate» dagli strumenti di programmazione e di controllo di ente (p.e. PEG) e si riferiscono prevalentemente all'efficienza organizzativa (interna) ed occasionalmente contengono misure relative alla soddisfazione di utenti/cittadini e a *standard* di qualità.

Le modalità di coinvolgimento di utenti/cittadini si limitano alla presenza di procedure di reclamo. Gli intervistati hanno dichiarato di non adottare particolari strumenti per garantire gli interessi dei cittadini, ma di fare piuttosto riferimento a generali misure di garanzia amministrativa. In nessuno caso sono state contemplate forme di rimborso e/o ristoro per inadempimento da parte dell'ente, così come auspicato dalla direttiva del 1994.

Nel campione di enti analizzato difficilmente le CdS possono essere interpretate come strumenti di *governance*. In alcuni casi, come per esempio nel Comune di Modena, la sezione introduttiva della CdS riporta che il contenuto della carta rappresenta un punto di riferimento non solo per il comune, ma anche per tutti gli enti che erogano servizi per conto dell'ente stesso. In sostanza, pare emergere la volontà di garantire un certo livello di uniformità dei processi di erogazione. Nel caso di Ravenna, la CdS esprime il desiderio di coinvolgimento nel processo di redazione e approvazione della Carta dei soggetti esterni, ed in particolare dei cittadini.

L'indagine ha consentito inoltre di evidenziare come i comuni siano ad oggi in una fase di ricerca di equilibri istituzionali interni e di sistema (relazioni con i fornitori). In tal senso, gli sforzi sono stati prevalentemente indirizzati alla redazione del Piano di zona e all'implementazione dello stesso

tramite opportune azioni (ad esempio costruzione del sistema informativo territoriale, omogeneizzazione delle procedure, gestione manageriale dei servizi, gestione congiunta dei servizi, etc.). L'impressione che se ne ricava è che il grado di attenzione rivolto al coinvolgimento di utenti e cittadini sia ancora limitato sebbene se ne percepisca l'importanza. Ad oggi, il coinvolgimento avviene in maniera indiretta, mediata attraverso il dialogo con le associazioni che rappresentano gli interessi e che spesso svolgono funzioni di soggetto erogatore.

In alcuni casi, alcune amministrazioni hanno discusso dell'opportunità di portare l'attuazione della CdS a livello distrettuale (bacino d'azione a cui i Piani di zona si riferisce). Anche in questo caso, però, non si rilevano esperienze concrete, quanto piuttosto dei progetti o delle indicazioni per il futuro.

L'analisi del contenuto della CdS è stata completata con il riferimento alla legislazione regionale in materia. Essa, infatti, potrebbe influenzare l'adozione di CdS a livello locale (cfr. tabella 4).

Solo il disegno di legge della regione Veneto esprime in modo analitico i contenuti della CdS. Essa inoltre inserisce la CdS in un più ampio sistema di strumenti di governo, di programmazione (Piano di zona e Livelli essenziali di assistenza), di controllo della qualità (sistemi di accreditamento), e di coinvolgimento degli utenti.

In sintesi, dalle interviste emerge che uno degli elementi di complessità che accompagna l'introduzione della CdS è la sua stretta correlazione con gli altri strumenti previsti dalla normativa (ad esempio sistemi di accreditamento, titoli per l'acquisto di servizi, sistema informativo, livelli essenziali, contratti di servizio, ecc). Proprio l'integrazione con gli altri

meccanismi rappresenta una delle cause principali del ritardo nel processo di implementazione. La lentezza che accompagna l'introduzione degli strumenti gestionali è riconducibile a:

- il significato/contenuto degli strumenti stessi (8);
- la mancanza o il ritardo nell'emanazione di linee guida regionali;
- il livello istituzionale di progettazione (9);
- il rischio di sovrapposizione tra i vari meccanismi.

In generale, quello attuale è un momento di transizione in cui è ancora in via di definizione l'assetto di *governance* del settore sociale, sia a livello regionale che locale, non solo per quanto riguarda il contenuto dei meccanismi di governo, ma ancor prima ciò che concerne le relazioni tra gli attori.

## 6. La Carta dei servizi nel settore sociale

I risultati empirici sono di seguito analizzati prendendo in considerazione le principali funzioni che la CdS dovrebbe espletare secondo la normativa e la letteratura internazionale. In particolare, la Carta dovrebbe svolgere:

- una funzione di comunicazione;
- una funzione di coinvolgimento degli *stakeholder*;
- una funzione di controllo e miglioramento della qualità;
- una funzione di accreditamento e coordinamento.

### *Funzione di comunicazione*

La CdS dovrebbe consentire l'implementazione di un modello di comunicazione a due vie (cfr. Harrison, 1999): da fonte a destinatario e viceversa. La comunicazione può essere simmetrica e asimmetrica. È simme-

trica se esiste un dialogo chiaro e trasparente che può influenzare il comportamento e le scelte di entrambe le parti. Al contrario, la comunicazione è asimmetrica se il messaggio è utilizzato dalla fonte per persuadere il ricevente ad accettare e supportare le proprie decisioni (si vedano anche Grunig, Hunt, 1984; OECD, 2001).

I risultati empirici mostrano che nel contesto italiano, la CdS e le guide ai servizi sono utilizzate principalmente come mezzi di informazione asimmetrica ad una o due vie. Essi sono infatti diretti a facilitare l'accesso ai servizi, e non anche ad accrescere il grado di dialogo e confronto tra servizi e *stakeholder*.

*Funzione di coinvolgimento degli stakeholder*

In teoria, le Carte dei servizi dovrebbero riconoscere agli utenti, i clienti e i cittadini che hanno a che fare con le organizzazioni pubbliche come *stakeholder* dei governi locali e delle istituzioni pubbliche. Tale rico-

**Tabella 4 - La legislazione regionale in materia di CdS**

Emilia-Romagna	Delibera di Giunta n. 2002/329 «Approvazione linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani di zona 2002-2003 in attuazione delibera C.R. 246/2001»	È compito del Piano di zona stimolare attività di valutazione dell'operatività delle singole reti di attività, di progetto, di servizio. Ciò dovrebbe riconnettersi a quanto sul territorio si è già fatto e si sta facendo relativamente ai progetti di miglioramento della qualità e all'adozione di strumenti che ne possono migliorare sensibilmente i livelli, quali la Carta dei servizi sociali
	L. reg. 12 marzo 2003, n. 2 «Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»	Art. 32 Le aziende erogatrici di servizi sociali adottano una carta dei servizi in base agli schemi di riferimento di cui all'art. 13 della legge 328/00 L'adozione di una carta dei servizi rappresenta requisito essenziale ai fini dell'accREDITAMENTO
Lombardia	Piano socio-sanitario regionale 2002-2004	Si prevede la pubblicazione e la diffusione in ogni ambito socio-assistenziale della Carta dei servizi quale strumento di comunicazione e di relazione con il pubblico
	Circolare n. 6 del 2 febbraio 2004 «Indicazioni per l'attivazione e l'erogazione dei buoni sociali e dei <i>voucher</i> sociali»	I soggetti pubblici e privati, <i>profit</i> e <i>non profit</i> , candidati all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare sociale e di prestazioni domiciliari complementari (preparazione e somministrazione pasti, servizio lavanderia e trasporti) devono essere in possesso di alcuni requisiti minimi tra cui la presenza della carta dei servizi Deve inoltre essere presente la procedura atta alla distribuzione, compilazione e raccolta del questionario di gradimento da parte dell'assistito e dei suoi familiari, in conformità con le modalità di controllo della <i>customer satisfaction</i>
Veneto	Progetto di legge n. 241 Disegno di legge di iniziativa della giunta regionale (del. G.R. 3 del 25 gennaio 2002) «Testo organico per le politiche sociali della regione Veneto»	Art. 17 Al fine di permettere ai cittadini di effettuare scelte appropriate, la carta dei servizi, predisposta con la partecipazione delle associazioni degli utenti, contiene: a) le informazioni sulle diverse prestazioni offerte; b) l'indicazione dei soggetti autorizzati e accreditati; c) i criteri di accesso; d) le modalità di erogazione e le modalità di funzionamento dei servizi; e) l'indicazione dei livelli essenziali di assistenza; f) le regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonché le modalità di ricorso da parte degli utenti I soggetti gestori dei servizi sociali adottano la carta dei servizi. L'adozione della carta dei servizi costituisce requisito necessario ai fini dell'accREDITAMENTO I soggetti gestori di strutture e servizi assicurano forme di partecipazione degli utenti o loro rappresentanti al controllo della qualità delle prestazioni con la costituzione di comitati misti di partecipazione

noscimento conferisce loro il diritto di influenzare le caratteristiche del servizio erogato (Morley, 1992, p. 6) e di partecipare ai processi decisionali ad esso relativi. Il coinvolgimento degli *stakeholder* implica quindi un processo che può essere analizzato con riferimento a due livelli progressivi di efficacia.

Ad un primo livello, l'efficacia della Carta quale meccanismo di *voice* e partecipazione dipende dalla trasparenza e accessibilità dei sistemi di *reporting* e dalla diffusione dei meccanismi di reclamo (McGuire, 2002) attraverso i quali utenti e cittadini possono esprimere insoddisfazione sui contenuti del servizio o sulle modalità di erogazione (valutazione *ex-post*). I cittadini dovrebbero inoltre essere consultati per l'individuazione degli *standard* di *performance* e la definizione dei criteri di accesso al servizio (valutazione *ex-ante*). Sia la valutazione *ex post*, che quella *ex ante*, consentirebbero infatti di ottenere una sorta di *audit* esterno sulla utilità e affidabilità delle informazioni riportate, superando logiche di governo autoreferenziali.

Ad un secondo livello, il grado di coinvolgimento dipende da elementi quali:

— la previsione di processi e momenti *ad hoc* organizzati dai comuni al fine di dar voce alle richieste dei cittadini,

— la consapevolezza degli *stakeholder* della possibilità di essere coinvolti (Kettl, 1998);

— il desiderio degli *stakeholder* di partecipare attivamente.

In particolare, gli *stakeholder* partecipano se ritengono di ottenere un beneficio dalla loro partecipazione, ovvero se ritengono che le proposte effettuate siano effettivamente accettate ed implementate dall'organizzazione. Al riguardo, i risultati empirici mostrano che cittadini e altri *stakeholder*

solo occasionalmente prendono parte alla definizione della CdS e ai processi ad essa correlati, anche perché essi sono raramente consapevoli dell'esistenza della CdS e delle potenzialità dello strumento.

Nonostante ciò, le amministrazioni intervistate ritengono che i cittadini hanno generalmente risposto positivamente e attivamente ad altri tentativi di coinvolgimento, cosicché non dovrebbe sussistere un gap di legittimazione tale da inficiare eventuali tentativi di coinvolgimento in futuro. Il fallimento nel coinvolgere il pubblico sarebbe pertanto da collegare alla mancanza di procedure idonee sia a livello di carta dei servizi (previsione di meccanismi di reclamo o sezioni di consultazione), sia a livello organizzativo (previsioni di fasi di consultazione durante il processo decisionale).

#### *Funzione di miglioramento della qualità*

In letteratura si identificano tre fattori principali che influenzano l'efficacia delle azioni di miglioramento della qualità: i) la definizione di misure di *performance*; ii) la definizione di *standard* di qualità; iii) l'implementazione di procedure organizzative di tutela e garanzia in grado di assicurare il raggiungimento degli *standard* (Castegnano *et al.*, 1999). Le misure di *performance* devono inoltre avere un impatto ed un collegamento effettivo sulle pratiche manageriali (Morley, 1992; UK Cabinet Office, 2003; DARPG, 2004).

Come precedentemente illustrato, *standard* di qualità e livelli essenziali sono definiti nella legislazione nazionale e regionale (criteri di accreditamento), anche se si riferiscono prevalentemente all'adeguatezza strutturale (per esempio capacità della struttura, rapporto personale/utenti, ecc.).

Le amministrazioni comunali non hanno ancora pienamente sviluppato sistemi informativi e di misurazione delle *performance* necessari al monitoraggio dei livelli di *compliance* e alla rilevazione dei bisogni dei cittadini e della domanda di servizi. Gli *standard* di qualità sono impiegati primariamente come meccanismi di controllo *ex-ante* durante i processi di accreditamento e non anche per monitorare le *performance* effettivamente conseguite.

Esiste ancora un considerevole lavoro che deve essere svolto sia per sviluppare sistemi di misurazione delle *performance* in grado di fornire un'immagine più esaustiva dei servizi forniti e di riflettere cosa interessa maggiormente ai decisori politici, ai clienti e agli *stakeholder*, sia per collegare effettivamente il sistema di misurazione agli strumenti gestionali e quindi al miglioramento dei risultati.

#### *Funzione di regolazione dei rapporti tra acquirenti e fornitori*

Nel nuovo contesto di erogazione di servizi sociali, la *governance* del sistema è una funzione particolarmente importante in quanto consente di riportare ad unità e coerenza competenze ed azioni che sono responsabilità di diversi livelli pubblici (nazionale, regionale, provinciale, locale) e di diversi attori (pubblici, privati e *non profit*) (Fosti, Turrini, 2004).

In particolare, i comuni devono giocare un ruolo centrale e sono chiamati a guidare l'erogazione di servizi attraverso la definizione del piano strategico locale, attraverso la gestione dei processi di accreditamento e il monitoraggio delle *performance* degli erogatori. Si tratta in sostanza di quello che in letteratura viene identificato come «il governo a distanza» (Ogden, 1997) (10).

Il governo a distanza fa riferimento ai processi attraverso i quali le autorità cercano di assicurare le finalità desiderate anche se le azioni sono effettivamente prese da altri soggetti. I comuni potrebbero raggiungere buoni risultati in tal senso se si focalizzassero non solo sui principi politici, ma anche sui meccanismi che consentono un'efficace funzione di governo delle risorse interne. La logica del governo a distanza implica la costruzione di legami e la condivisione di valori che vadano al di là della esplicita previsione di vincoli contrattuali o proprietari e si basa sulla capacità di convincere tutti i soggetti appartenenti ad un *network* che i problemi e gli obiettivi delle singole organizzazioni sono intrinsecamente e strettamente collegati a quelli del *network* nel suo complesso. In tal senso, l'unione di forze, la collaborazione e la condivisione dei metodi di lavoro consente un miglioramento complessivo dei risultati della rete e delle aziende che lo costituiscono. Non si tratta peraltro di forme di coinvolgimento di tipo astratto, ma è necessario, anche in questo caso, introdurre meccanismi operativi e concreti quali ad esempio strumenti di misurazione e *benchmarking*, procedure di esame (selezione) e di ricompensa, ecc.

Dall'analisi dell'attuale configurazione del sistema sociale e dei meccanismi formali ed informali di governo emerge che gli enti necessitano di strumenti di programmazione negoziata, di coordinamento e di valutazione concreta dei risultati. Ad oggi, però, essi si sono concentrati nella predisposizione di strumenti manageriali di programmazione e di coordinamento inter-istituzionale (Lo Schiavo, 2000), non ritenendo conveniente e/o efficace concentrarsi già da subito su strumenti di controllo e di coinvolgimento di soggetti esterni e di sviluppo

delle potenzialità della carta dei servizi.

Appare peraltro condivisibile, a parere di chi scrive, che l'utilizzo in pieno della CdS possa avvenire solo dopo che siano stati identificati gli obiettivi strategici, siano stati definiti gli standard di *performance* e le responsabilità organizzative e siano stati implementati i processi di partecipazione.

La CdS, in tal senso, non viene percepita come un *driver* di innovazione, quanto piuttosto il risultato finale e uno strumento di consolidamento del processo di riorganizzazione dell'intero sistema di *governance*.

Spostando l'attenzione dal livello funzionale ad un livello più generale, è possibile individuare ulteriori variabili che influenzano lo stato di attuazione delle carte dei servizi e delle innovazioni manageriali in generale.

Analizzando le condizioni di successo delle azioni di miglioramento indotte per tramite di atti di legge, alcuni autori (si veda p.e. Lo Schiavo, 2000; McGuire, 2002) hanno sottolineato l'importanza di aspetti quali: i) la chiarezza delle previsioni legislative (p.e. in merito alla terminologia o alle funzioni assegnate allo strumento), ii) l'adeguatezza del lasso di tempo garantito agli enti per adempiere alle previsioni normative e iii) il grado di supporto fornito a livello centrale (o a livello regionale).

Non sorprende, pertanto, la scarsa attuazione di carte dei servizi sociali in Italia, considerato che la struttura regolamentare e legislativa che dovrebbe supportare la diffusione della CdS si presenta poco chiara (ed in alcuni punti contraddittoria) e poco incidente (si veda per esempio Lo Schiavo, Montebugnoli, 2001). Per esempio, il tempo a disposizione per l'implementazione della carta non appare adeguato a definire degli strumenti effettivamente operativi ed efficaci. La legge 328/2000, infatti, stabilisce che

le organizzazioni hanno sei mesi di tempo per pubblicare una propria carta dei servizi; termine insufficiente per implementare i sistemi di misurazione delle *performance* e di partecipazione a supporto della CdS richiesti dalla legge.

In realtà, la legge 328 fa riferimento a sei mesi di tempo a decorrere dal momento di pubblicazione degli schemi di riferimento che, ad oggi, non sono ancora stati pubblicati.

Proprio al riguardo degli schemi di riferimento può peraltro essere sottolineato come la definizione di uno schema generale definito a livello centrale in un contesto fortemente decentrato sembri a dir poco contraddittoria (11), anche in considerazione del fatto che la legge 328 è una legge quadro, la cui attuazione concreta è demandata all'approvazione di leggi regionali che potrebbero anche modificare sostanzialmente le indicazioni centrali.

Emerge, inoltre, un'ulteriore criticità a livello legislativo e cioè la mancanza di strumenti effettivi di *compliance* e *enforcement*, ovvero di strumenti che consentano di dare concretezza e pervasività all'attuazione di previsioni legislative. Al riguardo, alcuni sottolineano come le previsioni relative alle carte dei servizi debbano interpretarsi come meri strumenti di *moral suasion* (persuasione morale) piuttosto che di obblighi in senso stretto.

La legislazione regionale nei casi analizzati non aiuta a superare le criticità sopra evidenziate.

## **7. L'efficacia delle carte dei servizi: dallo stato di attuazione attuale alle proposte di miglioramento**

Si è detto che il settore dei servizi sociali in Italia è stato recentemente oggetto di un processo di riforma radicale che ha interessato le responsabilità istituzionali, i sistemi di

*governance* e le modalità di erogazione dei servizi. Nel nuovo sistema si richiede un elevato grado di coordinamento ed integrazione per quanto riguarda le fasi di programmazione e di erogazione.

Anche se nella disciplina attuale la CdS rappresenti uno degli strumenti portanti del sistema di *governance* locale, l'analisi empirica evidenzia uno stato di attuazione ancora deludente. In particolare, prendendo a riferimento un campione di 15 enti, capoluogo di provincia di tre differenti regioni italiane (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna), è emerso che solamente quattro enti hanno implementato almeno una CdS. Inoltre, anche in questi casi, la Carta non svolge pienamente le funzioni di comunicazione, di miglioramento della qualità e di coinvolgimento degli *stakeholder* stabilite dalla legge. Le CdS non rappresentano neanche dei veri e propri strumenti di governo delle relazioni tra soggetti titolari delle funzioni e soggetti erogatori, in quanto il requisito per l'accreditamento è stato interpretato in termini meramente formali (p.e. controllo *ex-ante*) o del tutto ignorato (la maggior parte degli enti contattati non dispone di una carta dei servizi).

Contribuiscono a questa scarsa attuazione una serie di fattori di natura congiunturale e di natura strutturale.

Dal punto di vista congiunturale, il ritardo nell'attuazione della CdS è collegato al ritardo generalizzato che i comuni italiani stanno sperimentando nella realizzazione del complesso sistema di *governance*, così come innovato dai provvedimenti a partire dal 2000. I comuni sono pertanto impegnati nel definire la struttura del sistema e il contenuto e le modalità di funzionamento degli strumenti di coordinamento (con particolare riferimento alla fase della programmazione e del finanziamento dell'attività). In tal senso, e anche sulla base delle dichiara-

zioni emerse nel corso delle interviste, i comuni potranno concentrarsi nell'implementazione della CdS non appena avranno ultimato la prima fase di «rodaggio» del sistema.

L'analisi della disciplina, supportata da modelli di riferimento emersi in letteratura, ha comunque consentito di evidenziare alcune contraddizioni interne, di natura strutturale.

Tra queste, alcune riguardano il processo di attuazione (p.e. il periodo di attuazione garantito, mancanza di linee guida chiare o di supporto per l'attuazione), altre riguardano gli strumenti utilizzati (p.e. legge quadro nazionale in un contesto decentralizzato ovvero l'utilizzo di «anacronistici» schemi di riferimento), altre ancora le funzioni attribuite alla CdS (diverse funzioni in un unico strumento), altre, infine, il contenuto e l'utilizzo delle CdS da parte delle amministrazioni erogatori di servizi sociali (p.e. mancanza di standard o di processi sistematici di monitoraggio dei risultati). In particolare, si ritiene che la CdS rappresenti una sovrastruttura formale, piuttosto che un vero strumento di innovazione e *governance*. Altri strumenti, infatti, possono essere più efficaci per raggiungere elevati livelli di qualità dei servizi e di coinvolgimento esterno, alcuni dei quali sono già previsti dalla disciplina ed attuati dagli enti locali (p.e. piani di zona, documenti strategici, *budget* e schemi di ricompensa sulle *performance* reali).

Deve peraltro essere rilevato che non sempre i problemi riscontrati sono un fenomeno tipicamente italiano. Anche in letteratura internazionale, infatti, si riscontrano diverse critiche che riguardano l'adozione delle carte dei servizi in ambito pubblico. Tali critiche sono, per esempio, collegate ad aspetti quali la definizione non corretta dei termini «cittadino», «utente», «cliente di servizi pubblici» (Harrison, 1999), il processo di attuazione di

tipo impositivo (*top-down*) e quindi non partecipativo (Holmes and Sand, 1995; Harrison, 1999), la definizione non ambiziosa degli *standard* di qualità e la loro formulazione in funzione delle esigenze degli erogatori piuttosto che degli utenti (McGuire, 2002), la limitata consapevolezza degli *standard* da parte dei cittadini (Kettl, 1998), l'impiego della Carta come mero strumento di legittimazione delle pratiche esistenti (Chandler, 1996) e la confusione tra modalità di erogazione pre-esistenti e nuove, diritti e *standard*, leggi e promesse manageriali (Pollitt, 1994).

Alla luce di quanto emerso è possibile quindi trarre alcune conclusioni relative ad un migliore utilizzo delle carte dei servizi in ambito sociale.

Innanzitutto si ritiene che, coerentemente con l'orientamento al decentramento ed alle riforme istituzionali varate in Italia, gli strumenti di *management* e di *governance* debbano essere definiti a livello locale e disegnati in funzione degli specifici bisogni che emergono a quel livello. Gli strumenti di *governance* dei servizi sociali dipenderanno anche in gran parte dai sistemi di governo generali definiti a livello regionale, sia in ambito sociale, sia negli ambiti ad esso collegati (p.e. in quello sanitario). La carta dei servizi potrebbe pertanto essere uno strumento facoltativo e non obbligatorio, la cui esistenza o meno dipende da una precisa volontà regionale o locale in merito.

Inoltre, deve essere ricercata una coerenza ed un'efficacia complessiva di tutto il sistema di *governance* e degli strumenti che lo compongono. Se, per esempio, in un determinato ambito sono già stati efficacemente implementati strumenti di programmazione negoziata, alla carta dei servizi potranno essere più utilmente attribuite funzioni relative alla fase di monitoraggio della qualità reale ed eventualmente al

rispetto dei vincoli (contrattuali o negoziali) assegnati ai diversi soggetti che operano nel sistema. La carta dei servizi non dovrebbe pertanto duplicare funzioni o contenuti che si ritrovano già in altri documenti, a meno che ciò non contribuisca a raggiungere utilità aggiuntive (p.e. documenti che hanno una finalità «interna» vengono ridefiniti ai fini di una comunicazione e diffusione «esterna»).

I comuni, in quanto titolari di funzioni e responsabilità di organizzazione dei servizi sociali, avranno di fronte una serie di scelte diverse e dovranno adottare quelle che sono maggiormente in linea con gli obiettivi da conseguire o con il contesto e la tradizione locale. Con riferimento alle modalità di utilizzo delle carte dei servizi, per esempio, è possibile pertanto ipotizzare due soluzioni alternative:

— una prima soluzione, che riprende le esperienze in corso, è caratterizzata dall'esistenza di tante carte dei servizi per quanti sono i soggetti erogatori (compreso il comune) e dalle funzioni di controllo dell'esistenza e dell'attuazione di tali carte da parte del comune. I controlli dovranno essere effettuati anche prendendo a riferimento le direttive emerse a livello di ambito sociale, a livello di distretto (sanitario);

— una seconda soluzione, peraltro ipotizzata da alcune delle amministrazioni contattate durante le interviste, caratterizzata da una sola «carta dei servizi» che definisce servizi, standard e procedure di tutela che devono valere in tutto l'ambito sociale (o eventualmente il distretto o altre aggregazioni territoriali prescelte dai soggetti che costituiscono il *network* sociale) e che deve poi essere adottata da tutti i soggetti erogatori.

In questa seconda ipotesi, il comune (come coordinatore della rete o membro dei sottoscrittori dell'area servizi sociali) avrà un ruolo proattivo

di governo e di controllo; nella prima ipotesi, invece, il comune avrà un ruolo «reattivo» laddove la definizione degli *standard* o delle modalità di relazione nei confronti dei cittadini avverrà per iniziativa delle diverse aziende erogatrici. Ovviamente non può essere preferita a priori una delle due soluzioni, ma essa dipende dalle potenzialità concrete che possono essere attivate a livello locale nell'uno o nell'altro caso.

(1) Lo stesso Ministero del Lavoro e delle politiche sociali nel Libro Bianco sul Welfare (2003) sottolinea come si sia vivendo un momento di transizione per cui non si è ancora giunti ad un accordo su come i meccanismi di sussidiarietà contenuti nella legge 328/2000 saranno influenzati dall'evoluzione in corso a livello europeo e dall'applicazione degli indirizzi del nuovo Titolo V. A tal proposito, il libro bianco auspica che la logica del coordinamento aperto possa essere diffusa anche all'interno dei singoli Paesi tra i vari livelli istituzionali.

(2) Si fa notare al riguardo che l'adozione di schemi di riferimento per l'adozione di carte dei servizi sono state un'esperienza «fallimentare» nel quadro italiano ed infatti sono stati abrogati con l'art. 11 del D.L. vo 286/99. Nonostante ciò la L. 328/00 sembra re-introdurre l'obbligo di riferimento agli schemi ministeriali, in controtendenza rispetto agli orientamenti generali negli altri settori.

(3) A tal riguardo, per esempio, McGuire (2002, p. 504) fa notare come «le carte dei servizi non conferiscono ai cittadini diritti esigibili legalmente. Tali diritti sono previsti dalla legislazione» (nostra traduzione).

(4) Nostra traduzione.

(5) Questa posizione è supportata dal fatto che nel preambolo della direttiva si fa riferimento esclusivamente alle amministrazioni centrali. Emerge pertanto una evidente incoerenza tra quanto previsto nel preambolo e quanto scritto nel testo della direttiva, che, relativamente ai soggetti destinatari, fa riferimento a tutte le aziende (pubbliche e private) che gestiscono servizi pubblici, anche a seguito di concessioni da parte di altre amministrazioni.

(6) Nostra traduzione.

(7) La situazione socio-demografica, infatti, può influenzare il livello e la configurazione di servizi sociali offerti e quindi degli strumenti di governance adottati per gestirli.

(8) Alcuni esempi possono aiutare a chiarire questo primo punto. In materia di accreditamento ad oggi ancora si discute sulle finalità che il sistema debba avere. La tendenza riscontrata segue le orme dell'esperienza sanitaria, pertanto si rileva un certo orientamento a considerare il sistema come la modalità di regolamentazione dell'accesso degli erogatori ai finanziamenti pubblici, anche se non manca chi vorrebbe privilegiare la finalità di promozione della qualità attraverso lo sviluppo di un sistema di strumenti di indirizzo, di incentivi e di identificazione di modelli di riferimento che costituiscano una guida, uno stimolo o forniscano un riconoscimento a chi si adegua. Simili considerazioni possono essere fatte per quanto riguarda i Livelli essenziali di assistenza (LIVEAS). Attualmente, non essendo stati emanati puntuali indirizzi dal livello centrale, non è chiaro come intendere tali livelli. Aperta è la discussione sul contenuto degli stessi, presentandosi diverse alternative: i) aree di intervento (LIVEAS come indicatori di domanda); ii) servizi da garantire (LIVEAS come indicatori di offerta); iii) *standard* di qualità da garantire (LIVEAS come indicatori di qualità).

Infine, anche con riguardo ai Piani di zona si è rilevata una certa disomogeneità. In regione Lombardia lo strumento di programmazione fa riferimento pressoché esclusivamente alle risorse trasferite dal livello centrale (Fondo nazionale per le politiche sociali) mentre nelle regioni Emilia-Romagna e Veneto è rivolto alla pianificazione e gestione della totalità delle risorse del settore.

(9) Il passaggio della progettazione dal livello di singolo comune a quello di zona/distretto comporta la gestione di ambiti negoziali più ampi e di conseguenza più complessi.

(10) Ogden (1997) sviluppa il suo modello di analisi partendo da uno studio di Miller e Rose del 1990.

(11) Si è peraltro già fatto notare come la previsione di schemi di riferimento sia anche in controtendenza rispetto ad un orientamento generale che prevede l'abolizione degli stessi.

## BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E. (2002), *Principles of Public Management*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CACCIA L. (2000), «Il disallineamento tra documenti contabili, struttura organizzativa e sistemi di gestione», in CAPERCHIONE E., PEZZANI F., *Responsabilità e trasparenza nella gestione dell'ente locale*, Egea, Milano.

- BORGOLOVI E. (2004), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea Milano.
- BOWERMAN M. (1995), «Audit performance indicators: the role of the Audit commission in the Citizens' charter initiative», *Financial Accountability and Management*, vol. 11, 2.
- BOWERMAN M. (1998) «The public sector financial management reforms: Confusions, tensions and paradoxes, in Olson, O., Guthrie, J. & Humphrey, C. (eds.), *Global Warning: Debating International Developments in New Public Financial Management*, Capelen Akademisk Forlag As, Oslo.
- CANDLER J. (1996), «Introduction», in Chandler, J. (eds), *The Citizens' Charter*, Dartmouth, London.
- CORRIGAN P., JOYCE P. (1997), «Reconstructing public management: A new responsibility for the public and a case study of local government», *International Journal of Public Sector Management*, vol. 10, 6, pp. 417-432.
- CACCIA L., STECCOLINI I. (2004), «Accounting and Organizational Change in Italian Local Governments: What's beyond Managerial Fashion?», *Critical Perspectives on Accounting* (forthcoming).
- CASTEGNANO C., DE AMBROGIO U., LO SCHIAVO M. (1999) «La costruzione degli standard di qualità dei servizi sociali», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, vol. 21-22, pp. 6-11.
- COMMON R. (1998), «Convergence and transfer: a review of the globalization of New Public Management», *International Journal of Public Sector Management*, vol. 11, 6, pp. 440-450.
- DARPG (2004) (\*), Department of Administrative Reforms and Public Grievances, Government of India, «Model for Internal and External Evaluation of Citizens' Charter», [www.DARPG.nic.in/eval.asp](http://www.DARPG.nic.in/eval.asp) (last accessed 20 april 2004).
- DU GRAY P., SALAMAN G. (1992), «The cult(ure) of the customer», *Journal of Management Studies*, vol. 29, pp. 15-63.
- FOSTI G., TURRINI A. (2004), «Public governance in social care: the case of an Italian province», paper presented to *The Eighth International Research Symposium on Public Management*, 31 March-2 April 2004, Budapest, Hungary.
- GREENBERG J., BARON R.A. (1993), *Behavior In Organizations*, Allin & Bacon, London.
- GRUNIG J., HUNT T. (1984), *Managing Public Relations*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- HARRISON S. (1999), «Propaganda, Persuasion and Symmetry: Local and Central Government Perspective on Communicating with the Citizen», *British Journal of Management*, vol. 10, pp. 53-62.
- HOOD C. (1998), *The Art of the State - Culture, Rhetoric and Public Management*, Clarendon Press, Oxford.
- KETTL (1998), «Reinventing government: a fifth year report card», *CPm report 98-1*, Brookings Institutes Centre for Public Management, Washington DC.
- LO SCHIAVO L. (2000), «Quality standards in the public sector: differences between Italy and the UK in the Citizens' charter initiative», *Public Administration*, vol. 78, 3, pp. 679-698.
- LO SCHIAVO L., MONTEBUGNOLI A. (2001) «Sviluppare la carta dei servizi sociali», *Prospettive sociali e sanitarie*, 3, pp. 1-6.
- MARCON G. (1999), *The state of Public Management and Public Management in Italy: lessons for research methodology*, Siena: IPMN Workshop, July.
- MARCUCCIO M., STECCOLINI I. (2003), «Social and Environmental Reporting in Local Government: a new Italian Fashion?», paper presented at the *Annual Conference of the European Accounting Association*, Seville, Spain, April.
- MINISTERO DEL WELFARE E DELLE POLITICHE SOCIALI (2003), «Libro Bianco sul welfare», [www.welfare.it](http://www.welfare.it) (ultimo accesso aprile 2004).
- MCGUIRE L. (2002), «Service charters - global convergence or national divergence?», *Public Management Review*, vol. 4, 1, pp. 493-524.
- MILLER P., ROSE N. (1990), «Governing economic life», *Economics and Society*, February, pp. 1-31.
- MORLEY D. (1992), «The citizen's charter and a 21st-century vision», *Public Money and Management*, January-March, pp. 6-7.
- MUSSARI R. (2000), «La Carta dei Servizi sanitari: un'analisi dello stato di attuazione», *Mecosan*, 33, pp. 29-41.
- MUSSARI R. (1997), «Autonomy Responsibility and New Public Management», in L.R. Jones and K. Schedler (eds.), *International Perspectives on the New Public Management*, Jai Press, London.
- OECD (1996), «Ministerial symposium on the future of public services», OECD, Paris.
- OECD (2001), *Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation in Policy-making*, OECD, Paris.
- OGDEN S.G. (1995), «Transforming frameworks of accountability: the case of water privatization», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, 2/3, pp. 193-218.
- PANOZZO F. (2000), «Management by decree. Paradoxes in the reform of the Italian public sector», *Scandinavian Journal of Management*, vol. 16, pp. 357-373.
- POLLITT C. (1988), «Bringing consumers into performance measurement: concepts, consequences ad constraints», *Politics and Policy*, pp. 77-87.
- POLLITT C. (2003), *The essential public manager*, Open University press, Maidenhead and Philadelphia.
- POTTER J. (1988), «Consumerism and the public sector: how well does the coat fit?», *Public Administration*, pp. 149-164.
- RHODES A.W. (1987), «Developing the public service orientation - or let's add a soupcon of political theory», *Local Government Studies*, pp. 63-73.
- ROGARI M. (2003), «A dieci anni dall'introduzione la carta dei servizi non decolla», *Il Sole 24 ore*, 3-3-2003.
- STECCOLINI I. (2004), *Accountability e sistemi informativi negli Enti locali. Dal rendiconto al bilancio sociale*, G. Giappichelli, Torino.
- TAILOR H., MAYBERRY J.F. (1995), «The Patients' charter: a survey of hospital out-patients view of their rights and ability to exercise them», *Social Science*, vol. 40, 10, pp. 1433-1434.
- UK CABINET OFFICE (2003), «A guide to the charter mark criteria 2003», [www.chartermark.gov.uk](http://www.chartermark.gov.uk) (ultimo accesso 20 aprile 2004)
- YIN R. (1994), *Case study research Design and Methods*, 2nd edn, Sage, Thousand Oaks, CA.

(\*) Il documento non riporta nessuna data, il 2004 fa pertanto riferimento a quanto il documento è stato prelevato dal sito internet.

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.



# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: rinnovo dell'abbonamento a **RAGIUFARM** + **RAGIUFARM CLICK**.

Egregio lettore,

la sua esperienza operativa nell'ambito del sistema farmaco-farmacia-farmacista, La pone, pressochè ogni giorno, a confronto con problematiche di natura giuridica, amministrativa, organizzativa e tecnico-funzionale, in rapporto alle quali è indispensabile poter disporre di un adeguato background di notizie comparate nel quadro normativo di riferimento e di informazioni attendibili sui vari fattori che a livello politico-amministrativo, giurisdizionale e dottrinale concorrono a determinare l'evoluzione del sistema.

La rivista **RAGIUFARM**, Rassegna giuridico farmaceutica, svolge come Ella sa, in tale campo, da anni, una funzione leader.

**RAGIUFARM**, nei suoi quasi 15 anni di vita, ha saputo imporsi come strumento autorevole di approfondimento giuridico-amministrativo, per tutti coloro che operano nel mondo farmaceutico.

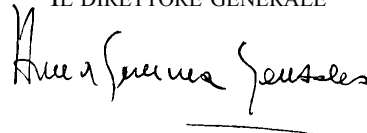
In più, **RAGIUFARM** si è dotata del supporto informatico **RAGIUFARM click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni Le hanno convinta ad essere già abbonata a **RAGIUFARM** o La convinceranno a diventarlo; mi auguro che sottoscriva subito l'abbonamento per il 2005 a **RAGIUFARM**, per sé e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante, non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, gennaio 2005

## ABBONAMENTO RAGIUFARM 2005

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. .... abbonamenti a **RAGIUFARM cartaceo** al prezzo di € 240,00;
- n. .... abbonamenti a **RAGIUFARM cartaceo + RAGIUFARM click** al prezzo complessivo di € 375,00;
- n. .... abbonamenti a **RAGIUFARM click** al prezzo di € 390,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **RAGIUFARM**).

● 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

..... lì .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

# QUALE FORMAZIONE MANAGERIALE: RIFLESSIONI E IPOTESI INTORNO AL LAVORO DENTRO IL MONDO SANITARIO

Mario Del Vecchio<sup>1</sup>, Franco Prandi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CERGAS - Università Bocconi, Milano

<sup>2</sup> Ausl Reggio Emilia

SOMMARIO: 1. Una premessa - 2. Tecnica o *management*? - 3. Tappe di lavoro - 4. Qualche prospettiva - 5. Riflessioni attorno all'oggi - 6. Alcune strade di lavoro intraprese - 7. La formazione del *management*: alcune azioni possibili in un quadro di cambiamento - 8. Poche considerazioni conclusive.

## 1. Una premessa

Introdurre una riflessione su una esperienza complessa come quella condotta in questi anni dentro il mondo sanitario per la formazione dei manager significa ripercorrere una strada in salita, dove gli insuccessi sono forse più dei successi e di cui è, comunque, difficile valutare i risultati perché impalpabili, e quelli evidenti sono con ogni probabilità fuorvianti, come quelli legati alla semplice buona amministrazione. A ciò si aggiunge la difficoltà di fare chiarezza, perché sollecitati dal quotidiano, tra il fare strumentale e l'agire finalistico, tra analisi generali e ideologiche e le emergenze di ogni giorno, tra il desiderio di porsi domande intelligenti e sperimentare soluzioni innovative e le logiche del tutto e subito perché non c'è tempo per il pensiero critico.

Non credo peraltro che ci si possa esimere dal considerare il contesto politico e normativo innanzitutto, ma anche economico con le sue spinte e i suoi vincoli più o meno dichiarati. Pascal ammoniva sulla insensatezza di ragionare esclusivamente sui mezzi e mai sui fini. Si sa che dove vige la legge del fare, delle cose, le scelte non dipendono più solo da decisioni legate a

valori e non sottostanno al controllo dei diversi soggetti coinvolti, ma scaturiscono dalle possibilità tecniche in una sorta di fittizia e pericolosa neutralità, controllata da poteri più o meno formalmente riconosciuti. Il *management*, in questa prospettiva, non è una scienza neutrale ma piuttosto esprime in modo più o meno consapevole valori e orienta la realtà.

La narrazione di 20 anni di lavoro per lo sviluppo della «civiltà della gestione» dentro le aziende sanitarie, dovrebbe avere anche questo sguardo disincantato per evitare trionfalismi facili o altrettanti pesanti sentimenti di inefficacia.

La mia riflessione prova a descrivere, dando conto di ciò che si è provato a fare e nello stesso tempo vorrebbe sollecitare pensieri e domande per andare avanti oltre le discussioni sui contenuti e sulle metodologie: andare avanti rispetto alla vita organizzativa e alle sfide cui è chiamata.

## 2. Tecnica o *management*?

Un punto obbligato di partenza della riflessione è il rapporto tra dimensione tecnica e dimensione manageriale, una tensione, un dilemma quasi paradossale, che ha attraversato e at-

traversa tutte le organizzazioni professionali (1). La constatazione ormai evidente, anche se spesso assunta in termini superficiali, è che i due ruoli sono diversi: *manager* e tecnici la pensano diversamente e sarebbe preoccupante se così non fosse. La scommessa perciò non è tanto di riuscire a mescolare le carte, a coniugare senza contraddizioni concettualmente o operativamente le due dimensioni, quanto di delineare con sufficiente chiarezza gli elementi distintivi, perché solo su tale base è possibile poi provare a costruire i terreni comuni.

Perché i tecnici si interessano agli esiti del loro intervento in termini clinici, mentre il livello del *management* si pone domande intorno all'esperienza complessiva del paziente e del suo sistema di riferimento. Le dimensioni della clinica si esplicitano qui ed oggi, in un contesto che esprime bisogni, risorse e le traduce in domande spesso complesse e difficili da interpretare. Il «conflitto» nel tempo ha assunto dimensioni diverse anche in relazione all'evolversi della domanda e alle compatibilità tecniche, economiche e professionali che si sono espresse, ma che non sono mai state definitivamente superate.

Tre paiono essere le possibili interpretazioni/esiti del dilemma:

a) il primato assoluto di una tecnica e di una clinica focalizzate agli esiti degli interventi e, spesso, non in grado di considerare la complessità del servizio e porre le necessarie attenzioni alle attese dei pazienti, degli *stakeholder* e, alla fine, degli stessi professionisti;

b) negare che ci possa essere qualcuno capace di gestire il sistema; «Non può funzionare la sanità (cianciava in un a trasmissione di successo agli inizi degli anni '90 un noto *anchorman*, finché a dirigerla ci saranno sociologi» negando con questo che vi potesse essere un governo come dimensione autonoma nella vita di una azienda sanitaria (centrata sulla clinica);

c) identificare tecnico (ovviamente medico) e *manager*, pensare cioè che non vi sia differenza di contenuto, di saperi, di finalità e di modalità di comportamenti, negare le differenze è forse l'ultimo tentativo, seppure debole di difesa di uno *status* per il quale le evidenze portano a una riconsiderazione profonda delle dimensioni professionali.

Mi sembra importante ribadire in questo contesto di riflessione forse poco strutturato, la dimensione della complessità con cui ci si deve confrontare a tutti i livelli. È quella dimensione che se non opportunamente considerata porta a situazioni per le quali a fronte di riconoscimenti internazionali del valore del Ssn (si pensi alla classificazione OMS) ci si trova di fronte al servizio sanitario con il minor consenso sociale tra quelli dei paesi più evoluti.

Complessità dell'atto sanitario innanzitutto, per evitare il perpetuarsi del detto provocatorio del paziente morto ma l'intervento riuscito (oggi forse si rischia di tornare a questi livelli con il parossismo strumentale delle

EBM in una logica autoreferenziale). Dell'atto sanitario è necessario chiedere conto per gli aspetti tecnici, ma anche per quelli relazionali e per quelli, più difficili, relative all'utilizzo adeguato delle risorse pubbliche. Ma complessità dell'atto sanitario anche in relazione alle dimensioni processuali che sottostanno ad esso e alle necessarie ridefinizioni dei saperi tecnici nel momento in cui si fanno i conti con altri professionisti. Complessità infine (in questa nota ma sarebbe utile continuare i significati che tale termine evoca rispetto alle dimensioni dell'etica e dell'etica sociale) delle relazioni con il sistema sociale nel suo insieme. Il professionista cioè è chiamato a ripensare il proprio agire secondo «scienza e coscienza» che fino ad oggi in fondo lo liberava da ogni valutazione per confrontarsi con parametri oggettivi (regole tecniche) e con parametri soggettivi (la percezione). È chiamato a confrontarsi con un sistema di valori determinati dal suo incontro con l'organizzazione, con i cittadini/fruitori, con se stesso e i suoi saperi (quantomeno) e con i colleghi e collaboratori e, più in generale, con la società.

Parlare di *management* a questo livello diventa più difficile, proprio perché si lavora dentro sistemi complessi dove i saperi si sfumano, le dimensioni del confronto e della valorizzazione delle differenze diventa fondamentale, il bisogno di lavorare diversamente per i risultati declinati e condivisi diventa elemento discriminante del «gioco organizzativo».

Su queste premesse sono state intraprese nel tempo strade diverse per ricercare l'incontro tra tecnici e *management*.

### 3. Tappe di lavoro

Credo si possa rileggere l'esperienza vissuta dall'azienda di Reggio Emi-

lia dividendola in tre fasi, ovviamente con prevalenze, ma senza stacchi precisi perché anche il mondo sanitario ha risentito, seppure con qualche ritardo, dei grandi processi di cambiamento delle organizzazioni, cambiamento che ha investito il mondo della produzione ancora prima del mondo dei servizi fino all'avvento delle organizzazioni come «produttori di conoscenza.

#### 3.1. La fase del funzionariato (anni '80)

Sollecitazioni professionali e normative esterne, bisogni di sviluppo professionale, proposte di interventi formativi orientati, lungimiranza di alcuni Presidenti di Comitati di gestione, e attenzioni specifiche di alcuni responsabili della formazione hanno permesso di scoprire le funzioni manageriali cui sono seguiti interventi sui contenuti. Corsi di formazione per qualifiche professionali hanno teso a sviluppare capacità di saper fare intorno ai ruoli dirigenziali (*budget*, personale, processi decisionali e piani di lavoro...). La figura cui si pensava, al di là delle dichiarazioni, era quella funzionariale, che sapesse fare delle cose che servivano all'istituzione. Un sapere-saper fare per pochi nel tentativo magari di creare alleanze. Alla fine degli anni '80 soprattutto, sono stati proposti ai dirigenti di struttura e alla dirigenza medica e non percorsi formativi in cui sono stati affrontati in modo generale tutti gli aspetti della gestione e in alcuni casi sono stati integrati con competenze specialistiche quali l'epidemiologia, e/o la decisionalità tecnica.

#### 3.2. La fase dell'aziendalizzazione e le dimensioni del coordinamento (anni '90)

Nel contesto di Reggio Emilia durante gli anni '90 si sono intreccia-

ti tre elementi: la creazione della azienda, l'avvio dell'esperienza della TQM, la consapevolezza diffusa della crisi delle carriere tradizionali per il sopraggiungere di nuove forme organizzative e di una parallela crisi professionale spesso tradotta dai medici in una richiesta di poter fare il medico e non il manager. In questo contesto si sono sviluppati percorsi diversificati, scelta stimolata anche dall'approccio della TQM che richiedeva al *management*, soprattutto a quello intermedio, un insieme di abilità tecniche e simboliche. Si sono formalizzati profili professionali, si è proceduto a lavorare per aree per professionalità specifiche, si sono sviluppate alcune competenze generali in grado di sostenere il lavoro dei professionisti. Uno sforzo importante è stato quello di intervenire sui collaboratori (dirigenti medici e caposala/coordinatori) per riformulare le loro dimensioni professionali. Prevalenti sono stati ancora i contenuti di un profilo di *manager* tradizionale anche perché le emergenze gestionali del risanamento hanno avuto comunque il sopravvento. Il rischio sempre presente è stato quello di dare corpo ad un *homo oeconomicus* che tende a sottovalutare la complessità. Certamente non più un funzionario, ma più facilmente un coordinatore, un professionista esecutore intelligente e fedele del sistema e delle decisioni centrali.

### 3.3. Verso la leadership (fine anni '90 e attualmente in corso)

Il cambiamento progressivo può essere ricondotto ad alcuni elementi di contesto e ad alcune sollecitazioni sociali importanti ancorché forse non formalizzate. Siamo una Azienda territoriale, diffusa, orientata a servizi di base, obbligata a fare i conti soprattutto con la complessità sociale. L'amministrazione che ha caratterizzato le

due fasi precedenti ha portato frutti e il sistema nel suo complesso è sotto controllo. Ci sono tre questioni che non possono essere più evitate:

a) la complessità costringe (e sollecita se vista in positivo (ad allentare le dimensioni tradizionali del controllo per sviluppare percorsi di responsabilizzazione diffusa, anche in relazione alla responsabilità sociale dell'agire organizzativo;

b) la domanda dei professionisti è quella di sviluppare forme di *partnership* e di dare una dimensione dinamica al rapporto tra azienda e professionista. La valutazione, in questo senso, ha innestato un circolo virtuoso verso una esplicitazione delle reciproche attese ed impegni in un vero e proprio contratto inteso come strumento che storicizza e dà senso al racconto di un rapporto paritario;

c) le dimensioni del lavoro cambiano e cambia il rapporto tra l'individuo, le sue scelte di vita e lo spazio del lavoro e della professione.

Sostanzialmente si assiste ad una formalizzazione della professione sulle tre dimensioni in cui si esprime, quella tecnica, quella organizzativa e quella relazionale. È il periodo dell'atto aziendale, della definizione dei sistemi di responsabilità e della formalizzazione di un gruppo stabile per il governo aziendale attraverso il chiarimento dei ruoli di governo, competenza e produzione. Si avvia il processo che dovrà integrare le regole della buona amministrazione con quelle della gestione e del governo. La formazione di conseguenza tende a concentrare la sua attenzione su alcuni elementi forti di tipo valoriale: il lavoro come luogo di apprendimento, il riconoscimento e la valorizzazione delle differenze, la definizione e diffusione delle competenze generali aziendali, la definizione e la pratica dei valori comuni.

## 4. Qualche prospettiva

Forse il più significativo risultato delle riflessioni attorno alla nostra esperienza è la consapevolezza che vanno ricercate strade nuove per garantire differenze e possibilità di convivenza di queste differenze. Perché bisogna vivere con punti di vista differenti; è la condizione della qualità del servizio. Ogni tentativo di ridurre le differenze produce insoddisfazione nei professionisti e qualità inferiore verso i cittadini. A partire dal riconoscimento del valore delle differenze ciò che sembra indispensabile è percorrere strade in grado di riordinare il sapere professionale intorno a tematiche che sono più ampie oggettivamente dalla tecnica e che influenzano in modo rilevante la qualità del servizio. Il tema dominante è proprio questo del servizio che diventa oggettivamente diverso dalla prestazione, mentre il professionista non potrà sottrarsi a questo «giudizio» che è sociale perché l'utilità generale (etica) pone limiti al singolo in favore delle garanzie per tutti; il mondo dell'agire collettivo va a configurarsi come dimensione di senso, di significati da dare all'agire stesso ai vari livelli.

Su questa premessa e con il valore dell'esperienza si possono riconsiderare i significati della formazione «manageriale» interrogandosi sul perché di scelte specifiche che non hanno più dimensioni assiomatiche, sui destinatari e sui possibili contenuti prima ancora delle metodologie più idonee.

*Perché fare formazione?* Non per costruire consenso, né per creare tecnici quanto per riconoscere e governare le differenze che nella complessità possono diventare un valore enorme se riescono a tradursi in responsabilità diffusa. Servono certamente anche persone che si diano carico delle funzioni di governo, ma ad essi è necessa-

rio chiarire ciò che viene chiesto loro e, a meno che non si vogliano degli «yes men» ed esecutori passivi, si pone il problema di come accompagnarli senza creare in loro dei difficili conflitti di identità.

*A chi fare formazione?* Se si pensa alle logiche della complessità dell'agire professionale è necessario avere una attenzione per tutti, in primo luogo per chi prende decisioni organizzative certo, ma alla fine per tutti gli operatori in quanto partner del disegno strategico dell'Azienda sanitaria.

Una attenzione particolare deve essere posta per i livelli alti di governo, in primo luogo per definirne i confini (a chi e a quali organi viene effettivamente richiesta una assunzione di responsabilità sui risultati complessivi aziendali) e poi per cercare chiarire le dimensioni della responsabilità di cui ognuno risponde.

*Su cosa fare formazione «manageriale» e come?* Se è formazione al management vale la pena insistere sui significati del servizio e sulla responsabilità sociale attraverso lo sviluppo di competenze di *problem finding* e *problem setting* accanto al più classico *problem solving* per evitare le schematizzazioni, aprire orizzonti nuovi e sviluppare il valore sociale del lavoro di ognuno (efficacia certo, ma anche efficienza, etica, emozione ed eccellenza come tensione). Per tutti le dimensioni del *setting* devono essere quelle dei valori come guida al vivere l'incertezza della relazione di servizio e del *management* come azione nello spazio della complessità. A chi è chiamato a fare più direttamente il manager servono certamente tecniche specifiche, ma soprattutto servono attenzione a scoprire le opportunità e a sfruttare al meglio con il lavoro di squadra. Il lavoro fondamentale è con ogni probabilità quello con e sulle persone. Serve per loro cogliere la differenza

che c'è tra valori e principi, metodi e strumenti; per questi ultimi la risorsa è la squadra. Su questo ci si sta cimentando faticosamente in questa fase della vita organizzativa. Varrebbe la pena tentare strade nuove per supportare il *management* oltre l'aula. Costruire contesti per narrazioni guidate dell'esperienza, favorire forme di *coaching* non invasive, creare comunità di pratiche anche oltre l'azienda, utilizzare gli strumenti della valutazione individuale e di gruppo come strumento di messa in comune del vissuto, delle esperienze e delle attese di ruolo, riaprire con momenti mirati gli scenari di riferimento per evitare le routine e convivere con l'incertezza come valore, utilizzare i momenti istituzionali in modo più dinamico, costruire contesti in cui il *manager* possa fare formazione ad altri... Quello che sembra certo è che il lavoro diretto sugli attrezzi di mestiere non regge più a meno che non si torni a logiche funzionali, ma non è ciò che serve al governo della complessità.

*In quale organizzazione?* Il modello di gestione dominante, ancorché in parte almeno messo in discussione, è quello che fa riferimento a una concezione statica, gerarchica e meccanicistica dell'organizzazione dove è prevalente la dimensione economica e della buona amministrazione. Su tale modello si è costruito il mercato dell'offerta formativa che ha prevalentemente mirato al consolidamento di strumentari più o meno sperimentati in una logica di mestiere. Le organizzazioni invece vanno caratterizzandosi sempre più come insieme di pratiche finalizzate, come un sistema di conoscenza distribuito. Il *management* è chiamato a governare questa conoscenza come risultato delle pratiche e dell'originalità delle persone, come evidenza di ciò che è ritenuto tale dalla stessa comunità di pratiche e dalle persone che in essa interagiscono. È

importante in questa visione riconoscere come ci dice Laszlo le proprietà fondamentali di tale organizzazione:

- auto-organizzazione e auto-apprendimento e non aggregazione meccanica delle parti;
- priorità del processo sulla struttura;
- prevalenza del cambiamento probabilistico non lineare;
- confini incerti intra e inter-istituzioni con particolare attenzione alla società;
- le relazioni nel settore e con i fornitori diventano positive e necessarie.

In questi scenari futuribili forse per la sanità, ma assolutamente inevitabili quali competenze servono? Come poterle costruire? E, soprattutto come utilizzare la fase di cambiamento per consolidare il nuovo? Dobbiamo lavorare sul *management* esistente per avvicinarlo al nuovo, ma ancor più pensare al futuro; creare le condizioni perché i *manager* del futuro si possano interrogare intorno ai saperi sociali, al sapere della società soprattutto in un campo come questo della sanità e più in generale della salute.

## 5. Riflessioni attorno all'oggi

Va ribadito ovviamente che processi di questa natura sono difficilmente catalogabili. Sembra però utile pensare a cosa può avere accompagnato e lo sta tuttora facendo, questo cambiamento perché il tutto forse orienta anche la formazione che si è andata configurando.

Al di là degli elementi di contesto già più volte richiamati, ci sono due aspetti che vanno evidenziati:

a) *la rivoluzione organizzativa* che sorregge il lavoro per processi e risultati supera le tradizionali dimensioni funzionali e assume significati reali e simbolici molto grandi perché rompe schemi consolidati e richiede di ri-

pensare al lavoro del singolo e dell'UO in funzione del fare bene le cose giuste per il cliente finale;

b) *la ridondanza organizzativa* che da una parte tende a sviluppare livelli di ampia autonomia fino a livelli di incertezza ampi e spiazzanti e dall'altra crea ridondanze nei percorsi fino a far percepire come prevalenti le logiche burocratiche. È il paradosso della complessità e del governo oltre le dimensioni della amministrazione quotidiana.

In questo quadro ci sono elementi di crisi che investono direttamente il management in termini di *gap*:

— tra ciò che è richiesto e ciò che è disponibile sul piano delle capacità «creative» di ogni dirigente;

— tra le dichiarazioni di *partnership* e i comportamenti organizzativi percepiti come improntati a logiche *top-down* (si lamenta l'aumento della burocrazia e la mancanza di comunicazione);

— tra la voglia di partecipare e la possibilità concreta di misurarsi con un sistema azienda lontano e poco palpabile.

Gli stessi mutamenti investono anche i professionisti a tutti i livelli e producono una crisi che si manifesta in ansia per:

— *i contenuti del lavoro*, ciò che serve spesso non è ciò che ciascuno è abituato a fare e a volte anche le manualità si sono ridotte, nel lavoro per processi che deriva dalla complessità, i saperi si sfumano, si ridefiniscono, richiedono di essere messi in comune, confrontati con altri saperi fino ad oggi pensati come altro;

— *la corresponsabilità sul risultato finale*, nel senso che il lavoro per processi rimette in discussione il saper fare classico, impone di fare i conti con i saperi degli altri e di trovare ragioni d'essere nel valore che ciascuno aggraverà al risultato finale;

— *la dimensione del tempo*, l'organizzazione del lavoro per processi ne richiede molto per lo scambio e la condivisione, ma questo non c'è. anche perché il processo è inesorabilmente guidato dal cittadino e dal suo bisogno;

— *la solitudine del lavoro*, solitudine legata spesso alla responsabilità poco definibile nel sistema di relazioni processuali, sfugge l'appartenenza e spesso si è chiamati a prendere decisioni utilizzando informazioni e elementi di cui non si ha il pieno controllo (2).

A fronte di tale contesto, si verifica una vera e propria illusione manageriale nel momento in cui si intende fare conto solo sulle forze interne dell'organizzazione. Serve probabilmente:

— *costruire le connessioni con il sistema sociale* di cui si è emanazione e risorsa, invece di procedere con informazioni che nascono e si esauriscono all'interno continuando a confondere amministrazione con governo;

— *scegliere la prospettiva del governo delle complessità piuttosto che quella della sua eliminazione*, convivere quindi con l'incertezza e l'ambiguità piuttosto che distorcere la realtà in una prospettiva razionalistica;

— *utilizzare e perseguire concezioni di organizzazioni non meccanicistiche*, nelle quali possano trovare significato elementi quali: l'autorganizzazione, le interdipendenze, l'organizzazione olografica alla Morgan, il governo e non il controllo;

— *riconsiderare il rapporto con le persone*, se lo sviluppo delle persone passa attraverso un racconto i cui contenuti sono di interesse reciproco e il contratto è l'espressione di significati condivisi della relazione, al manager spetta allora qualcosa di diverso del semplice sviluppo strumentale allorché si vuole parlare di governo delle persone: accanto ai compiti tradizio-

nali di organizzazione del lavoro al *management* vengono richieste abilità simboliche, di riconoscimento e valorizzazione delle differenze individuali, capacità di accettare l'errore e di favorire la ricerca;

— *definire per il management un ruolo ampio, aperto e che includa una dimensione etica*, il ruolo a tutto campo proposto per il *manager* implica una visione dinamica, aperta alla coevoluzione congiunta di individuo e azienda e magari anche della comunità; serve che i dirigenti si rendano conto che attraverso il pensiero e l'azione diventano attori protagonisti del cambiamento e questo deve connotarsi anche in termini etici perché ricompona le dimensioni emotive, razionali, spirituali e sociali della persona;

— *riaffermare la dimensione sociale del lavoro manageriale*, ciò che il *manager* è chiamato a fare non si risolve nel solo specialismo, ma si traduce in relazioni sociali significative.

Quali, quanti, dove si collocano e quali caratteristiche debbono esprimere questi *manager* sono forse terreni di riflessione necessari al di là delle tradizionali definizioni del *management*.

## 6. Alcune strade di lavoro intraprese

Una strada necessaria è senza dubbio la ricerca di un equilibrio tra le dimensioni dell'azione organizzativa *top-down* e *bottom-up*, per coniugare le dimensioni cioè del controllo manageriale centrato sulla standardizzazione con le dimensioni del controllo sociale dove il valore centrale è quello delle differenze.

Il lavoro dell'Azienda sta seguendo quattro strade:

— *la definizione chiara dei percorsi e dei sistemi di responsabilità* come premessa al governo delle relazioni in un contesto di organizzazione olografica, quindi aperta, poco definita e con

la certezza di ambiguità e ridondanze una organizzazione nella quale non regge il controllo centralizzato e l'omogeneità che ne è il presupposto. In questo ambito sono rilevanti gli impegni per la squadra di governo e la chiarezza rispetto ai livelli di *management*. In organizzazioni come quelle sanitarie ad alta componente specialistica forse conviene dare senso ad un *management* di sistema che si identifica nel *top* e considerare il restante come «capo squadra» nella sua accezione tradizionale cui si richiedono ruoli di esecutore intelligente dal punto di vista organizzativo ed uno spazio tecnico prevalente soprattutto sul versante dell'innovazione tecnica necessaria al mutare dei bisogni. Questa potrebbe essere identificata nel collegio di direzione insieme al quale orientare il lavoro per:

— *la costruzione dei sistemi generali di riferimento valoriale e di comportamenti attesi di sistema*, il sistema di valori e di competenze aziendali sarà la guida per un incontro con tutti i livelli di responsabilità per dare senso sociale complessivo al sistema azienda;

— *l'introduzione di strumenti di gestione sistemica* in grado di dare concretezza alla cultura del noi e alla proposta del viaggio che si propone di intraprendere, il recupero di strumenti di governo come l'EFQM o il BSC è strumentale a tale disegno, così come sono rilevanti impegni nella direzione della promozione della salute (HPH) e dei piani per la salute;

— *il lavoro sulle persone*, si tratta della fatica più grande, ma il successo passa attraverso la valorizzazione dell'incontro con i professionisti. La valutazione come narrazione delle condizioni dell'incontro, l'accompagnamento all'utilizzo delle competenze distintive, la formazione come fattore di sviluppo generale, la ricerca di strade utili alla comunicazione (che non è

solo informazione) sono aspetti del lavoro che riorientano il *management*. La valutazione si colloca a questo livello come strumento per l'incontro tra professionista e organizzazione, incontro il cui significato è soprattutto quello di dare visibilità al rapporto di *partnership* dichiarato in funzione del riconoscimento dei contributi e delle opportunità per ognuno. La gestione delle persone è probabilmente la vera sfida nei prossimi anni per il *management*, ma su questo bisogna probabilmente registrare un ritardo molto netto.

#### **7. La formazione del *management*: alcune azioni possibili in un quadro di cambiamento**

Serve probabilmente ribadire una idea di formazione ampia che sappia diventare una tecnologia per lo sviluppo delle competenze utili alla vita aziendale, diventa quindi necessario uscire dallo stereotipo delle forme della trasmissione che hanno nell'aula la loro espressione tradizionale.

Si sta lavorando su vari fronti: sulla struttura come premessa per definire le competenze necessarie ai vari livelli della responsabilità; sulla «cultura» per dare un senso al lavoro della squadra e aprire il confronto con la comunità locale di cui l'organizzazione è risorsa e espressione; sui sistemi di informazione e comunicazione; sulla messa a disposizione delle risorse per l'autoformazione e per il confronto intra e interaziendale; sulla formazione tradizionale e su altre forme di sostegno. In particolare è possibile segnalare:

1) la formalizzazione dei sistemi di responsabilità attraverso contratti individuali e verifiche sistematiche (si spera) dei risultati di sviluppo professionale ottenuti nonché delle esigenze di miglioramento con le relative modalità per farvi fronte;

2) la costruzione della squadra del governo aziendale cui vengono assegnate precise funzioni rispetto al sistema azienda, ridimensionando in un qualche modo il mito del «primario manager», in una prospettiva in cui la figura del dirigente di struttura si caratterizzerà sempre più come attore di un governo clinico orientato alla gestione delle persone e fondato sulle responsabilità sociali della professione;

3) la ricerca del confronto intorno alle dimensioni del sistema azienda, sviluppando momenti anche di aula intorno ai valori e alle competenze generali attese da tutti i professionisti;

4) la messa a disposizione di strumenti informatici per la comunicazione e la circolazione delle informazioni, *internet* e *intranet* sono le risorse che sostituiranno la carta e forse permetteranno *forum* di discussione e di confronto anche interno;

5) la ricerca del confronto strutturato con altre esperienze attraverso il *benchmark*, la partecipazione a progetti di ricerca e sviluppo (HPH, IPL...);

6) l'accompagnamento per figure specifiche (ad es. capo dipartimento) nella ricerca di ruolo e nel sostegno tecnico;

7) il rinforzo delle funzioni di supporto (tecnostuttura e *staff*) per accompagnare e sostenere esperienze e programmi di sviluppo, il tema è aperto soprattutto per il governo delle persone: la valutazione ha evidenziato competenze distintive e attese che possono confrontarsi con i programmi di sviluppo aziendale e quindi impattare con esigenze di revisione organizzativa che necessitano di sostegno per la sperimentazione;

8) sulla direzione strategica sono stati effettuati gli investimenti maggiori anche in termini di formazione d'aula (sui valori e sulle competenze, sugli strumenti di integrazione organizzativa, su nuove tecnologie per la



programmazione dentro la complessità...).

Si tratta certamente di iniziative non sempre dedicate esclusivamente ai *manager*: ma i confini non sono facilmente tracciabili.

Al di là delle competenze che spesso appartengono al dovere per aver assunto un certo ruolo di gestione, per il quale non esistono alternative, l'esigenza di cambiamento che l'azienda sta perseguendo si può sintetizzare in tre operazioni organizzative.

La prima è la trasformazione dei servizi di supporto in risorsa per i processi di lavoro finalizzati a garantire una offerta di qualità rispetto al *core business* aziendale. Soprattutto alcune funzioni quali il personale, il controllo di gestione, lo sviluppo delle persone, il provveditorato sono sollecitate a misurarsi con il quotidiano e proporsi per la soluzione dei problemi. Ciò che serve al *management*, soprattutto ai livelli intermedi, è la garanzia di riferimenti precisi e affidabili. Accanto al tentativo difficile, ma necessario, di potenziare le funzioni di *staff* e di supporto, la strada che si sta intraprendendo è quella delle reti di competenze che sono risorsa a tutti i livelli dell'organizzazione. Alcuni esempi sono la rete dei competenti della formazione, la rete dei competenti EBM, la rete dei competenti per la promozione della salute ecc. Non sempre questo deve avvenire in modo formale per evitare processi di delega dal basso e dall'alto con effetti disastrosi sul sistema azienda.

La seconda è la pratica della responsabilità attraverso la sollecitazione su due temi fondamentali, quello del governo del capitale umano e quello della «responsabilità» sociale. Sul capitale umano i punti di attenzione sono sul monitoraggio delle competenze disponibili e attese dall'azienda, attraverso la valutazione, la formazione per lo sviluppo individuale, la valo-

rizzazione delle competenze distintive. Questa è probabilmente l'unica competenza che si dovrà presidiare per il management intermedio. Sul secondo aspetto, quello della responsabilità sociale, gli elementi messi in campo attengono progetti specifici (debuocratizzazione, dimissione protette, percorsi di cura, valutazioni di appropriatezza, attenzione alla soddisfazione dei cittadini, percorsi di promozione della salute...) sui quali non si può procedere per *routine* e il «si è sempre fatto così». L'accreditamento come forma di garanzia per i cittadini è una tecnologia utile. Ma c'è anche un confronto diffuso sui temi della programmazione che sempre più si addentrano nei sistemi di alleanza e di co-progettualità che alla fine costringono a fare i conti con le dimensioni sociali del progetto di salute cui, ai vari livelli contribuiscono tutti.

L'ultima è la ridefinizione dei sistemi tradizionali di amministrazione. La *leadership* aziendale ridisegna *mission*, *vision* e strategie e apre il confronto con la convinzione che i livelli di pianificazione sono sostituiti dal governo della complessità e quindi dell'emergenza. Si fa fatica ad accettare di dover fare i conti con l'emergenza, ma è fondamentale per sfruttare, attraverso la responsabilità a tutti i livelli, le conoscenze critiche disponibili potendo contare sul coinvolgimento emotivo, risultato di un patto preciso e trasparente dove ognuno si misura consapevole del dare ed avere. Reti di competenze piuttosto che strutture dovranno guidare l'agire organizzativo. Su questo si potrà sviluppare un percorso formativo che ha alla base l'apprendere ad apprendere, lo sviluppo dell'intelligenza emotiva, la capacità di governare e governarsi nell'incertezza; incertezza del contesto, delle relazioni, delle reazioni, delle ragioni dell'agire professionale e organizzativo. Non è facile, una proposta in tal

senso offerta ai direttori di dipartimento ospedaliero è fallita, rifiutata perché probabilmente poco ancorata alla pratica, ma soprattutto perché sollecitava un diverso modo di governare la complessità organizzativa.

## 8. Poche considerazioni conclusive

Le riflessioni appena proposte poco si prestano, evidentemente, a conclusioni «forti e strutturate». Si propongono invece tre sintetiche considerazioni che discendono dal quadro complessivo fin qui disegnato e rappresentano altrettante sfide con le quali l'azienda di Reggio Emilia ha cominciato a misurarsi. Si tratta di problematiche tanto semplici da porsi e definirsi quanto complesse e ostiche quando devono essere concretamente affrontate, ma nel complesso decisive per lo sviluppo delle aziende sanitarie pubbliche.

La prima sfida consiste nel riuscire a creare le condizioni perché tutti facciano ciò che sanno fare e, conseguentemente, definire percorsi di sviluppo che riconoscano le differenze. Un passo fondamentale in tale direzione è una più chiara definizione dell'area di governo aziendale cui deve corrispondere una primaria responsabilità della funzione manageriale. Parallelamente è necessario allargare lo spazio organizzativo disponibile per esercitare responsabilità di tipo tecnico-professionale, a partire dalla questione dei livelli retributivi e degli sviluppi di carriera.

Il secondo impegno è quello di sviluppare un patto trasparente per tutti i livelli dell'organizzazione nei diversi ambiti di relazione. La chiarezza nelle relazioni, e soprattutto nella struttura «contributi attesi/ricompense offerte», rappresenta una precondizione per superare logiche difensive (che inevitabilmente generano giochi a somma minore di zero) e innescare

circoli virtuosi. Realizzare un ragionevole grado di trasparenza e chiarezza nelle relazioni intra-organizzative si sta dimostrando un obiettivo particolarmente impegnativo, considerate anche le rilevanti opacità che spesso caratterizzano i rapporti azienda-ambiente (si pensi, ad esempio, al tema delle risorse economiche e finanziarie). Si tratta, da questo punto di vista, per l'azienda e il suo gruppo dirigente di riuscire ad assorbire le incertezze e ambiguità generate nei rapporti con l'esterno per produrre all'interno un ambiente relativamente stabile e impregnato di fiducia reciproca.

Bisogna, infine, pensare ai *manager* del futuro. Nelle scelte dell'oggi è probabile che i condizionamenti siano molto forti, ma ogni organizzazione deve poter pensarsi proiettata nel futuro e interrogarsi su quale sarà la nuova classe dirigente. Ciò è ancora più rilevante se si considera lo spazio aperto di una organizzazione come l'Ausl che vive nella tensione tra dimensione professionale e dimensione gestionale. I ritorni degli investimenti organizzativi vanno, in questa prospettiva, considerati in un orizzonte temporale sufficientemente esteso, in quanto talvolta nuovi ruoli e regole implicano necessariamente nuove persone. Se il

ricambio generazionale è governato da ritmi e tempi propri, ciò non rende meno pressante l'esigenza di incubare il domani in un oggi differente.

---

(1) In *BMJ* (n. 326 del 2003) il tema è stato affrontato in modo approfondito. In Italia il dibattito è stato ripreso dall'organo informativo dell'Anaa Assomed, nei supplementi «Management medico» n. 2-3 del 2003 (cfr. [www.anaao.it](http://www.anaao.it)).

(2) Su questi aspetti si può avere approfondimento in una ricerca, la cui sintesi è pubblicata nel n. 197 del 2003 di *Sviluppo e organizzazione*, a cura di G. Cepollaro, A. Foritana, T. Pievani, G. Varchetta con il titolo eloquente «Tradimenti e flessibilità di sistema».

# I COMITATI DI ETICA NELLE AZIENDE SANITARIE: I RISULTATI DI UNA INDAGINE

Dario La Fauci

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il quadro normativo di riferimento - 3. L'indagine sui Comitati etici ed il questionario.

## 1. Introduzione

Il tumultuoso sviluppo delle scienze biomediche e della ricerca scientifica, unito al moltiplicarsi delle possibilità di intervento messe concretamente a disposizione degli individui da parte dei diversi sistemi sanitari, pongono sempre più spesso e a tutti i livelli, interrogativi sui fondamenti ultimi di giudizi, scelte e comportamenti. Questi non possono prescindere da un universo di valori individuali e collettivi la cui ricomposizione nel concreto funzionamento delle organizzazioni, e di quelle pubbliche in particolare, è complessa e articolata. Così, insieme ad un'intensificarsi dei dibattiti e delle riflessioni sull'etica, sono sorti e si sono diffusi i Comitati di Etica (C.d.E.), come tentativo per una risposta strutturata e scientificamente completa ad alcune delle domande e delle nuove sfide nel campo della medicina e della ricerca scientifica.

Creati come organismi indipendenti all'interno di strutture sanitarie, i C.d.E. si propongono di promuovere e supportare la riflessione etica in coloro che, occupandosi del trattamento di problematiche riguardanti la malattia e la ricerca, si imbattono in interrogativi delicati e complessi. Per raggiungere questo obiettivo si è reso necessario il coinvolgimento di varie figure

professionali, non solo mediche o paramediche, ma anche giuristi, esperti di diritto, filosofi, moralisti, esperti in deontologia e psicologia; tale varietà di figure si giustifica nella ricerca di un dialogo interdisciplinare in cui le diverse competenze convergono verso un «bene» integrale ed autentico, con lo scopo di tutelare, sempre e comunque, la salute dell'uomo.

L'esigenza alla base dell'istituzione di un C.d.E. può essere riconducibile all'affermazione secondo cui «la salute, che è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non soltanto l'assenza della malattia e dell'infermità, è un fondamentale diritto umano e che il conseguimento del più alto livello sanitario possibile rappresenta un importantissimo traguardo sociale sul piano mondiale, la cui realizzazione esige l'intervento dei settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario» (1). La salute rappresenta un *fondamentale diritto umano* e deve essere conseguita; ma questo esige attenzione, prudenza, tutela e rispetto dinnanzi ai progressi della scienza e delle biotecnologie che, se non correttamente indirizzati, possono essere lesivi della dignità e dell'integrità dell'individuo. Proprio per l'urgenza e le implicazioni di carattere antropologico, psicologico, medico e re-

ligioso che le contraddistinguono, molteplici sono, infatti, le questioni che richiedono la presenza e l'intervento dei C.d.E.; basti pensare alle tecniche di procreazione assistita, alla terapia genetica, alla medicina predittiva, alla sperimentazione farmacologica sull'uomo e sugli animali, alla questione del consenso informato del paziente, ai criteri di priorità nei trapianti di organi ed alla tutela del donatore.

Tracciando un breve percorso storico dei C.d.E. da un punto di vista clinico, una delle prime esperienze significative nella storia si fa risalire al 1976, quando nel New Jersey, i genitori di Karen Ann Quinlan, caduta in coma profondo, chiesero che la figlia fosse staccata dal respiratore artificiale. In quel caso, la Corte Suprema invitò a consultare il C.d.E. presente nell'ospedale; questo diede, in realtà, una valutazione più di tipo prognostico che etico, ma il fatto di essere ricorsi al consulto di un nuovo organismo ne legittimò l'esistenza.

Riguardo, invece, al campo sperimentale-farmacologico, già dal 1964, l'Associazione medica mondiale (Dichiarazione sulle ricerche biomediche di Helsinki) così raccomandava: «Il progetto e l'esecuzione di ogni fase della sperimentazione riguardante

l'uomo, debbono essere chiaramente definiti in un protocollo sperimentale che deve essere sottoposto ad un comitato indipendente nominato appositamente per tale scopo, per pareri e per consigli» (n. 2). E ancora: «Il protocollo della ricerca dovrà sempre contenere una dichiarazione sulle considerazioni etiche implicate in questa ricerca e dovrà indicare che i principi esposti nella presente dichiarazione sono rispettati» (n. 12).

Intenso è stato il processo di maturazione che ha portato al passaggio dalla consapevolezza bioetica, cioè dalla percezione di una problematica suscettibile di uno studio sistematico, alla costituzione dei primi C.d.E.; durante gli anni '80, così come avvenne negli U.S.A., in Europa se ne verifica una vera e propria fioritura.

## 2. Il quadro normativo di riferimento

Anche in Italia, nel corso degli anni, i C.d.E. hanno cominciato a fare capolino un po' su tutto il territorio nazionale sotto una spinta iniziale legata alla sensibilità dei singoli o a desideri volontaristici, con tracce non sempre predefinite e con obiettivi, regolamenti e composizioni tra loro variegate.

È così che, nel febbraio del 1992, il Comitato nazionale per la Bioetica (C.N.B.) pubblica un primo documento dal titolo «I Comitati Etici», che rappresenta e definisce i capisaldi sui quali poggiano le basi dell'attuale impalcatura normativa. Infatti, il decreto ministeriale del 18 marzo 1998 stabilisce chiaramente le linee guida di riferimento per l'istituzione ed il funzionamento dei C.d.E., poi riprese ed adattate agli standard europei dal decreto legge 211 del 2003 entrato in vigore nel gennaio 2004.

Ai sensi del suddetto decreto, il C.d.E. è un organismo singolo e indipendente, costituito presso una strut-

tura sanitaria o Irccs e la sua composizione si basa su criteri di interdisciplinarietà e come riferimento principale riguardo alle valutazioni di natura prettamente etica fa affidamento alla Dichiarazione di Helsinki e alle raccomandazioni espresse dal C.N.B. Riguardo, invece, alla sperimentazione clinica dei farmaci e alle connesse valutazioni scientifico/metodologiche delle ricerche, la legge pone come riferimento le più recenti norme di *Good Clinical Practice* e la vasta biografia esistente sull'argomento.

Riguardo all'istituzione e la composizione dei C.d.E., tra le figure stabilite dal decreto vi sono: due clinici, un biostatistico, un farmacologo, un giurista, un farmacista, un Direttore sanitario (*ex-officio*) e, nel caso di un Irccs, anche un Direttore scientifico (*ex-officio*). Il C.d.E. può avvalersi di altre figure convocate sulla base di competenze varie, quali: medicina generale, bioetica, discipline infermieristiche, volontariato per l'assistenza e/o associazionismo a tutela dei pazienti. I componenti del C.d.E., restano in carica 3 anni con una sola possibilità di rinnovo, eccezione fatta per i componenti *ex-officio*.

Riguardo, invece, alle funzioni svolte dai C.d.E., il decreto di riferimento pone molta enfasi su questioni come la *valutazione delle sperimentazioni cliniche dei farmaci*. Inoltre, in tale ambito il C.d.E. verifica l'applicabilità alla sperimentazione proposta e la sua ratio, l'adeguatezza del protocollo, con riferimento agli obiettivi, al disegno, alla conduzione ed alla valutazione dei risultati nonché la competenza e l'idoneità dei ricercatori e di tutte le persone coinvolte nella sperimentazione. Altra funzione importante di un C.d.E. è la valutazione degli aspetti etici della sperimentazione, con particolare attenzione al Consenso Informato ed all'eventuale uso di placebo.

Riguardo al *Consenso Informato*, la normativa stabilisce che questo venga esplicitato in appositi moduli predisposti a cura della struttura interessata mediante l'utilizzo di termini chiari e comprensibili e con l'indicazione del responsabile medico della ricerca. Questa modalità rappresenta comunque solo una forma di tutela imperfetta del soggetto, in quanto non è garanzia assoluta di eticità e non esime il comitato della necessità di una valutazione globale della sperimentazione.

Riguardo alle procedure di funzionamento interno, il D.M. del 18 marzo 1998, stabilisce che il comitato elegga un Presidente esterno e non dipendente dalla struttura presso cui il C.d.E. opera, al fine di renderne manifesta l'assoluta imparzialità.

Il C.d.E. adotta un regolamento che prevede tutti gli aspetti del funzionamento proprio e dell'Ufficio di Segreteria, con attenzione ai tempi ed alle modalità di convocazione delle riunioni con intervalli di regola non superiori ad un mese, alla designazione dei relatori, ai criteri adottati per la valutazione dei risultati, alla verbalizzazione delle attività, alle procedure di decadimento o dimissioni dei componenti, alle modalità di presentazione della documentazione.

## 3. L'indagine sui Comitati etici ed il questionario

Per meglio comprendere la situazione attuale dei C.d.E., è stata svolta un'indagine basata sulla somministrazione di un questionario di 17 domande ad un campione esplorativo composto da 33 soggetti scelti tra Aziende ospedaliere, Asl, Irccs, Policlinici universitari e Case di cura distribuiti sul territorio nazionale, con una composizione differenziata per tipologia. Preliminarmente alla predisposizione dei questionari, si sono svolte delle interviste dirette ai Presidenti di C.d.E.

presso tre Irccs rispettivamente di Milano, Roma e di Trieste. Dei 33 questionari spediti ne sono tornati, correttamente compilati 29.

La tabella 1 presenta un quadro degli Condizioni generali in cui si trovano i C.d.E. contattati a seguito dell'indagine.

Osservando i dati si nota che il 79,3% dei soggetti raggiunti dal questionario è dotato di un proprio C.d.E.; qualche comitato è in fase di costituzione e, nel caso di ospedali di piccole dimensioni, si fa riferimento a C.d.E. appartenenti all'Asl di zona o istituiti presso Università o Policlinici Universitari. Anche riguardo alla presenza di un regolamento interno e dello svolgimento della riunione mensile, l'attuale situazione sembra rispettare i dettami derivanti dalle attuali disposizioni normative.

La tabella 2 contiene, invece, i dati relativi al numero di incontri necessari alla discussione di un caso.

Dall'analisi dei questionari si evince che la metà dei C.d.E. contattati, ad eccezione di un caso singolo, che ne necessita di tre, hanno dichiarato la sufficienza di uno o di al massimo due incontri per la formulazione di un giudizio di notorietà o per la discussione e di un caso ad essi presentato. Nessun C.d.E. necessita di un numero di incontri superiore a tre.

Trattando la tematica dell'interdisciplinarietà, si è resa necessaria la verifica di quanti C.d.E. avessero inserito nella propria composizione la figura di un sacerdote in qualità di ministro del culto.

Ai sensi delle disposizioni normative in materia di C.d.E. nulla viene disposto circa la presenza o meno al loro interno di figure religiose. Pertanto ogni comitato viene lasciato libero di includere nella propria composizione anche esponenti di un credo religioso, sacerdoti o suore in qualità di ministri del culto o di esperti in materie quali la

bioetica. I dati presenti nella tabella 3 sono esplicativi delle differenze tra i C.d.E. e della complessità di valori ed esigenze in cui questi si trovano fattivamente ad operare e decidere. In 9 casi del campione (vedi tabella 3) viene inclusa nella composizione del C.d.E. la figura di un sacerdote in quanto ministro del culto; questa scelta può essere, in gran parte, riconducibile all'indirizzo morale della struttura ospedaliera che risale alla volontà del fondatore o alla gestione effettuata da parte di congregazioni religiose. 2 C.d.E., manifestando interesse ed attenzione verso le sensibilità religiose, hanno comunque riservato un posto ad esponenti, anche laici, di un credo religioso ai fini di un dialogo il più completo possibile e rispettoso di tutte le esigenze e valori. 10 C.d.E. non hanno previsto nella propria composizione figure di questo tipo. Altri 2 casi del campione hanno invece dichiarato di riservare un posto a sacerdoti ma in qualità di esperti in materia di bioetica per fornire un sostegno ulteriore e scientificamente più completo al dialogo ed alla riflessione all'interno del C.d.E.

Riguardo invece all'attività del C.d.E., è la normativa stessa che ne prevede gli ambiti di intervento e di interesse.

La tabella 4 dimostra che gran parte del loro lavoro riguarda le Autorizzazioni in merito alle sperimentazioni cliniche sui farmaci; numerose, infatti, sono le richieste di emissione di quello che, fino a poco tempo fa, era il Giudizio di Notorietà sui farmaci, ora eliminato definitivamente dal vigente decreto legge 211/03. Il 52% ha, invece, dichiarato di svolgere un ruolo consultivo fornendo pareri su terapie ed assistenza sanitaria rivolti dal personale interno ed aventi, per oggetto, singoli casi o modalità di assistenza terapeutica e clinica più generalizzate. Un'interessante percentuale del cam-

pione, corrispondente al 43%, si interessa di ricerca biomedica che negli ultimissimi anni ha costituito un argomento di attenzione ma anche di forte contrasto a seguito delle evoluzioni recenti nel campo scientifico e di possibilità di intervento rivoluzionarie ri-

**Tabella 1 - Condizioni generali**

A.s.l., I.r.c.c.s., Case di cura, Policlinici universitari con un C.d.E. al proprio interno	79,3%
Presenza di un Regolamento interno	90%
Svolgimento della riunione mensile	100%

**Tabella 2 - Numero di incontri necessari alla discussione di un caso**

Un incontro necessario	16 C.d.E.
Due incontri necessari	15 C.d.E.
Tre incontri necessari	1 C.d.E.
Oltre i tre incontri	Nessuno

**Tabella 3 - Presenza di una figura religiosa nella composizione del C.d.E.**

C.d.E. con ministro del culto	9
Eventualmente solo esponenti della cultura religiosa	2
C.d.E. senza ministro del culto	10
C.d.E. con ministro del culto, ma solo in qualità di bioeticista	2

**Tabella 4 - Attività svolta nell'ultimo anno e ruolo del C.d.E. percepito**

Autorizzazioni alle sperimentazioni cliniche sui farmaci	95%
Pareri in merito a terapie ed assistenza sanitaria	52%
Valutazioni in termini di ricerca biomedica	43%
Altro	30%
C.d.E. come mediatore tra valori etici e personale medico e paramedico	47%

spetto al passato. Il 30% dei C.d.E. contattati ha dichiarato di effettuare altre attività e compiti diversi in relazione al tipo di specializzazione dell'ospedale presso cui si trova il comitato; in particolare, si fa riferimento al rapporto medico-paziente, alla tutela della maternità e dell'infanzia, alla genetica umana, alla farmacogenetica, a pareri in merito alle tecniche chirurgiche, alle sperimentazioni di dispositivi medici, a studi osservazionali statistici ed epidemiologici (tramite questionari proposti dal Servizio di epidemiologia che riguardano, per esempio, la qualità della vita) e a quesiti da parte del personale non direttamente attinenti all'assistenza.

Risulta chiaro che il C.d.E non viene percepito solo come un mero esecutore di pratiche autorizzative o come prestatore di servizi di supporto concreto all'attività medica e della ricerca scientifica; nonostante queste abbiano svolto un ruolo abbastanza inclusivo nell'attività svolta dal C.d.E., come anche dimostrano i dati percentuali riportati nella tabella 4, quasi la metà del campione, corrispondente al 47, ne conferma il ruolo di mediatore tra cultura o sensibilità etica e svolgimento della professione da parte dei medici e del personale medico, paramedico e amministrativo.

Si riassume sinteticamente nella figura 1 quelle che sono state le questioni e gli argomenti dibattuti dal C.d.E. nel corso dell'attività dell'ultimo anno.

La percentuale più alta riguarda il trattamento dei malati terminali e le cure palliative, pari al 48%; il 30% ha invece dichiarato di avere trattato tematiche riguardanti problematiche relative al trattamento di patologie psichiatriche. Molteplici sono gli argomenti segnalati dalle Aziende ospedaliere campione sotto la voce «altro»: si va dalle questioni riguardanti la terapia del dolore, la valutazione su stu-

di non farmacologici e la tutela della privacy, la trasparenza e l'indipendenza scientifica della ricerca clinica e della sanità pubblica, alle terapie farmacologiche, gli studi osservazionali e le sperimentazioni di dispositivi medici, interventi inerenti l'inversione del sesso e le problematiche circa l'utilizzo del sangue.

I C.d.E. svolgono, inoltre, funzioni di tipo consultivo e offrono un supporto decisionale a coloro i quali si rivolgono per ottenere l'emissione di giudizi, pareri o autorizzazioni.

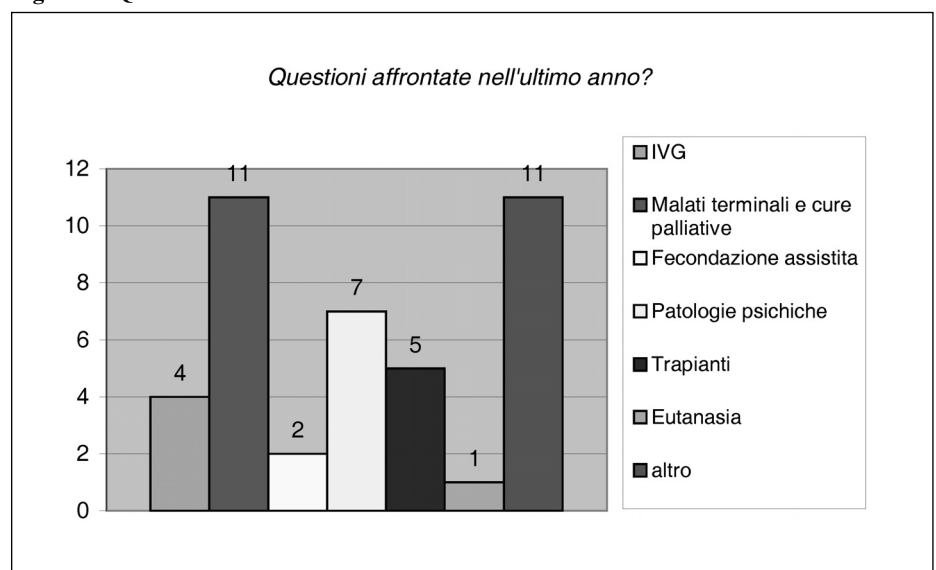
Sono state soprattutto le Case farmaceutiche a rivolgersi ai C.d.E.; infatti, come si evince dai dati riportati nella tabella 5, gran parte dell'attenzione di ogni C.d.E., è stata rivolta alla sperimentazione dei farmaci ed all'emissione del giudizio di notorietà. Il 39% del campione ha dichiarato di essere stato contattato da soggetti esterni alla struttura ospedaliera di riferimento, come Irccs o Policlinici universitari. Anche le Unità operative interne ed il Personale interno costituiscono per il C.d.E. un notevole stimolo all'attività consultiva; è questo un elemento di notevole interesse in

quanto avvalorata la funzione di supporto all'operato medico e sanitario ai fini di una scelta globalmente ottima e di un incremento qualitativo nella gestione della struttura. Qualche componente dei comitati contattati, sia personalmente che tramite questionario, lamentava l'esiguità dei pareri, riguardo gli aspetti etici della pratica clinica, richiesti rispetto a quelli realmente necessari per un corretto svolgimento etico dell'attività medica e gestionale-operativa. Il 43% ha menzionato molteplici associazioni che hanno fatto riferimento al comitato per finalità che spaziano dal campo della ricerca medica per fini benefici legati alla solidarietà, a ricerche specifiche di settore; tra le associazioni: Telethon,

**Tabella 5 - Soggetti che si sono rivolti al C.d.E.**

Case e ditte farmaceutiche	100%
Altri soggetti esterni	39%
Unità operative interne	78%
Personale interno	69%
Associazioni varie	43%

**Figura 1 - Questioni affrontate nell'ultimo anno dal C.d.E.**



A.O.G.O.I., Associazione medicina generale, G.O.I.R.C., G.I.S.C.A.D., Istituto europeo di oncologia, Intergruppo melanoma italiano e I.S.S.

Trattando invece la tematica della formazione bioetica, dell'aggiornamento e dell'informazione di chi è preposto alla ricerca, bisogna puntualizzare che è il D.M. del 13 marzo 1998 che ne stabilisce la necessità.

Da quanto emerge dai dati percentuali presenti nella tabella 6, il 52% dei comitati interpellati ha risposto positivamente, confermando l'adesione al decreto che gli attribuisce anche compiti di formazione e sensibilizzazione in materie e questioni bioetiche. In qualche caso, la partecipazione ad eventuali convegni o seminari formativi o per l'organizzazione di incontri indirizzati sia al personale interno che esterno alla struttura ospedaliera, è legata alla disponibilità di fondi e risorse economiche a disposizione del C.d.E.

Proprio per la complessità dell'attività e la delicatezza degli argomenti trattati dai C.d.E., si necessita spesso di una pluralità di competenze e della collaborazione materiale ed intellettuale di organismi appartenenti ad altre strutture ospedaliere o universitarie.

Come emerge dai dati presenti nella tabella 7, un considerevole numero di comitati raggiunti attraverso il questionario ha, infatti, risposto positivamente, dichiarando l'appartenenza a federazioni quali, per esempio, F.Na.C.E (Federazione nazionale dei comitati di etica) o forme di collegamento tramite un *network* telematico esistente e gestito dal Ministero della salute, che raccoglie con precisione tutti i comitati accreditati specificandone la composizione e l'attività da essi svolta. Il 65% dei comitati ha risposto positivamente riguardo l'auspicabilità di un riferimento presso il C.N.B. o l'Ordine dei medici o l'Isti-

tuto superiore di sanità; una così alta percentuale è comprensibile alla luce dell'attività svolta dallo stesso comitato e della gravosità delle responsabilità a cui si sottopone a seguito dell'autorizzazione ad una specifica sperimentazione o dell'emissione di un parere. Solo una percentuale minore, pari al 30% riguarda coloro i quali espressamente richiedono una maggiore autonomia ed indipendenza nell'effettuazione delle scelte. Una percentuale pari al 13% ha negato qualsiasi forma di contatto.

Non tutti i Comitati etici dispongono autonomamente della possibilità di gestire dei fondi: questo infatti potrebbe apparire come un elemento di contrasto tra quella definizione di organismo indipendente, in termini soprattutto decisionali, prevista dal decreto di riferimento.

Nonostante il 70%, resta sempre un discreto margine del campione, corrispondente al 30%, che non presenta potere alcuno nella gestione di fondi. Nel lungo periodo, questa condizione può generare instabilità e malumori interni che si ripercuotono globalmente sul comitato, arrivando generando nel lungo periodo situazioni che, in qualche caso, tendono ad immobilizzare o rendere impossibili progetti riguardanti la crescita professionale od anche la formazione dei membri attraverso l'organizzazione e la partecipazione a corsi di aggiornamento, convegni e *master*.

Nonostante la parola «etica» sia stata ben recepita dall'opinione pubblica, dalle disposizioni legislative e dalla disciplina aziendale, in ambito sanitario, ci sono ancora ampi margini di riflessione, condizioni più favorevoli rispetto al passato e potenzialità che meriterebbero essere messe a frutto. Dai risultati dell'indagine effettuata, emerge una volontà di lavorare con impegno ed efficienza nel vasto campo della bioetica, dell'assistenza clini-

ca, della ricerca biomedica e delle sperimentazioni in ambito farmaceutico. Il campo potenziale di intervento dei Comitati risulta effettivamente ampio, soprattutto se il ruolo viene interpretato in maniera proattiva, teso a sensibilizzare gli operatori sui temi etici. A fronte di una volontà positiva e di ampie potenzialità, emerge però dalla nostra indagine preliminare un rischio concreto di burocratizzazione, esemplificata nel peso predominante dei processi di autorizzazione alle sperimentazioni.

(1) Organizzazione mondiale della salute, Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza sanitaria primaria, settembre 1978.

**Tabella 6 - Formazione e aggiornamento di chi è preposto alla ricerca**

Partecipazione a momenti formativi	52%
Nessuna partecipazione a momenti formativi	48%

**Tabella 7 - Rapporti e collaborazioni con enti e organismi esterni**

C.d.E. accreditati a <i>network</i> del Ministero della salute	69%
C.d.E. favorevoli a contatti con C.N.B., I.S.S. o Ordine dei medici	65%
Nessuna forma di contatto	13%
C.d.E. favorevoli a maggiore indipendenza e autonomia	30%

**Tabella 8 - Possibilità di disporre autonomamente di fondi**

C.d.E. che dispongono autonomamente di fondi	70%
C.d.E. che non dispongono autonomamente di fondi	30%

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.



**Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: rinnovo dell'abbonamento a prezzo bloccato a **RAGIUSAN + RAGIUSAN CLICK**.

Egregio lettore,

la sua esperienza operativa nell'ambito del mondo della sanità La pone, pressoché ogni giorno, a confronto con problematiche di natura giuridica, amministrativa, organizzativa e tecnico-funzionale, in rapporto alle quali è indispensabile poter disporre di un adeguato background di notizie comparate nel quadro normativo di riferimento e di informazioni attendibili sui vari fattori che a livello politico-amministrativo, giurisdizionale e dottrinale concorrono a determinare l'evoluzione del sistema.

La rivista **Ragiusan**, Rassegna giuridica della sanità, svolge come Ella sa, in tale campo, da anni, una funzione leader.

**Ragiusan**, in oltre 20 anni di vita, ha saputo imporsi come strumento autorevole di approfondimento giuridico-amministrativo, per tutti coloro che operano nel mondo della sanità.

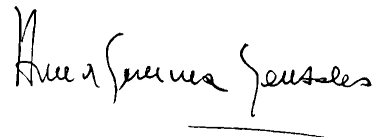
In più, **Ragiusan** si è dotata del supporto informatico **Ragiusan click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni Le hanno convinta ad essere già abbonata a **Ragiusan** o La convinceranno a diventarlo; mi auguro che sottoscriva subito l'abbonamento per il 2005 a **Ragiusan**, per sé e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante, non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, gennaio 2005

## ABBONAMENTO RAGIUSAN 2005

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. .... abbonamenti a **RAGIUSAN cartaceo** al prezzo di € 690,00;
- n. .... abbonamenti a **RAGIUSAN cartaceo + RAGIUSAN click** al prezzo complessivo di € 1.040,00;
- n. .... abbonamenti a **RAGIUSAN click** al prezzo di € 1.095,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **Ragiusan**).

● 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

..... lì .....

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

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

# CENTRALI DI ACQUISTO, SERVIZI IN RETE ED «AREE VASTE». UNA PRIMA VALUTAZIONE DELLE ESPERIENZE IN ATTO

Marco Meneguzzo<sup>1</sup>, Lucia Roncetti<sup>2</sup>, Angelo Giovanni Rossi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Economia e gestione delle aziende ammin. pubbliche - Università Roma Tor Vergata

<sup>2</sup> Centrale interaziendale approvvigionamento ASL Area vasta Bologna Ferrara

<sup>3</sup> Consorzio dell'Area vasta centro s. c. a r. l. - Regione Toscana

SOMMARIO: 1. Acquisti di gruppo e centri servizi amministrativi; i primi risultati del *grip back* regionale - 2. Il coordinamento degli acquisti in Emilia-Romagna: l'esperienza della Centrale interaziendale approvvigionamento - 3. I Consorzi di area vasta in Regione Toscana; strategia, linee di intervento e modello organizzativo dell'area vasta Centro Toscana - 4. Dai Consorzi di area vasta ai *network* intelligenti sulle politiche di approvvigionamento ed ai servizi per i clienti interni - 5. Un quadro di confronto sui risultati delle esperienze analizzate.

## 1. Acquisti di gruppo e centri servizi amministrativi; i primi risultati del *grip back* regionale

Il Servizio sanitario nazionale si sta sempre più caratterizzando per la presenza di due tendenze divergenti, che vedono contrapposte federalismo sanitario ed affermazione della piena autonomia regionale, a cui si affiancano interventi delle Regioni, finalizzati alla riprogettazione dei propri sistemi sanitari regionali ed alla riduzione della autonomia delle aziende sanitarie ed ospedaliere (il fenomeno del *grip back*) (Cuccurullo, Meneguzzo, 2003).

Perno delle politiche di ricentralizzazione sono stati, negli ultimi anni, gli interventi di riconfigurazione degli assetti istituzionali ed organizzativi delle aziende sanitarie, di cui i principali sono ricordati nella tabella 1.

Tra i principali interventi va innanzitutto ricordata la ricerca di economie di scala nella funzione di approvvigionamento, attraverso acquisti centralizzati e creazione di portali di *e-procurement* a livello regionale, strettamente collegati con le politiche di acquisto *on line* a livello nazionale.

Altre politiche attivate dalle Regioni hanno interessato funzioni di supporto, quali amministrazione e conta-

bilità, gestione finanziaria e politiche di investimento, programmazione e controllo delle attività (ad esempio, i progetti regionali sul controllo di gestione di Lombardia, Calabria, Marche, Abruzzo), logistica e gestione degli spazi, trasporti interni e comunicazioni, manutenzione immobiliare, tecnologica ed impiantistica, sempre più viste in una ottica di consorzi/reti interaziendali/aree vaste.

Per molti di questi interventi le Regioni promotrici hanno recentemente proceduto ad una prima valutazione dei risultati, in alcuni casi di intesa con il livello centrale (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Ministero della salute), che attraverso lo strumento delle sperimentazioni gestionali, ha co-progettato e co-finanziato gli interventi stessi.

Tabella 1 - Alcuni esempi di riorganizzazione della rete di offerta pubblica a livello regionale

- Cooperazione/collaborazione tra Aziende ospedaliere città di Milano ('98-'01) (sperimentazione nazionale)
- Reti sanitarie Piemonte (reti sanitarie oncologia, trapianti, trauma center)
- Area vasta per servizi logistici, alberghieri ed amministrativi (Regione Toscana)
- Fusione tra 3 ASL della Provincia di Bologna e creazione Centrale interaziendale acquisti
- Azienda sanitaria unica regionale Regione Marche (2003)
- Aree vaste Regione Emilia-Romagna (2004)

L'articolo riprende ed integra il contributo presentato dagli autori nel Rapporto CEIS sanità Facoltà di Economia Università Roma Tor Vergata del 2004 dal titolo «Ricentralizzazione delle Regioni (*grip back*) ed aziende sanitarie: centrali di acquisto e servizi in rete». In particolare il § 2 è da attribuire a L. Roncetti mentre il § 3 ad A.G. Rossi; i §§ 1, 4 e 5 sono stati scritti da M. Meneguzzo.

Ad oggi, manca una valutazione sistematica a livello nazionale sui risultati conseguiti nelle più significative esperienze regionali di acquisti centralizzati; si è quindi deciso in questo articolo di effettuare un primo confronto sulle performance delle esperienze della Emilia-Romagna e della Toscana, comparando l'esperienza della CIA — area metropolitana — con due Consorzi di area vasta (Centro e Nord) della Regione Toscana.

Come mostra la figura 1, vi è una terza importante esperienza, quella delle Marche che hanno proceduto alla creazione della Azienda sanitaria unica regionale; non è ancora possibile esprimere una valutazione sui risultati dell'ASUR, operativa da marzo 2003 finora concentrata su alcuni progetti, riconducibili alle azioni strategiche, individuate nel documento programmatico Cantieri ASUR.

Tra queste va evidenziata l'azione Approvvigionamenti, appalti ed investimenti che prevede tra i diversi progetti, «l'attivazione di esperienze di acquisto sovrazonale, seguendo una logica di rete e di specializzazione delle competenze nel rispetto e nella salvaguardia dei mercati locali» e «la sperimentazione di acquisti sovrazonali in aree quali quella del farmaco».

Va ricordato, a questo proposito, che ASUR sta procedendo a gare regionali ed ha già drasticamente ridotto il numero delle gare (da 300 nel 2003 a 60 per il 2004) conseguendo un risparmio sulle spese di promozione pari a 1 milione di € e risparmi stimati sugli acquisti per 2 milioni di € (Sole 24 ore sanità, ottobre 2004).

I casi regionali che verranno esaminati e messi a confronto si differenziano quanto a periodo di attivazione, ruolo di ricentralizzazione svolto dalla Regione, modalità di cooperazione interaziendale, aree di attività svolte.

La Centrale interaziendale di Bologna, attivata nel 2000, su base di ac-

cordi di cooperazione volontaria tra le aziende sanitarie ed ospedaliere dell'area metropolitana di Bologna (ed ora estese a Ferrara), si è sviluppata in un contesto caratterizzato da un intervento regionale fondato sulla emanazione di linee di indirizzo e sulla attivazione di momenti di confronto tra le tre aree vaste della Regione, sul tema dei possibili modelli di approvvigionamento centralizzato.

L'esperienza della CIA potrebbe diventare possibile riferimento per le altre aree vaste regionali (Emilia occidentale Nord, area Bologna Ferrara, Romagna) che, sempre su logica di rete volontaria, stanno valutando modalità di centralizzazione degli acquisti e della logistica, attraverso formule istituzionali rappresentate del Consorzio, dell'Associazione o della Azienda capofila (CIA, 2003).

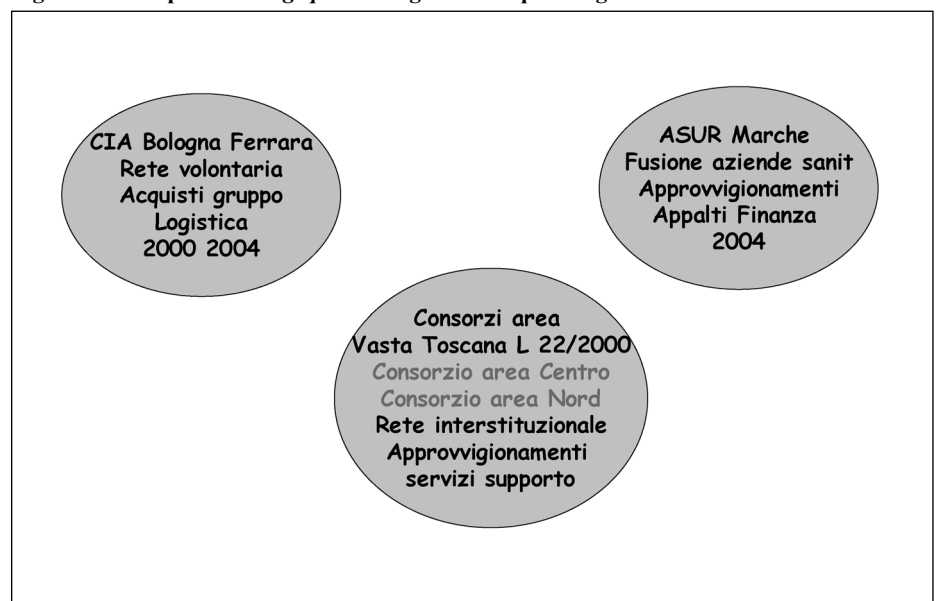
Come sintetizza la figura e come più avanti illustrato, la CIA si concentra su tre aree strategiche di attività; unione d'acquisto, logistica e supporto alla commissione terapeutica metropolitana.

Molto diversa è l'esperienza dei tre Consorzi di area vasta della Regione Toscana; innanzitutto decisivo è stato in questa esperienza il ruolo della Regione, che con la legge 22/2000 ha proceduto ad una ampia ed articolata ridefinizione del Servizio sanitario regionale (battezzata nell'ultimo Piano sanitario come seconda fase della aziendalizzazione) che si collega ad un disegno complessivo, in cui i Consorzi di area vasta sono, insieme alle Aree vaste (con competenze programmatiche e di sviluppo della cooperazione organizzativa) ed alla Società della salute, assi portanti ed impegno prioritario per la verifica degli obiettivi del Piano sanitario regionale.

Il ruolo della Regione è stato poi confermato dalle linee guida del 2002 e dalle successive direttive regionali, finalizzate a rendere operativa la struttura consortile, attraverso la dotazione di personale, ad accrescere le sinergie tra aziende consorziate e Consorzi, a promuovere infine progetti innovativi.

La Regione, in un documento di indirizzo del 2004, ha attribuito ai tre

**Figura 1 - Le esperienze di *grip back* Regionale Acquisti logistica e centri servizi**



Consorzi di area vasta le seguenti priorità:

— il perfezionamento del trasferimento della funzione acquisti (luglio 2004);

— la definizione del progetto complessivo della logistica (luglio 2004);

— il completamento della analisi sulla gestione transitoria di Area Vasta del sistema assicurativo (Responsabilità civile) e la successiva definizione di un progetto regionale per il sistema assicurativo (agosto 2004);

— piano di trasferimento del settore tecnologico (Tecnologie di base e ICT) con predisposizione di una soluzione organizzativa — consortile o interaziendale a guida consortile — (luglio 2004);

— il progetto complessivo del modello di formazione di Area Vasta (agosto 2004);

— il trasferimento formale delle funzioni logistiche e l'avvio di progetto-pilota (settembre 2004);

— l'avvio delle funzioni consortili in ambito tecnologico e la connessa predisposizione di programmi operativi di Area Vasta (dicembre 2004);

— la formulazione di un progetto per il trasferimento delle funzioni relative alla gestione amministrativa del personale, con specifica attenzione alle procedure di reclutamento e alle procedure contabili (dicembre 2004).

La Regione, inoltre, auspica la apertura dei Consorzi a *partner* istituzionali, in primo luogo le Università, che possono e debbono essere coinvolte nei programmi e nei progetti attivati.

L'esperienza toscana si caratterizza, quindi, per un ruolo forte della Regione, per la presenza di reti istituzionali interaziendali e per ambiti di attività ampi.

Nelle linee guida del 2004 vengono richiamate come aree di attività l'Osservatorio prezzi, la logistica, l'ICT, la

formazione, gli affari legali ed il *risk management*.

A questo proposito, si ricorda che le direttive regionali pongono particolare attenzione alla integrazione della *supply chain*: si è deciso di separare le responsabilità della Regione (concentrazione dei pagamenti e predisposizione di strumenti di *e-procurement*) da quelle delle Aziende sanitarie ed i Consorzi, chiamati ad impegnarsi direttamente sulla logistica.

Si prevede, infatti, che funzione logistica e personale dedicato debbano essere trasferiti ai Consorzi di area vasta, mediante la graduale riduzione dei punti di stoccaggio, che saranno accorpati in uno o più punti a livello di area vasta, con gestione preferibilmente pubblica, e la semplificazione delle procedure.

## 2. Il coordinamento degli acquisti in Emilia-Romagna: l'esperienza della Centrale interaziendale approvvigionamento

La Centrale interaziendale approvvigionamento (CIA) è stata costituita tramite convenzione, deliberata nell'estate del 2000 e stipulata fra l'Ausl

Città di Bologna, l'Ausl Bologna Nord, l'Ausl Bologna Sud, l'Ausl di Imola, e l'Azienda ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi.

La scelta di attivare un centro servizio interaziendale è stata adottata in un contesto istituzionale che vedeva, all'epoca, un orientamento diffuso nell'area metropolitana felsinea, allo sviluppo di modalità di cooperazione interaziendale, basate sulla creazione della «azienda sanitaria unica» (si veda Meneguzzo, 2000 e 2004).

Nel novembre del 2002 aderisce alla convenzione l'Irccs Istituti Ortopedici Rizzoli e nel gennaio 2003 si concretizza l'adesione dell'Azienda Usl e dell'Azienda ospedaliera di Ferrara.

La struttura, in *staff* al Collegio dei direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere partecipanti, ha come missione la riorganizzazione degli acquisti dei prodotti di farmacia (farmaci e materiale sanitario) in una logica comune e con modalità innovative ed una verifica del contesto logistico allo scopo di individuare modelli più economici e razionali. Si tratta di un centro servizio di rete di aziende sanitarie, privo di personalità giuridica au-

### Box 1

Recentemente la Regione Emilia-Romagna ha effettuato un deciso salto di qualità nelle scelte strategiche di ricentralizzazione; tra queste vanno ricordate:

- la delibera «programmatica» del 2004 che prevede un rafforzamento ed un consolidamento delle esperienze di area vasta, attraverso la richiesta alle aziende sanitarie di individuare modelli organizzativi funzionali alla gestione dell'intero processo di approvvigionamento sovraziendale (selezione, acquisto, stoccaggio, distribuzione);
- la legge regionale del maggio 2004 sullo «sviluppo regionale della società dell'informazione» che istituisce il sistema regionale di negoziazione telematica per le PA, in cui viene proposto un centro regionale di acquisto per le aziende sanitarie (beni seriali e fungibili). **Agenzia Intercent - ER.**

Va inoltre segnalato che alle aree vaste regionali viene richiesta (delibera 1280/2004):

- la elaborazione di progetti per la realizzazione di magazzini sovraziendali e per la conseguente modalità di distribuzione ai centri utilizzatori;
- l'estensione delle procedure di gara d'area per categorie di prodotti diverse da farmaci e dispositivi medici;
- l'adozione di criteri di equivalenza come principio metodologico per l'acquisizione dei farmaci.

tonoma e molto vicino al modello delle «rete informali».

I principali obiettivi della CIA, in piena sintonia con la missione attribuita, sono rappresentati dalla riduzione del costo unitario di acquisto del materiale sanitario, dalla costante ricerca di maggiore efficienza, dalla formulazione di un piano di ottimizzazione del processo logistico e dalla creazione di *standard* di riferimento sulla base del profilo costo-efficacia.

Le principali aree strategiche di intervento della CIA sono:

- procedure in unione di acquisto;
- analisi del mercato dei fornitori e lo studio dei capitolati come strumento strategico;
- ricerca di *partnership* con i fornitori sulla distribuzione;
- creazione di una Commissione terapeutica provinciale.

Di seguito si ricordano alcune informazioni sui principali progetti in corso, con particolare attenzione alle gare in unione d'acquisto, di cui si presenteranno i risultati ed al progetto pilota di razionalizzazione della logistica.

Le gare in unione d'acquisto prevedono l'individuazione di una azienda sanitaria capofila che si fa carico della intera procedura amministrativa fino all'aggiudicazione. Ogni singola azienda, poi, stipula e gestisce il contratto con il fornitore aggiudicatario sulla base dei propri fabbisogni.

Il capitolato speciale, il disciplinare tecnico, i parametri di valutazione qualitativa dei prodotti, sono formulati da CIA, in base di uno studio congiunto con i diversi gruppi di lavoro: Farmacisti, gruppi tecnici specifici per ogni gara, responsabile acquisti (Provveditori).

Nel triennio 2000-2003 sono state completate le gare elencate nella tabella 2; si evidenzia un aumento quantitativo (numero delle gare) e qualitativo (tipologia di beni acquisiti) ed un

risparmio medio, rispetto ad acquisti effettuati autonomamente dalle aziende, compreso tra il 5% ed il 15%, con un risparmio complessivo sul triennio pari a 4 milioni di euro.

Nel 2004 la CIA ha in corso numerose gare interaziendali per un importo complessivo pari a circa 15 milioni di € (per un dettaglio si veda successivamente tabella 3), con risultati significativi in termini di risparmi ottenuti (in alcuni casi 33% e 35%) e con alcuni indicatori in controtendenza (nei fili di sutura si è registrato un aumento del 26%).

Nel 2004 la CIA sta inoltre predisponendo quattro nuove gare (vaccini, reti chirurgiche) per un importo pari a 3,3 milioni di €.

Come già anticipato, la attivazione di *partnership* con i fornitori rappresenta per la CIA una rilevante area strategica.

Passando ad esaminare gli interventi nel settore della logistica, occorre ricordare che nel corso del 2001 vennero presi contatti con la Consip spa, la società costituita nel 1999 dal Ministero dell'economia e delle finanze per razionalizzare i processi di acquisto all'interno della Pubblica amministrazione e per sviluppare l'*e-procurement* (acquisti *on line*), al fine di valutare la collaborazione nell'area della logistica del materiale sanitario, evidenziata come area rilevante di risparmio.

La scelta di attivare un progetto pilota nel campo della logistica soddisfaceva, da un lato, le esigenze delle aziende sanitarie dell'area metropolitana, interessate a razionalizzare l'intero processo di approvvigionamento e, dall'altro, rispondeva ad una primaria necessità della stessa Consip di rafforzare la propria posizione di mercato dei servizi per la attività di approvvigionamento delle aziende sanitarie.

Infatti, il mercato potenziale dell'*e-procurement* per le Asl e le aziende ospedaliere era concentrato su «servizi generali» come assicurazioni, manutenzioni immobiliari, impiantistiche e tecnologiche, servizi alberghieri e attrezzature biomediche per una stima a valore (dati 2000) di circa 2 miliardi €.

Prospettive interessanti erano poi rappresentate da prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, dispositivi medici e altri beni legati all'attività sanitaria, a cui poco si adattava il modello di acquisti centralizzati di Consip e per cui era vincente la strategia di attivare centri logistici per un numero di Ao/Asl contigue.

La CIA, in stretto accordo con il collegio dei Direttori generali delle Aziende sanitarie, ha quindi predisposto uno studio di fattibilità su un modello di logistica centralizzata, in *outsourcing*, firmando successivamente un protocollo di intesa fra le Aziende sanitarie da un lato e Consip e Ministero dell'economia e finanze dall'altro.

Il progetto prevedeva due principali linee d'azione, finalizzate al conseguimento di economie di spesa ed al miglioramento della qualità dei servizi.

La prima è rappresentata dalla centralizzazione del magazzino di farmacia delle diverse strutture delle Asl aderenti e dalla successiva attribuzione dello stesso servizio, in *outsourcing* ad un operatore privato.

In parallelo, si è proposto di informatizzare i flussi di reparto mediante l'introduzione di penne ottiche per la registrazione dei carichi e scarichi di materiale finalizzati a migliorare la disponibilità e ridurre i consumi non necessari.

Nel progetto si è prevista la gestione logistica diretta da parte delle aziende sanitarie per categorie di prodotti come gli stupefacenti (per esigenze legate alle indicazioni normati-

Tabella 2 - CIA; gare svolte in unione d'acquisto e principali risultati 2000-2003

2000	Importo annuo (euro)	Numero aziende	Risultato	Risparmio annuo (euro)
Antisettici e disinfettanti	558.713	3 Aziende + 2	- 11%	- 61.458
Sieri e vaccini	1.291.142	4 Aziende + 1	- 6%	- 78.502
<b>Totale</b>	<b>1.849.855</b>		<b>- 8%</b>	<b>- 139.960</b>
2001	Importo annuo (euro)	Numero aziende	Risultato	Risparmio annuo (euro)
Farmaci generici	154.937	2 Aziende	- 34%	- 52.679
Gas medicali ossigenoterapia territoriale	1.998.688	3 Aziende	- 13%	- 263.393
Farmaci ed emoderivati	48.275.809	3 Aziende + 2	- 4%	- 1.931.032
Materiale sterile TNT	800.508	2 Aziende + 1	- 10%	- 80.051
Vaccino antinfluenzale/pneumococcico	910.255	5 Aziende	- 8%	- 72.820
<b>Totale</b>	<b>52.140.197</b>		<b>- 5%</b>	<b>- 2.399.975</b>
2002	Importo annuo (euro)	Numero aziende	Risultato	Risparmio annuo (euro)
Materiale di medicazione classica	1.192.406	4 Aziende + 1	- 4%	- 51.451
Medicazione avanzata e bendaggi	748.863	4 Aziende + 1	- 19%	- 142.317
Miscele nutrizionali	322.000	5 Aziende	- 33%	- 107.532
Aghi e siringhe	1.298.365	5 Aziende + 1	- 3%	- 40.208
Pannoloni uso ospedaliero	361.520	4 Aziende	- 12%	- 43.382
Pannoloni per distribuzione diretta	3.476.905	4 Aziende	- 19%	- 667.082
Aghi specialistici	250.237	5 Aziende + 1	- 37%	- 93.081
Infusori elastomeri	516.457	4 Aziende	- 10%	- 52.679
<b>Totale</b>	<b>8.166.752</b>		<b>- 15%</b>	<b>- 1.197.732</b>
2003	Importo annuo (euro)	Numero aziende	Risultato	Risparmio annuo (euro)
Apparati tubolari in plastica	915.153	6 Aziende	- 23%	- 212.285
Soluzioni infusionali	1.586.810	8 Aziende	+ 4%	58.795
Sonde e tubi	1.315.363	8 Aziende	- 28%	- 369.586
<b>Totale</b>	<b>3.817.327</b>		<b>- 14%</b>	<b>- 523.076</b>
<b>TOTALE 2000-2003</b>	<b>65.974.131</b>		<b>- 7%</b>	<b>- 4.260.743</b>

Fonte: elaborazione propria (valori in € espressi senza IVA).

**Tabella 3 - CIA previsione di attività per il 2004**

2004	Importo annuo (euro)	Numero aziende	Risultato previsto	Risultato ottenuto
Guanti monouso e chirurgici	2.483.384	8 Aziende	- 5%	
Sistemi di drenaggio e accessori	1.018.056	8 Aziende	- 10%	- 33%
Sacche	774.685	8 Aziende	- 10%	- 15%
				(sul 74% del valore dei lotti)
Cateteri e set per epidurale	872.215	8 Aziende	- 10%	- 14%
Materiale monouso per laparoscopia	1.310.000	4 Aziende	- 5%	
Suturatici meccaniche monouso	1.230.000	4 Aziende + 1	+ 30%	
Antisettici e disinfettanti	958.004	5 Aziende	- 2%	- 35%
				(sul 70% del valore dei lotti)
Farmaci (nuovi inserimenti)	1.390.343	5 Aziende	0	+ 6%
Materiale per sterilizzazione	367.870	6 Aziende	- 10%	
Circuiti per anestesia e rianimazione	998.873	8 Aziende	- 10%	
Fili da sutura	1.959.887	7 Aziende	+ 30%	+ 26%
Materiale per radiologia interventistica	759.064	3 Aziende	- 10%	

Fonte: elaborazione propria (valori in € espressi senza IVA).

ve), il materiale consegnato dai fornitori direttamente ai reparti o i materiali per preparazioni galeniche (per esigenze di logistica industriale) ed infine i farmaci salvavita.

Per le scorte di magazzino dell'operatore logistico è stata inizialmente ipotizzata la proprietà di ciascuna azienda sanitaria, con l'obiettivo è di passare, per i prodotti acquistati con gara comune, a scorte di proprietà del fornitore, secondo il modello del contratto estimatorio/conto deposito. Il vantaggio consiste nella riduzione degli oneri finanziari di *stock* e nella semplificazione della fatturazione passiva.

Il modello di funzionamento previsto per il Centro logistico unificato individua ruoli ben distinti; le unità operative delle aziende sanitarie/ospedaliere emettono le richieste di rifornimento e verificano la conformità della merce consegnata, la farmacia controlla il flusso di informazioni e la qualità del servizio, l'operatore logi-

stico gestisce il magazzino ed effettua la distribuzione ai reparti/punti di prelievo.

In particolare alla *farmacia ospedaliera* compete:

— la verifica e la validazione delle richieste di rifornimento delle Uo;

— l'inoltro *on line* all'operatore logistico delle richieste delle Uo stesse;

— l'emissione degli ordini ai fornitori su suggerimento d'ordine dall'operatore logistico;

— la definizione delle scorte minime;

— il monitoraggio sul servizio reso dall'operatore logistico.

All'operatore o Centro logistico sono attribuite varie funzioni, dall'approvvigionamento, alla gestione scorte ed alla distribuzione.

La funzione di approvvigionamento è distinta a seconda della proprietà delle scorte; se le scorte rimangono alle aziende sanitarie il Centro logistico si limita ad emettere le proposte di reintegro scorte centrali nell'ambito

delle convenzioni di acquisto stipulate dalla CIA stessa o dalle singole Aziende. Nel caso invece in cui il Centro fornitore è proprietario delle scorte (contratto estimatorio/conto deposito), emette direttamente le richieste di reintegro delle scorte centrali, secondo i parametri logistici concordati con le farmacie.

Nel progetto venivano, poi, previste altre interessanti modalità operative, quali la attivazione degli armadi informatizzati o sistemi alternativi di monitoraggio dei flussi in reparto e l'introduzione di una penna ottica che permette di effettuare carichi e scarichi in relazione al ciclo di terapia.

Oltre alla predisposizione di un piano di fattibilità organizzativa e gestionale, la CIA ha poi predisposto un *business plan* (piano di fattibilità economico finanziaria), basato sulla proprietà delle scorte da parte dell'operatore logistico.

Nella successiva tabella 4 vengono riportati i risultati del *business plan*



«a regime»; di particolare interesse è il confronto tra risparmi attesi pari 9 milioni ca di € con i costi legati alla esternalizzazione ad un operatore logistico privato pari a 5,3 milioni di €.

Significativi sono anche i risparmi collegati alla esigenza di messa a norma dei magazzini delle aziende sanitarie coinvolte, che viene direttamente presa in carico dell'operatore logistico.

I minori consumi derivano dalla riduzione degli sprechi conseguenti alla difficoltà di monitorare gli armadi di reparto con gli strumenti attualmente disponibili. La CIA ha stimato questi risparmi in 4,9 Mio €, pari al 5% del valore del materiale centralizzato (98 Mio €), da conseguire tramite l'informatizzazione dei flussi di reparto, rivolta ai quei prodotti che rappresentano l'80% del valore complessivo.

Significativi sono anche i risparmi conseguiti grazie alla riduzione degli *stock*, che vengono gestiti dal Centro logistico unico e alla diminuzione dei costi amministrativi (gestione ordini e gestione fatture).

Il progetto incide sensibilmente sul modello organizzativo e di funzionamento delle farmacie ospedaliere, oltre a comportare una riduzione di costi pari a circa 1,7 milioni di €, legata al risparmio di tempo da parte dei farmacisti ed alla diminuzione dei carichi di lavoro per operatori tecnici ed ausiliari, a seguito alla esternalizzazione di parte della attività.

In parallelo, al progetto di attivazione del centro logistico sono state condotte due ulteriori sperimentazioni.

La prima, condotta dalla Ausl di Imola, è relativa alla informatizzazione degli armadi farmaceutici di reparto, ha visto l'adozione di specifici pacchetti applicativi e di Pc palmari, basati sulla lettura dei codici a barre dei prodotti.

Tabella 4 - *Business plan* del Centro logistico

Risparmi	A regime (€)
Minori consumi	4.906.341
Riduzione giacenze	929.622
Costi di magazzino	103.291
Costi di trasporto	377.014
Processo amministrativo (1)	284.051
Personale di farmacia (2)	1.766.283
Costi di reparto	645.571
Riutilizzo spazi e attrezzature	da definire
<b>Totale risparmi</b>	<b>9.012.173</b>
<i>Compenso Outsourcer</i>	<i>3.615.198</i>
<b>Margine operativo lordo</b>	<b>5.396.975</b>
Investimenti	1.074.230
Minori costi di messa a norma magazzini	1.069.066

(1) Amministrativi di farmacia-gestione ordini; a parte vengono considerati i risparmi derivanti dalla gestione fatture.

(2) Operatori tecnici, farmacisti e ausiliari di farmacia.

La sperimentazione, realizzata a regime in 4 reparti per tre mesi, ha consentito di dimostrare la fattibilità tecnica e organizzativa del sistema.

Il secondo progetto è stato gestito dalla Ausl Città di Bologna, in cui è stata attivata, a partire da gennaio 2002, una sperimentazione sulle modalità gestionali inerenti al contratto estimatorio, con uno dei principali fornitori di farmaci, al fine di valutare impatti organizzativi e misurare i risparmi conseguibili.

Infine, terza e significativa area di attività della CIA è rappresentata dalla attivazione nel 2003 della Commissione terapeutica provinciale (area del farmaco).

Tra le principali funzioni attribuite alla CTP vanno ricordate la redazione e l'aggiornamento del prontuario unico dei medicinali in uso, la definizione dei criteri e delle modalità per le richieste di inserimento dei principi attivi nel prontuario, la predisposizione

della lista dei principi attivi e le correlate modalità di gestione, la valutazione delle e equivalenze terapeutiche dei principi attivi, necessaria per la individuazione dei gruppi terapeuticamente omogenei.

La CIA, inoltre, prevede tra le attività future la creazione di un'analogia commissione sui Dispositivi medici al fine di aumentare il livello di standardizzazione.

Al termine della presentazione della esperienza della CIA è sicuramente utile spendere alcune considerazioni sulle criticità incontrate e sulle prospettive future.

Sul primo punto va ricordata la conclusione del progetto sull'operatore logistico; nel novembre 2003, la gara è stata aggiudicata ad un Raggruppamento temporaneo di imprese (Raggruppamento temporaneo di imprese formato da Fiege Goth, Farmanova, Medical Plaza, ATS) che ha presentato un'offerta di 4,1 milioni di €, superio-

re al compenso previsto per l'*outsourcer* nel *business plan* (3,6 milioni di €).

Il progetto presentato è stato giudicato molto positivamente per soluzioni interessanti relative alla informatizzazione dei reparti e alla creazione di una farmacia centralizzata per l'area metropolitana.

Tuttavia, la decisione finale è stata quella di non aggiudicare, poiché i costi erano superiori a quelli preventivati. È da rilevare come l'attivazione di questa particolare attività sia valutata dagli operatori come «ad alto rischio di impresa», specie a causa delle forti resistenze di alcuni *stakeholders* interni (in particolare dei farmacisti ospedalieri).

Questo può spiegare il *gap* fra i costi previsti e quelli offerti, in cui è incluso un margine più ampio legato ai tempi previsti per l'attivazione e i tempi medi di pagamento.

Altri nodi critici fanno riferimento a difficoltà operative come l'impatto della parziale standardizzazione del capitolato speciale sui comportamenti delle singole aziende, la difficoltà di individuare i componenti dei gruppi tecnici e delle commissioni tecniche di gara e la difformità nei tempi di pagamento tra le aziende sanitarie.

Molti punti di debolezza sono direttamente riconducibili al nodo di fondo legato all'assetto istituzionale ed alla formula gestionale della CIA, ossia la mancanza di obbligatorietà all'adesione all'unione di acquisto.

Alla assenza di obbligatorietà si accompagna la difficoltà di coordinamento nella fase di gestione del contratto, con alcuni casi che hanno visto, all'atto dei primi rinnovi, alcune Aziende decidere di non rinnovare la fornitura di alcuni lotti all'aggiudicatario.

Ovviamente questi nodi critici potranno condizionare i possibili sviluppi futuri della CIA orientata a:

— svolgere la gestione completa di tutto il processo d'acquisto tramite delega delle aziende sanitarie (gestione parte amministrativa della procedura concorsuale, gestione contratti con i fornitori, unificazione dei processi di ordine e liquidazione delle fatture);

— estendere la centralizzazione degli acquisti e della logistica al materiale economale;

— monitorare, controllare e valutare l'attività dell'operatore logistico.

Nella tabella 5 si presenta il quadro completo delle diverse aree di attività della CIA

### 3. I Consorzi di area vasta in Regione Toscana; strategia, linee di intervento e modello organizzativo dell'area vasta Centro Toscana

L'analisi delle strategie di intervento, delle modalità di azione e delle performance del Consorzio dell'area vasta centro, che rappresenta, per dimensioni e risorse gestite, il Consorzio più importante della Regione Toscana (Miolo Vitali, Nuti, 2003) è stata svolta partendo da tre importanti documenti programmatici, che sono in ordine:

— Piano programma di attività 2004 (dicembre 2003);

— Rapporto sulla attività 2003 e programmazione 2004 (marzo 2004);

— Piano programma operativo 2004, presentato a metà 2004.

Di particolare interesse è il *rapporto di attività 2003 e la programmazione 2004* in quanto contiene, come vedremo, un consuntivo dei risultati ottenuti nel corso del 2003, espressi in termini economici e quindi comparabili con quelli ottenuti dagli altri Consorzi di area vasta o da esperienze analoghe condotte a livello nazionale.

È importante ricordare, a questo proposito, che a tutt'oggi non è stata ancora condotta da parte della Regione Toscana, promotrice della esperienza dell'area vasta, una analisi comparata sui risultati e le *performance* dei tre Consorzi regionali, analisi che verrà resa disponibile a fine 2004.

I Consorzi di area vasta hanno iniziato la propria attività l'1 gennaio del 2003 e hanno definito un proprio programma di attività a marzo dello stesso anno (Linee di piano programma), in cui è stato individuato un modello organizzativo ed un insieme di azioni prioritarie.

Tabella 5 - Le aree di attività della Centrale interaziendale di approvvigionamento

1	Istruttoria gare in unione di acquisto
2	Produzione documentazione gara in unione di acquisto
3	Analisi prezzi/qualità
4	Gestione gare in unione di acquisto
5	Marketing d'acquisto
6	Aggiornamento normativo e giuridico
7	Razionalizzazione della logistica dei beni sanitari
8	Collaborazione e supporto alla Commissione Terapeutica Metropolitana
9	Redazione del repertorio dei dispositivi medici di Area Vasta
10	Redazione reportistica periodica
11	Gestione <i>budget</i> di spesa

Il piano programma del CAVC è stato presentato e approvato dalla Assemblea del Consorzio, cui partecipano le aziende sanitarie interessate e dalla Regione Toscana.

Il piano programma 2003 si poneva come obiettivo la messa in atto di procedure d'acquisto per un valore di *196,4 milioni di € pari al 48% del totale degli acquisti effettuati nel 2001* dalle aziende sanitarie aderenti.

Un primo preconsuntivo sulla attività svolta (novembre 2003) ha evidenziato la attivazione di procedure d'acquisto per *111,5 milioni di €*, cui vanno aggiunte procedure d'acquisto non previste dal programma iniziale ed effettuate principalmente «per motivi di urgenza» pari a *32,5 milioni di €*.

Il piano programma stimava, inoltre, l'effettuazione, entro fine 2003 di ulteriori gare di notevole rilevanza (farmaci, soluzioni infusionali, mezzi di contrasto) per altri *107,4 milioni di €* con un volume complessivo di acquisti centralizzati, pari a circa *250 milioni di €* e largamente superiore all'obiettivo iniziale.

Il consuntivo 2003, contenuto nel rapporto di attività 2003 (CAVC, 2004a) evidenzia risultati largamente superiori alle previsioni iniziali (quasi il doppio); il valore economico complessivo delle procedure negoziali indette direttamente dal Consorzio è ri-

sultato essere stato di *407,5 milioni di €*, comprendendo sia le gare programmate (*355,8 milioni di €*) che quelle non programmate (*51,7 milioni di €*) (si veda tabella 6).

A questi valori vanno aggiunti quelli risultanti dalla attività svolta dalle sezioni Acquisizione beni e servizi (ABS) delle Aziende sanitarie area vasta centro, consistenti nella rinegoziazione di acquisti precedenti o nella effettuazione di acquisti a conclusione di procedure risalenti al 2002 per circa *68,8 milioni di €*.

Va segnalato, a questo proposito, che la rinegoziazione ed il completamento delle gare 2002 (acquisti ABS) spiegano il differenziale di risparmi conseguito nel corso del 2003.

Nella tabella 6 vengono mostrati i risultati conseguiti nel corso del 2003; va messa in evidenza la differenza tra i valori precedentemente presentati riconducibili alle procedure avviate ed i valori della tabella che esprimono le procedure aggiudicate ai fornitori, ossia l'acquisizione effettiva di beni e servizi e l'esborso finanziario.

Confronti infraregionali ed interregionali su valore degli acquisti e risparmi effettivi vanno quindi condotti sul dato dell'aggiudicazione; si segnala da subito:

— l'aggiudicazione di gare di acquisto per *97,3 milioni di €*, programmate (*65,8 milioni di €*) e non pro-

grammate (*31,5 milioni di €*), rispetto alle procedure avviate, programmate e non programmate pari a *407 milioni di €*;

— un risparmio medio, rispetto ad acquisti gestiti singolarmente dalle aziende sanitarie, sui *49 milioni di €* aggiudicati pari al *5,3%* ed in valore a *5,2 milioni di €*; il risparmio complessivo ammonta a *5,6 milioni di €* se si considerano i risparmi di spesa collegati alle mancate pubblicazioni

Come già anticipato, punti di forza della esperienza dei Consorzi di area vasta sono rappresentati dallo stretto collegamento tra individuazione di linee strategiche e struttura organizzativa.

Il modello organizzativo del Consorzio area vasta si basa su quattro assi prioritari, rappresentati nella figura 2 (CAVC, 2003a) e che sono:

— l'ottenimento di un elevato livello di specializzazione delle diverse unità coinvolte nel Dipartimento acquisizione beni e servizi e la valorizzazione delle competenze, delle professionalità e delle conoscenze presenti nelle diverse aziende aderenti;

— la realizzazione di economie di scala tramite una efficace e tempestiva programmazione degli acquisti a livello di area vasta, vista dalla pianificazione sanitaria regionale, come «dimensione ottimale per la razionalizzazione delle aziende sanitarie»;

Tabella 6 - La attività del CAV centro Toscana nel 2003

	Gare aggiudicate	Importo risparmiato	% risparmio	Spesa pubblicazioni	Risparmio pubblicazioni	% risparmi	Totale risparmi	% risp. comp.
Gare aggiudicate (programmate)	65.843	3.204.059	4,87	118	259	218,57	3.463	5,26
Gare aggiudicate (non programmate)	31.529	1.213	3,85	53	30	57,04	1.243	3,95
Ulteriori risparmi rilevati		826					826	
<b>Totale gare aggiudicate</b>	<b>97.373</b>	<b>5.243</b>	<b>5,38</b>	<b>172</b>	<b>290</b>	<b>168,34</b>	<b>5.533</b>	<b>5,68</b>

Fonte: CAVC a) 2004 dati in migliaia di €.

— una organizzazione a rete, simile al modello del «*networking* intelligente» (Meneguzzo, 2000; Lega, 2002) in cui siano previsti processi di elaborazione, trasmissione e distribuzione di informazioni tra le aziende consorziate e le stesse aziende siano coinvolte nel processo decisionale;

— l'attuazione di *politiche d'acquisto diversificate* in relazione ai prodotti/servizi da acquisire, utilizzando in alcuni casi il criterio del prezzo più basso, o meglio, del costo complessivo più basso dell'approvvigionamento con successivi controlli sui risultati attesi; in altri casi è stato adottato quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, per ottimizzare acquisti con costi totali.

Il «*networking* intelligente» (HCAB, 2004; Meneguzzo, 2000; Meneguzzo, 2004), strategia adottata a metà degli anni '90 dai sistemi multispedalieri statunitensi, si caratterizza per il rafforzamento delle funzioni di coordinamento e governo strategico e prevede specifici investimenti in professionalità, competenze, acquisizione di servizi esterni, *information e communication technology*.

Le strategie di creazione e consolidamento di *network* intelligenti si caratterizzano per elevati investimenti sugli staff centrali di coordinamento e governo, finalizzati alla formulazione ed alla gestione della visione strategica ed alla identificazione delle *best practices* da diffondere e disseminare all'interno della rete. In sintonia con questa logica sono alcuni progetti del Piano programma 2004 del CAVC, più avanti illustrati; ancora debole è l'orientamento diffusione delle *best practices* interne al CAVC ed alla rete delle aziende consorziate.

Nella prospettiva del *network* intelligente va sicuramente vista la continua e costante attenzione del CAVC a produrre informazioni sulla propria attività rivolte al complesso delle

aziende consorziate (*stakeholders* interni) ed agli *stakeholders* esterni (istituzioni pubbliche, fornitori), attraverso il potenziamento o del sistema informativo e di comunicazione e l'attivazione di uno specifico sito *web* ([www.consanita-centro.toscana.it](http://www.consanita-centro.toscana.it)).

Il modello organizzativo del CAVC si ispira alla logica della «struttura leggera», con un nucleo minimo di personale ad elevata professionalità direttamente gestito (Amministratore unico, Segretario amministrativo, Coordinatore del Dipartimento acquisti e segreteria di direzione) e con una decisa valorizzazione delle risorse umane, messe a disposizione dalle aziende consorziate.

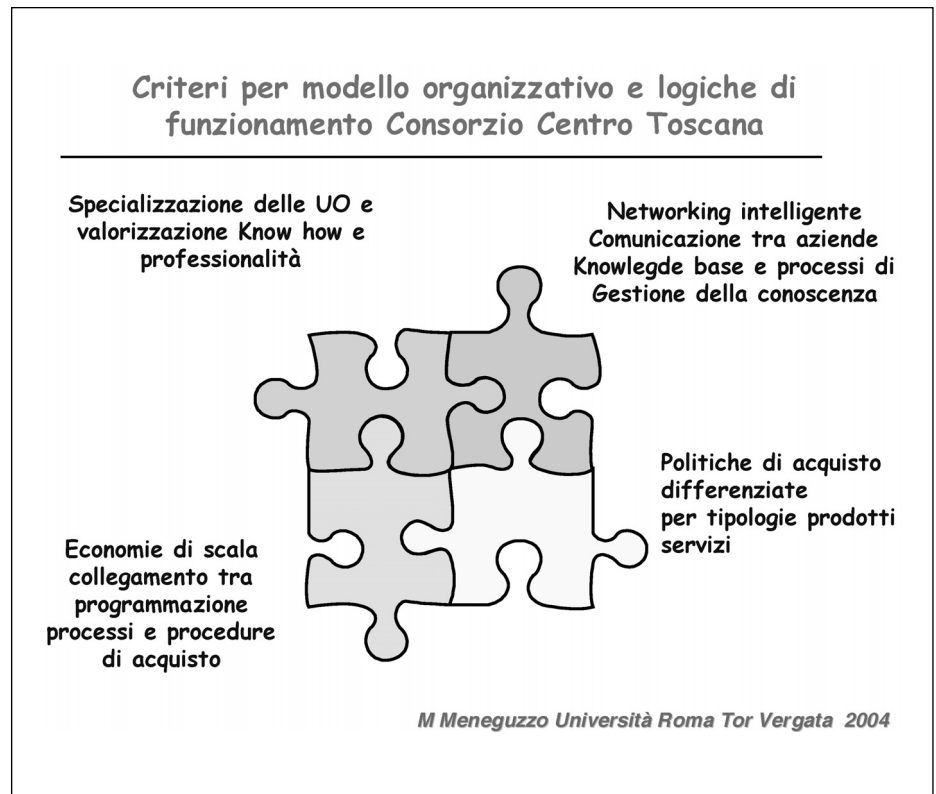
Nella attuale fase, il CAVC presenta un assetto organizzativo per ambiti specializzati di acquisto di beni e ser-

vizi, affidati, come mostra la tabella 7, alle diverse «sezioni aziendali», che fanno capo al Dipartimento acquisti beni e servizi delle aziende consorziate.

Il CAVC non dispone attualmente di unità di *staff*, in prospettiva verranno potenziate alcune funzioni, quali l'analisi dei fabbisogni e di standardizzazione dei beni e servizi acquisiti, attraverso l'adozione di prontuari per le nuove categorie merceologiche, le valutazioni di mercato, la possibilità di instaurare con i fornitori relazioni secondo la logica della *supply chain*, la valutazione ed il monitoraggio dei risultati, che potranno essere affidate a *staff* da creare *ad hoc*.

La dotazione organica attuale è formata da 5 dirigenti e 47 operatori, di cui 13 assegnati alla area delle attrezzature sanitarie, arredi e beni econo-

Figura 2 - Assi prioritari di intervento del Consorzio dell'area vasta Centro



mati, 9 alle attrezzature informatiche, 13 ai prodotti e servizi per i laboratori di analisi, 16 per i dispositivi medici e pediatrici.

Particolarmente significativa è stata nel corso del 2003 e nel 2004 l'attività di formazione ed aggiornamento del personale assegnato ai CAV, in stretto collegamento con le indicazioni della Regione, che ha messo a disposizione un *budget ad hoc* per la formazione dei Consorzi di area vasta.

Le linee di sviluppo futuro si caratterizzano nella trasformazione del CAVC in Centro servizi amministrativi e per assumere ambiziosi obiettivi quanto ai risultati economici.

Particolarmente rilevanti sono i *target* previsti per il 2004; il CAVC dovrà attivare procedure di gara per 233.4 milioni di €, considerando solo le negoziazioni superiori ai 30.000 €.

Sempre nel 2004, saranno di competenza del CAVC gli acquisti in economia che, una volta definito il regolamento consortile, verranno gestiti dalle sezioni consortili decentrate in stretto rapporto con le esigenze delle Aziende. Inoltre, l'acquisto di attrezzature, riorganizzato seguendo le priorità e sottoposto alle direzioni aziendali, prevede un totale a valore per 35.7 milioni di €, senza considerare le attrezzature ed il materiale informatico.

Al CAVC competeranno anche gli acquisti per la nuova struttura ospedaliera dell'A.O. Meyer (attrezzature biomedicali, servizi alberghieri in *global service*, arredi fissi e mobili) per circa 19 milioni di €.

Nella tabella 8 si presenta, infine, il quadro di sintesi delle procedure di gare attivate dal CAVC nel corso del 2003, distinguendo le diverse tipologie di acquisti di beni e servizi (prodotti farmaceutici, servizi, presidi medico chirurgici e materiale sanitario, materiale diagnostico e di laboratorio, materiale economico ed alimentare,

attrezzature tecnico sanitarie, attrezzature e materiale informatico) e per tipologia di gara. Va sicuramente sottolineato il peso determinante dei prodotti farmaceutici (più di 260 milioni di €) e dei servizi (41,8 milioni di €), rispetto ad altre aree di spesa a minore rilevanza.

#### 4. Dai Consorzi di area vasta ai network intelligenti sulle politiche di approvvigionamento ed ai servizi per i clienti interni

Il documento programmatico di *mid term* 2004 del CAVC individua le azioni necessarie al processo di consolidamento della stessa azienda ed al rafforzamento della capacità di intervento a «tutto campo» che caratterizza i Consorzi come Centri servizi amministrativi, in linea con le indicazioni regionali.

In questa prospettiva, si è ritenuto opportuno richiamare i contenuti caratterizzanti della strategia di intervento del CAVC, contenuti che sono stati messi a confronto con le indicazioni emerse dal *report* di attività del Consorzio area vasta Nord Ovest del 2003 (CAVNO), per mettere in rilievo

nella esperienza toscana, lo sviluppo del *network* intelligente.

Variabile importante del processo di consolidamento organizzativo del CAVC è rappresentata dalla necessità di rafforzare la cooperazione interaziendale e la *partnership* interistituzionale tra lo stesso CAVC e le aziende consorziate.

A questo fine, sempre maggiore rilevanza è stata attribuita al Gruppo di *coordinamento consortile*, formato dai Direttori amministrativi delle 6 Aziende sanitarie consorziate e dai vertici direzionali del CAVC (Segretario amministrativo e responsabile Dipartimento Acquisti), con compiti di coordinamento, valutazione e controllo dei progetti.

Perni del processo di consolidamento sono i progetti, che possono essere distinti tra progetti a valenza interna e progetti finalizzati allo sviluppo del *network*.

Tra i primi va sicuramente ricordato il ridisegno, basato su logiche di *process reengineering* semplificate, delle procedure consortili ed il loro raccordo con le procedure in essere presso le aziende, finalizzato alla elaborazione di un manuale delle procedure.

Tabella 7 - Modello organizzativo CAVC per aree di specializzazione

Sez. aziendale Ausl 3 Pistoia	Sez. aziendale Ausl 4 Prato	Sez. aziendale Ausl 10 Firenze
Beni di natura economica varia, compreso generi di vitto Attrezzature economiche	Attrezzature sanitarie Arredi	Prodotti farmaceutici ed emoderivati Acquisizione sistemi informatici Servizi generali
Sez. aziendale Ausl 11 Empoli	Sez. aziendale Ao Careggi	Sez. aziendale Ao Meyer
Materiale diagnostico e prodotti di laboratorio	Dispositivi medico chirurgici e materiale sanitario vario	Prodotti sanitari specialistici

**Tabella 8 - Procedure di gara attivate dal CAVC nel 2003**

Oggetto	Importo stimato all'indizione	Tipo gara (a)	Durata
(a) Tipo gara: 1 asta pubblica; 2 appalto concorso; 3 licitazione; 4 procedura negoziata concorsuale; 5 procedura negoziata riservata; 6 rinegoziazione; 7 rinnovo/estensione			
<b>Prodotti farmaceutici 260.147.939 €</b>			
Specialità medicinali/emoderivati/soluzioni infusionali	240.000.000,00	2	2 anni + 1
Gas medicali e tecnici	3.860.000,00	3	5 anni + 1
Ausili per incontinenza (pannoloni)	16.287.939,00	3	3 anni
<b>Servizi 41.819.721 €</b>			
Dialisi sistema extracorporea Motegrappa	6.126.000,00	3	4 anni
Dialisi assistenza limitata L. Signa	2.400.000,00	2	5 anni
Ossigenoterapia domiciliare	9.877.408,00	1	3 anni
Vigilanza	1.850.000,00	3	1 anno + 1
Servizi di mediazione culturale	450.000,00	3	3 anni + 1
Lettura ottica ricette	1.196.160,00	3	2 anni
Noleggi presidi antidecubito	2.045.000,00	6	2 anni
Abbonamenti riviste tecnico/scientifiche	744.500,00	3	1 anno + 1
Servizio pulizia	17.130.653,70	6	2 anni
<b>Presidi medico/chirurgici e materiale sanitario vario 10.399.131 €</b>			
Prodotti per cardiocirurgia inclusa CEC	1.868.400,00	3	2 anni + opz. rinn. altri 2 anni
Materiale anestesia e rianimazione	6.000.000,00	3	2 anni + opz. rinn. altri 2 anni
Protesi valvolari x cardiocirurgia AO Careggi	1.164.800,00	3	2 anni + opz. rinn. altri 2 anni
Ausili	28.829,88	7	2 anni
Ausili N.t.p.	1.337.101,13	3	2 anni
<b>Materiale diagnostico e di laboratorio 12.128.900 €</b>			
Provette	1.400.000,00		24 mesi
Radiofarmaci in vivo e kits freddi	1.640.100,00	3	3 anni + opz. rinn. altri 2 anni
Radiodiagnostici	496.800,00	3	1 anno + 2
Mezzi di contrasto	8.592.000,00	6	2 anni
<b>Materiale economale e alimentare 19.945.725 €</b>			
Pellicole radiografiche	6.500.000,00	6	2 anni
Carburanti per autotrazione	510.460,29	6	18 mesi
Fornitura combustibili e servizio di gestione energetica e tecnologica impianti climatizzazione (gestione calore)	9.360.000,00	1	6 anni
Carni bovine, suine, avicole, conigli e salumi	3.575.264,77	6	2 anni

Segue Tabella 8 - Procedure di gara attivate dal CAVC nel 2003

Oggetto	Importo stimato all'indizione	Tipo gara (a)	Durata
(a) Tipo gara: 1 asta pubblica; 2 appalto concorso; 3 licitazione; 4 procedura negoziata concorsuale; 5 procedura negoziale riservata; 6 rinegoziazione; 7 rinnovo/estensione			
<b>Attrezzature tecnico/sanitarie 10.826.620 €</b>			
Fornitura mobili ed arredi sanitari e amministrativi da destinare alle strutture sanitarie e ospedaliere	6.960.000,00	3	
TAC/ecografi	2.800.000,00	3	
Tandem Massa (spettrometro)	450.000,00	3	
Sistema per telemetria	58.800,00	4	
Arredi centro trasfusionale	180.000,00	3	
Ecocardiografi	300.000,00	4	
Sequenziatore automatico monocapillare	77.820,00	5	
<b>Attrezzature e materiale informatico 605.280,00 €</b>			
Server	566.880,00	3	
Lettori ottici	38.400,00	4	
<b>TOTALE complessivo</b>	<b>355.873.316,77</b>		

Un secondo progetto è rivolto alle risorse umane e si occupa in particolare di individuare possibili interventi, utili a fini di motivazione del personale assegnato, con stretto riferimento alle logiche di comunicazione interna ed alla riqualificazione del personale.

Un terzo progetto, mirato allo sviluppo delle competenze ed all'inserimento di professionalità tecnico/sanitarie, si basa sul potenziamento dei Collegi tecnici di area vasta e sulla valorizzazione dell'apporto dei vari professionisti (clinici, farmacisti ecc.) alle Commissioni tecniche del CAVC, istituite per la predisposizione dei capitoli e per la valutazione dell'offerta.

A valenza interna possono essere considerate alcune azioni progettuali tra cui:

— il consolidamento dei bilanci 2003 ed il *reporting*;

— un programma integrato di formazione di area vasta, che interessa il personale assegnato al CAVC, prevede la gestione unitaria della attività di formazione, include specifici interventi per il personale impegnato nel processo di donazione/trapianto d'organi e valorizza l'iniziativa delle aziende sanitarie consorziate che hanno coinvolto il CAVC nel progetto formativo «Il laboratorio toscano per la tutela della salute»;

— la gestione contabile del personale, nella prospettiva di una gestione integrata delle procedure e del *software* applicativo sugli stipendi.

In questa logica, è stato avviato il quarto progetto sul coordinamento dei farmacisti, ritenuti figure critiche per il successo degli interventi del CAVC,

che dovrebbe portare a proposte su sistemi incentivanti e sulla razionalizzazione dei percorsi interni e dei processi di approvvigionamento.

Passando invece ad esaminare i progetti volti a rafforzare il ruolo del CAVC come nodo strategico di un *network intelligente* (si veda figura 3) tra le aziende sanitarie della Toscana centrale, va sicuramente ricordato il progetto RIS PACS (alta tecnologia nel settore della diagnostica per immagini - *picture archive communicating system*), che interviene su vari ambiti, dalla acquisizione delle risorse finanziarie aggiuntive, alla definizione ed al monitoraggio degli standard per la comunicazione alla più generale funzione di *project management e project evaluation*.

Questa funzione viene svolta da un *gruppo decisionale* che vede coinvol-

ti, oltre alla Regione, i vertici direzionali delle aziende consorziate e del CAVC ed un *Gruppo Operativo* che considera gli aspetti tecnici, funzionali, organizzativi, clinici ed economici ed armonizza l'implementazione dei sistemi nelle singole Unità di Diagnostica per immagine.

Il progetto PACS è in corso di attivazione nel 2004 e dovrebbe vedere l'aggiudicazione della gara alla azienda fornitrice nei primi mesi del 2005.

In linea con le indicazioni della Regione al CAVC è stata attribuita la realizzazione del CUP area vasta, progetto particolarmente ambizioso e che vede a livello nazionale, nelle aree metropolitane, formule gestionali molto differenziate, dalla creazione di società operativa *ad hoc*, all'affidamento alle società di informatica regionale e all'*outsourcing* ad imprese private.

La scelta della Regione è stata di gestione diretta dei centri unici di prenotazione attraverso i CAVC, scelta che comporta il rafforzamento della cooperazione interistituzionale.

La descrizione del progetto sul CUP metropolitano si ricollega direttamente al progetto sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che prevede la progettazione della rete informativa/informatica dell'Area Vasta e la condivisione di una serie di dati per tutte le aziende consorziate.

Di particolare interesse in questo progetto è la proposta di adottare un prodotto *open source*, senza costi di acquisto e licenza, in base al quale le singole aziende consorziate dovranno valutare, la possibile utilizzazione indicando le proprie specifiche esigenze e necessità.

L'adozione di una procedura basata su logiche *open source* farà sì che miglioramenti alla procedura possano diventare patrimonio comune per tutti gli utilizzatori.

Altro progetto, a valenza strategica per il *network* intelligente, è quello della logistica che ha visto il CAVC, finora impegnato in una preliminare ricognizione della situazione logistica e dei magazzini dell'Area Vasta Centro.

La scelta del CAVC è stata quella di muoversi con la massima gradualità, attivando in una prima fase progetti pilota (informatizzazione armadi farmaceutici) e di ricercare, attraverso una gara pubblica, una collaborazione qualificata per la analisi e la progettazione esecutiva e per la gestione degli aspetti tecnici.

Interessante, a questo proposito, è la proposta di sfruttare, nell'ipotesi di magazzino unico, le opportunità offerte dalla convenzione tra Regione Toscana e lo Stabilimento chimico farmaceutico militare per la sperimentazione di modelli innovativi di acquisizione, produzione e distribuzione di farmaci. Lo SCFM renderà disponibile la gestione di un magazzino automatizzato e di un sistema di comuni-

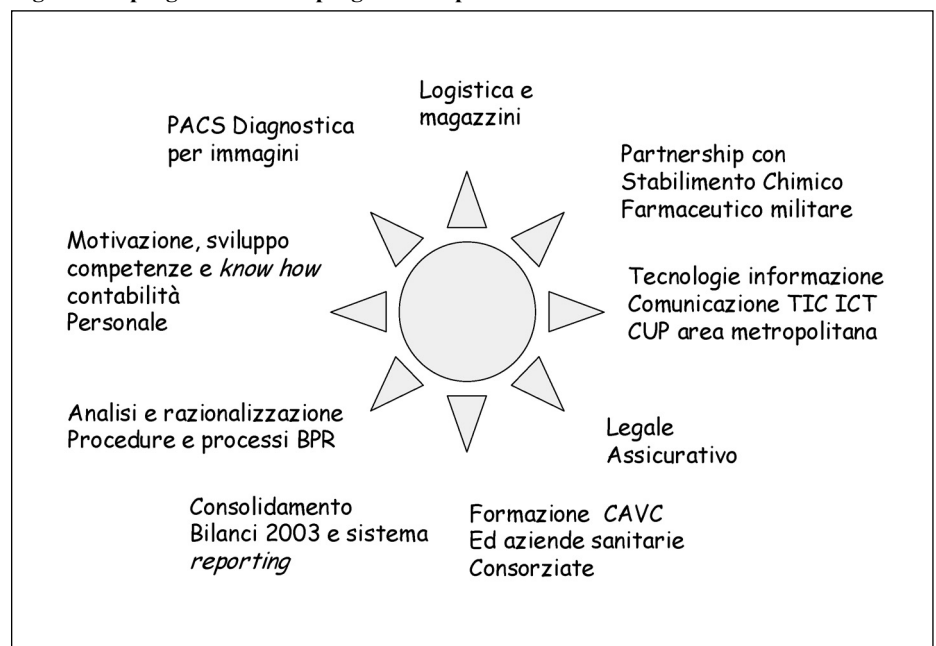
cazioni in rete al fine di ottimizzare la logistica dei farmaci e dei dispositivi medici e collaborerà con il CAVC per la verifica di fattibilità sulla eventuale produzione di galenici magistrale e di farmaci con brevetto scaduto (generici, orfani, ecc.).

Altro progetto a valenza di rete è rappresentato dal coordinamento delle Uo e dei professionisti che operano nelle aziende consorziate nell'area legale, con particolare attenzione al contenzioso del lavoro ed amministrativo, alla tutela della *privacy*, alle coperture assicurative, ai lavori pubblici.

Come prima anticipato, l'esperienza del Consorzio di area vasta Nord Ovest (CAVNO) costituisce importante conferma del riorientamento dei consorzi verso la configurazione di *network* intelligenti, collegata nel caso del CAVNO al progetto di *rete integrata di area vasta*.

Il CAVNO si sta innanzitutto muovendo verso gli *stakeholder* esterni, in prevalenza appartenenti al sistema della pubblica amministrazione; tra

Figura 3 - I progetti del Piano programma operativo. Area vasta Centro 2004





questi vanno ricordati la Regione rispetto a cui viene effettuato un periodico monitoraggio della attività e richiesti più puntuali orientamenti programmatici (CAVNO, 2004).

Altri soggetti coinvolti nella rete interistituzionale del CAVNO sono gli altri due Consorzi di area vasta, con cui è stato attivato un tavolo periodico di confronto e coordinamento sistematico, il Comitato di area vasta e le Aziende sanitarie ed ospedaliere; progetti significativi sono rappresentati dal bilancio consolidato, l'integrazione tra i documenti di piano (PAL - PAO) relativamente alla assistenza ospedaliera e l'elaborazione di un documento di programmazione sanitaria (percorsi diagnostici terapeutici, cardiologia-cardiochirurgia, neurologia, oncologia).

Importanti *stakeholder* esterni di particolare importanza per la realizzazione degli interventi previsti sono le Organizzazioni sindacali, determinanti per la definizione delle politiche di assegnazione e gestione del personale, e le imprese private fornitrici.

Rispetto a queste ultime, CAVNO si è trovato a dover gestire il nodo critico, già posto alle prime esperienze di centralizzazione degli acquisti, Consip in primo luogo, dell'impatto dell'unione di acquisto sul sistema delle piccole e medie imprese e della esigenza di sostegno e qualificazione delle imprese locali; come gli altri consorzi di area vasta il CAVNO si è mosso in modo concertato con la Regione e gli istituti di ricerca regionali.

CAVNO, in collaborazione con le imprese, ha cercato di individuare possibili soluzioni gestionali sulla finanza di progetto, sulla esternalizzazione/*outsourcing*, e sulle diverse formule di *leasing*.

Alla attenzione verso gli *stakeholder* esterni si è accompagnata la creazione di una rete intraistituzionale, formata da *stakeholder* interni; tra

questi vanno richiamati i vertici direzionali delle aziende sanitarie, il coordinamento dei responsabili delle unità operative Acquisizione beni e servizi, le Commissioni tecniche per le gare di area vasta, con cui sono state definite linee di indirizzo relativi, ad esempio, alla predisposizione dei capitolati ed alla valutazione delle offerte.

Nella rete intraistituzionale sono poi coinvolti il coordinamento dei farmacisti, il coordinamento degli ingegneri clinici, con cui è stato definito il programma di acquisti delle attrezzature, il coordinamento dei NIT (ambito della *information communication technology*), il coordinamento dei responsabili di Laboratorio e degli Affari legali

Il quadro dei portatori di interessi, aspettative, ipotesi di collaborazione e cooperazione del CAVNO presentato nella figura 4 viene completato dal Consiglio nazionale delle ricerche (CNR CREAS) sugli acquisti di tecnologie biomediche, dalla Scuola Superiore Sant'Anna (ricerca, consulen-

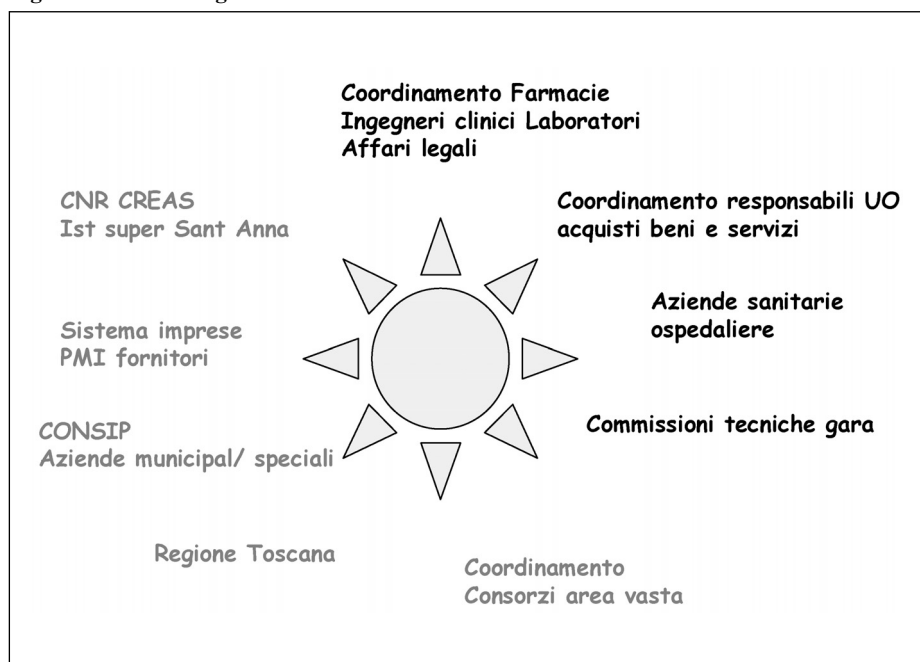
za e formazione), dalla CONSIP (*e-procurement*) e dalle aziende municipalizzate/speciali sulla gestione dei rifiuti speciali.

## 5. Un quadro di confronto sui risultati delle esperienze analizzate

Il confronto tra l'esperienza dei due CAV Toscana e della CIA dell'area metropolitana di Bologna, confronto che dovrà, in prospettiva, essere esteso all'altro consorzio toscano ed alla Asur marchigiana, è di particolare interesse e offre spunti significativi per capire la performance effettiva delle iniziative di ricentralizzazione delle funzioni acquisti e dei servizi amministrativi e fornisce preziose indicazioni ad altre regioni potenzialmente interessate a mettere in atto progetti simili.

Le indicazioni che emergono dal confronto, basato sul confronto dei valori, vanno considerate con molta attenzione; infatti, fino al 2003 CAVC e CAVNO non avevano ancora inizia-

Figura 4 - La rete degli *stakeholders* interni ed esterni del CAVNO



to le gare in unione d'acquisto, mentre tutta l'attività di CIA è stata prevalentemente orientata all'acquisto di farmaci.

Prima e più significativa variabile di confronto è rappresentata dal valore dei beni e servizi acquistati in comune; il dato assoluto va sempre riportato al totale degli acquisti dei beni e servizi delle singole aziende sanitarie aderenti e/o partecipanti

La CIA di Bologna, che agisce secondo una logica di rete «volontaria», presenta un volume di acquisti aggiudicati per il 2003 pari al 5% circa della CAVC ed a meno del 2% del CAVNO, che si caratterizzano come rete formale istituzionale; il *gap* rimane costante se si considerano gli acquisti programmati per il 2004.

Questo differenziale trova una importante spiegazione se si guarda al rapporto tra valore degli acquisti in gruppo e valore totale degli acquisti delle aziende sanitarie aderenti e/o consorziate; CAVC e CAVNO coprono ormai più del 50% degli acquisti delle aziende sanitarie toscane, proprio per la formula istituzionale adottata.

Una trasformazione dell'assetto istituzionale e della logica operativa della CIA verso modelli che limitano la discrezionalità nei comportamenti di acquisto delle aziende potrebbe sicuramente rappresentare un deciso salto di qualità nei risultati di attività.

Le *performance* economiche, ed in particolare il dato sui risparmi, consentono di fare un immediato confronto con i risultati conseguiti in altri sistemi sanitari a seguito della attivazione delle strategie di intervento definite come *mantenimento delle politiche correnti*, ossia interventi caratterizzati dall'essere a costo zero (o a costi contenuti) per la rete di organizzazioni sanitarie coinvolte e finalizzati allo sfruttamento delle capacità operative

e gestionali esistenti (Meneguzzo, 2000; Lega, 2002).

Tra questi interventi, notevole rilievo assume la rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi, che accomuna le strategie di intervento seguite dalla CIA di Bologna e dal CAVC di Firenze.

Nel contesto statunitense i risparmi conseguiti a seguito della rinegoziazione dei contratti di acquisto variano tra l'1,5% ed 4% del totale dei costi (HCAB, 1995); le *performance* conseguite nelle due esperienze analizzate presentano valori sicuramente apprezzabili.

Infatti, per la CIA emiliana i risparmi in % ammontano al 14% sul totale degli acquisti nel 2003 e in *media del 6% nel triennio in piena sintonia con il 5,7% del CAVC di Firenze e con un valore più basso riscontrato per il CAVNO (4%)*, cui vanno però aggiunti i valori legati alla gestione della Tesoreria unica ed ai risparmi sul personale.

I risultati conseguiti dai sistemi multispedalieri statunitensi quanto a sinergie di rete possono, inoltre, servire come termine di paragone per valutare altri interventi che consorzi/associazioni e società operative messe in atto dalle aziende sanitarie potranno conseguire anche in altri ambiti.

Ad esempio, i risparmi conseguiti a seguito della messa in comune delle funzioni di supporto (amministrativo, logistico ed alberghiero) sono stati stimati nell'ordine del 3-3,5%; anche in questo caso occorre ricordare il valore assoluto del risparmio del progetto Logistica della CIA bolognese pari a 5,3 milioni di €.

Infine, la riduzione dei livelli manageriali e la razionalizzazione nell'utilizzo del personale vengono quantificati, sempre nel contesto statunitense, intorno al 4,5% del totale dei costi; finora nelle esperienze esaminate non sembrano essere stati condotti inter-

venti significativi sulla dotazione di organico, ad eccezione della esperienza di CAVNO che ha visto il ridimensionamento dell'organico da 110 a 96 operatori.

Da sottolineare, a questo proposito, guardando la dotazione di personale nelle due esperienze, il mantenimento del rapporto 1 a 10, tra CIA verso CAVC e CAVNO, del tutto coerente con il rapporto tra i valori che esprimono le gare aggiudicate e i risparmi conseguiti.

Altre due rilevanti considerazioni emergono dal confronto delle esperienze.

La prima riguarda i soggetti istituzionali coinvolti; in entrambi i casi prevalgono, se non dominano, le aziende sanitarie ed ospedaliere, mentre non si prevede e il coinvolgimento delle strutture sanitarie private (cliniche, case di cura) o delle strutture di lungodegenza ed in generale sociosanitarie (case di riposo), sull'esempio di quanto sta succedendo in altri Paesi europei come Germania federale e Svizzera.

La seconda riguarda le possibili scelte di diversificazione adottate dai centri che gestiscono acquisti di gruppo e servizi amministrativi; infatti, in numerose esperienze a livello internazionale si è partiti dall'acquisto di beni e servizi per arrivare a svolgere in modo unitario, servizi generali utilizzati a livello di rete (consulenza, legale, *marketing* e relazioni esterne, pubblicità e relazioni istituzionali — *membership* —), i servizi logistici, tecnici ed alberghieri (lavanderia, *material management* e trasporti interni, telefono e telecomunicazioni. Sicurezza e sorveglianza, manutenzione edifici ed impianti, pulizia, mense e *catering*, spazi verdi e parcheggi) (Meneguzzo, 2000).

In alcuni casi ci si è spinti sui servizi di supporto sanitario (farmacia, laboratorio, diagnostica per immagi-

ni, consulenze sanitarie, blocco operatorio e aree attrezzate chirurgiche).

Nella figura 5 viene illustrato il principale risultato che emerge dalla analisi delle esperienze empiriche; infatti, le azioni, messe in atto dalle aziende ed organizzazioni sanitarie

per conseguire sinergie ed economie di scala, possono essere classificate in base alla loro frequenza riscontrata empiricamente ed ai tempi necessari per la loro effettiva implementazione. (HCAB, 1995; Meneguzzo, 2000).

Interventi più frequenti ed a maggiore rapidità attuativa sono costituiti

dalla riduzione e semplificazione delle posizioni manageriali e dei ruoli intermedi tecnico amministrativi. A queste seguono la razionalizzazione di alcune attività di supporto come le consulenze gestionali ed informatiche, le spese promozionali e pubblicitarie e le consulenze legali.

Tabella 9 - Performance ed attività a confronto nel 2003

Indicatori risultato e risorse gestite	C.I.A. area Bo-Fe	CAV Centro Toscana	CAV Nord ovest
Acquisti aggiudicati 2003	3,8	97,3	197,8
<b>Risparmio medio %</b>	<b>- 14%</b>	<b>- 5,7%</b>	<b>- 3,8%</b>
Risparmio valore	0,5	5,5	7,9
Acquisti effettuati 2000 2003	85,9		
Risparmio medio %	- 7%		
Risparmio medio valore	3,8		
Procedure avviate 2003		407,5	533
Previsione acquisti 2004	18,3	233,4	250 (3)
Risparmio logistica	5,3		
Risparmio personale			0,5
Dotazione organica	6 unità	60 (1)	96 (2)
Aziende sanitarie aderenti	5	4	5
<b>Aziende ospedaliere</b>	<b>Ao Sant'Orsola Ao Ferrara Ist. Ortop. Rizzoli</b>	<b>Aou Careggi Aou Meyer</b>	<b>Ao Pisana</b>
Integrazione logistica	Gara completata - stand by	Studio prefattibilità	Studio prefattibilità Bando logistica
Ricontrattazioni			Protesi ortopediche Risonanza magnetica Lettura ottica ricette
Adesione gare regionali			Antistaminici Contratti assicurativi
RIS PACS tecno biomediche		Gara in corso	Gare acquisto
CUP area metropolitana	<i>CUP 2000 spa Bologna</i>	Studio prefattibilità	<i>Gara effettuata</i>
Tesoreria unica		Progetto intervento	Consorzio Metis manutenzione tecno
Tecnologie sanitarie e manutenzione		Revisione O.P. regionale	
Osservatorio prezzi			

Dati milioni €. elaborazione a cura di M. Meneguzzo.

(1) Di cui 52 provenienti dalle aziende consorziate.

(2) Rispetto ai 110 inizialmente previsti.

(3) Risultanti aggiudicazioni primo semestre 2004 e 70 milioni di € per gare previste (dispositivi medici, farmaci, materiale diagnostico, attrezzature e beni patrimoniali e materiale economico) 2004 dati in migliaia di €.

Altri interventi sono poi rappresentati dalla unificazione e dalla successiva riorganizzazione dei servizi amministrativi e dei servizi tecnico economici (lavanderia e magazzini) e la rinegoziazione dei contratti di acquisizione di beni e servizi.

La CIA, come rete volontaria, si è concentrata sugli acquisti, sulla logistica e su un'area, rappresentata dalla Commissione terapeutica metropolitana, che svolge un'azione a tempi attuativi medi e non frequente, riconducibile all'ambito della razionalizzazione delle procedure complesse e di routine.

Il CAVC ha seguito una strategia di diversificazione sicuramente più incisiva, anche perché operante su logiche più istituzionali, con interventi che riguardano la eliminazione e la duplicazione dei contratti di acquisto, il consolidamento delle funzioni amministrative (legale, assicurativa, *Information communication technology*), la centralizzazione dei magazzini e nel caso del CUP metropolitano, le procedure complesse e di routine.

La stessa logica è stata seguita dalla CAVNO che ha proceduto con maggiore decisione sui servizi legali e sui contratti assicurativi, sugli acquisti e sulla manutenzione delle tecnologie biomediche, per cui è stata prevista la collaborazione con il Consorzio Mettis.

Per le diverse aree di intervento previste dovrà essere effettuata una valutazione delle *performance* complessive del Consorzio, che colleghi secondo una logica di *balanced scorecard*, *dimensione economica*, *capacità di innovazione*, *sviluppo del know how aziendale* e *valorizzazione delle risorse umane e soddisfazione dei clienti interni*; questa indicazione rappresenta la considerazione finale di questo lavoro e costituisce ambito di ricerca e riflessione per capire l'effettiva porta-

ta degli interventi di ricentralizzazione regionale.

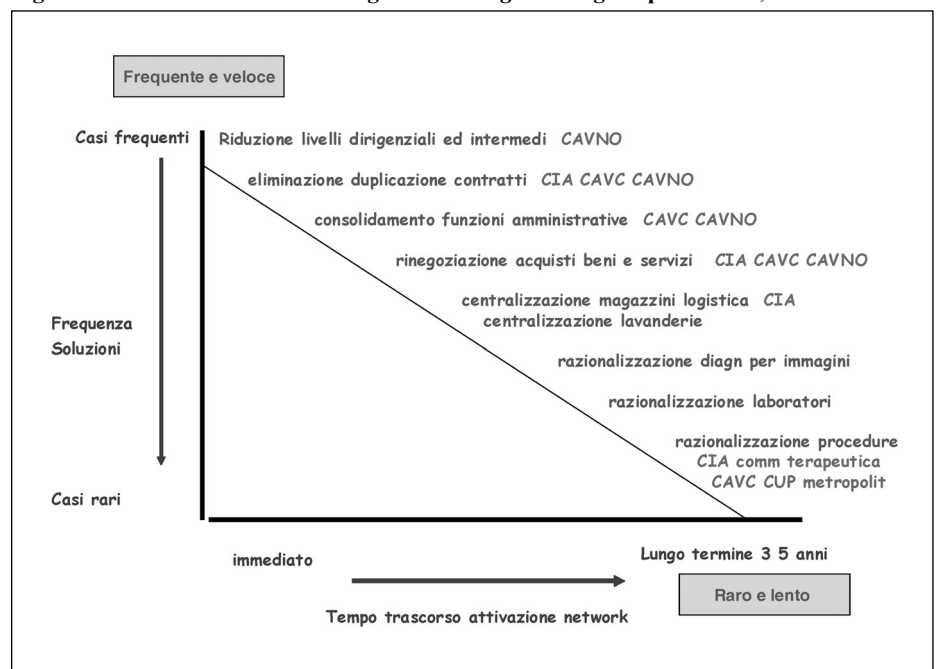
Due ulteriori importanti ambiti di riflessione strategica e di successive sperimentazioni gestionali saranno sicuramente rappresentate:

— dalla individuazione dei modelli organizzativi per la gestione della fun-

zione acquisti ed approvvigionamenti di area vasta, in linea con quanto è avvenuto e sta avvenendo a livello europeo ed internazionale;

— sulla evoluzione della figura del *buyer*; a questo proposito molto utile è il confronto con le tendenze in atto nelle imprese sulla evolu-

**Figura 5 - Interventi adottati strategie *networking* e strategie esplicite CIA, CAVC CAVNO**



Fonte: rielaborazione autore da HACB 1995, Meneguzzo, 2000 e 2004.

**Tabella 10 - Il coordinamento degli acquisti all'interno della Tilak (Austria) ed EOC (Svizzera)**

	Investimenti edili logistica	Prodotti farmaceutici	Materiale sanitario	Attrezzature mobili arredi	Prodotti alimentari
Completo accentramento	TILAK OEC	TILAK			
Soluzione mista		OEC	TILAK OEC	TILAK OEC	
Completo decentramento			OEC		TILAK OEC

Fonte: Buccoliero-Meneguzzo, 1999.

zione della funzione acquisti e della stessa funzione di *supply chain management*, che richiede una integrazione tra profilo commerciale, legale (negoziazione dei contratti di fornitura), finanziario, tecnologica-specialistica e di *leadership* interna (Focus, 2004).

Rispetto al primo punto, si ricorda che, sulla base di numerose esperienze europee (Svizzera, Danimarca, Spagna, Austria, Regno Unito — si veda tabella 10) (Buccoliero, Meneguzzo, 1999), il modello *polo centrale snello/antenne operative presso le aziende sanitarie*, adottato da CAVC e CAVNO, andrà sicuramente confrontato con altre soluzioni rappresentate dalla creazione di una rete di centri di servizio presso le aziende partecipanti, sulla costituzione di una società *ad hoc*, che possa servire altri segmenti clienti, sul *contracting in* verso agenzie e centri servizi presenti nel sistema della pubblica amministrazione o sulla esternalizzazione/*contracting out* di fasi del processo d'acquisto (analisi di mercato, distribuzione e logistica) verso soggetti privati.

## BIBLIOGRAFIA

- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M. (1999), *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- CUCURULLO C., MENEGUZZO M. (2003), *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario*, Rapporto CEIS sanità Università Roma Tor Vergata Ed Gruppo Italtromo, Roma.
- CENTRALE INTERAZIENDALE APPROVVIGIONAMENTO PRODOTTI FARMACEUTICI ED ALTRO MATERIALE SANITARIO AREA VASTA BOLOGNA FERRARA (2003), *Relazione di attività 2000-2003*.
- CONSORZIO DELL'AREA VASTA CENTRO (2003)a, *Bilancio di previsione e contributi delle aziende 2004*, dicembre 2003.
- CONSORZIO DELL'AREA VASTA CENTRO (2003)b, *Proposta di piano programma di attività*, dicembre 2003.
- CONSORZIO DELL'AREA VASTA CENTRO (2004)a, *Rapporto sulla attività del 2003 e programmazione del 2004*, marzo 2004.
- CONSORZIO DELL'AREA VASTA CENTRO (2004)b, *Bilancio di previsione e contributi delle aziende 2004*.
- CONSORZIO DELL'AREA VASTA NORD OVEST (2003), *Relazione e monitoraggio dell'attività 2003*.
- FOCUS (2004), «Forum verso il supply chain management», *Economia & management*, 4.
- HEALTH CARE ADVISORY BOARD (1995), *Network advantage*, HCAB, Washington.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, EGEA, Milano.
- MENEGUZZO M. (2003), «Le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi: esperienze e prospettive di sviluppo nelle aree metropolitane», in DIRINDIN N. (a cura di), *Cooperazione e competizione nel sistema sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- MENEGUZZO M. (2000), «Il terreno della innovazione organizzativa: le reti sanitarie multiospedaliere e multiservizi», in BERGAMASCHI M., *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGrawHill, Milano, 2000.
- MIOLO VITALI P., NUTI S. (2003), *Ospedali in rete e rete di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, Osservatorio di change management in sanità Scuola superiore Sant'Anna, Franco Angeli, Milano.
- NORMANN R., RAMIREZ R. (1995), *La costellazione del valore*, ETAS Libri, Padova.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2004), *Delibera 1280/2004*.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2004), *Legge sullo Sviluppo regionale della società della informazione* (n. 11 maggio 2004).
- REGIONE MARCHE ASUR (2004), *Cantiere ASUR: le azioni strategiche*.
- REGIONE TOSCANA, DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETÀ (2002), *Disposizioni operative in esecuzione deliberazione 144/2002*.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese, modelli e prospettive per un teoria del coordinamento tra imprese*, Carocci Editore, Roma.
- SOLE 24 ORE SANITÀ (2004), «Collaudo riuscito per ASUR», 12-18 ottobre 2004.
- www.consanita-centro.toscana.it.

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.

# SERVIZI DI RADIOLOGIA: REPORT E VALUTAZIONE. IL CASO DELL'A.O. DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Antonio Nava<sup>1</sup>, Ilaria Albini<sup>1</sup>, Matteo Brambilla<sup>1</sup>, Fabrizio Rugarli<sup>1</sup>, Francesco D'Andrea<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Controllo di Gestione Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia

<sup>2</sup> Responsabile di Il livello struttura complessa diagnostica per immagini Presidio Lomellina

SOMMARIO: Premessa - 1. Criticità rilevate - 2. Percorso operativo - 3. La raccolta dei flussi informativi - 4. L'analisi - 5. Considerazioni e prospettive di sviluppo - 6. Conclusioni.

## Premessa

L'Azienda ospedaliera della Provincia di Pavia, di seguito denominata Ao della Provincia di Pavia, nasce il primo febbraio 2002 in conseguenza alla separazione dall'Asl unificata Pavia di otto ospedali (1) e di altre strutture sanitarie (undici poliambulatori, sei CAL e diciassette strutture per la tutela della salute mentale) come da D.C.R.L. n. 401 del 15 gennaio 2002. Si è attuato, in questo modo, sul territorio provinciale, il nuovo modello sanitario lombardo (L. reg. 31 del 1997, P.s.r. 2002-2004) che si basa sulla suddivisione dei compiti nella rete degli attori istituzionali: la programmazione del sistema e la committenza in capo alle Aziende sanitarie locali e la produzione alle Aziende ospedaliere.

La forza organica effettivamente occupata in data 1° gennaio 2003, nelle unità operative che sarebbero diventate Ao della Provincia di Pavia, ammontava a circa 2.988 unità suddivisi in 2.469 afferenti al comparto, 468 dirigenti medici e 51 dirigenti SPTA.

Le numerose strutture sopra citate, diffuse su tutto il territorio provinciale, lo presidiano uniformemente (vedi tabella 1 e figura 1), ma generano an-

che elementi di criticità gestionale che si sommano ai classici fattori di ipercomplessità propri di ogni azienda sanitaria. Ad esempio, rispetto alla sede della Direzione generale, che si trova a Pavia, l'ospedale più lontano, quello di Varzi, è ad oltre sessanta chilometri di distanza e per di più in zona collinare.

La dispersione delle strutture condiziona inevitabilmente la funzionalità dell'azienda, in quanto rende più complessa l'integrazione dei servizi, in special modo quando si tratta di coniugare l'esigenza di mantenere elevati livelli di *efficienza* economico-organizzativa con l'esigenza di un'adeguata copertura territoriale dei servizi erogati, in modo da raggiungere, per qualità e quantità, elevati livelli di soddisfazione della domanda degli utenti (*efficacia*).

In attuazione alla normativa vigente e ai fini della gestione delle criticità gestionali evidenziate, l'Ao della Provincia di Pavia si è dotata di un'organizzazione dipartimentale. Tale modello prevede l'aggregazione di più strutture complesse al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, le dotazioni presenti nelle unità operative che confluiscono nei singoli dipartimenti, con

l'obiettivo di svolgere in maniera coordinata attività molteplici. I dipartimenti, individuati sono stati suddivisi tipologicamente in Gestionali e Funzionali: i primi caratterizzati da strutture complesse tra loro affini, complementari o omogenee; i secondi, invece, costituiti da strutture complesse le cui attività sono state giudicate da uniformare sotto i profili organizzativo, scientifico e tecnico.

All'interno dell'organizzazione dell'Ao della Provincia di Pavia si colloca anche il Dipartimento di Diagnostica per immagini, oggetto della nostra analisi, composto da:

a) *Radiodiagnostica Presidio Ospedaliero Voghera*: struttura complessa cui fanno riferimento anche le radiologie periferiche degli ospedali di Varzi, Broni e Stradella;

b) *Radiodiagnostica Presidio Ospedaliero Vigevano*: struttura complessa cui fanno riferimento anche le radiologie periferiche degli ospedali di Mortara, Mede e Casorate Primo.

Appare evidente che i fattori di complessità collegati alla frammentazione particolarmente rilevanti nei cosiddetti «servizi speciali di diagnosi e cura», si ripresentano a livello aziendale per ogni Dipartimento che sia ra-

**Tabella 1 - Le strutture sanitarie confluite nella AO della Provincia di Pavia**

Territorio	Presidi ospedalieri	Poliambulatori	CAL	DSM
<b>Oltrepo</b>	Ospedale Civile di Voghera Ospedale «SS. Annunziata» Varzi Ospedale «Arnaboldi» Broni Ospedale «Sola-Forni-Gazzaniga» Stradella	Poliambulatorio Voghera Poliambulatorio Casteggio Poliambulatorio Stradella	CAL Voghera CAL Varzi CAL Broni	C.P.S. Voghera C.P.S. Stradella C.D. Stradella C.R.T. Casteggio C.P. Voghera C.P. Mornico Losana N.P.I. Voghera
<b>Lomellina</b>	Ospedale Civile di Vigevano Ospedale «Asilo Vittoria» Mortara Ospedale «S. Martino» Mede Ospedale «Carlo Mira» Casorate Primo	Poliambulatorio Vigevano Poliambulatorio Garlasco Poliambulatorio Mortara	CAL Vigevano CAL Mede CAL Casorate Primo	C.P.S. Vigevano C.P.S. Mortara C.P.S. Mede C.R.T. Vigevano N.P.I. Vigevano
<b>Pavese</b>		Poliambulatorio Pavia Poliambulatorio Certosa di Pavia Poliambulatorio Corteolona Poliambulatorio Cava Manara Poliambulatorio Vidigulfo		C.P.S. Pavia C.R.T. Pavia C.P. e C.D. Pavia N.P.I. Pavia

Fonte: piano d'organizzazione aziendale 2003-2005.

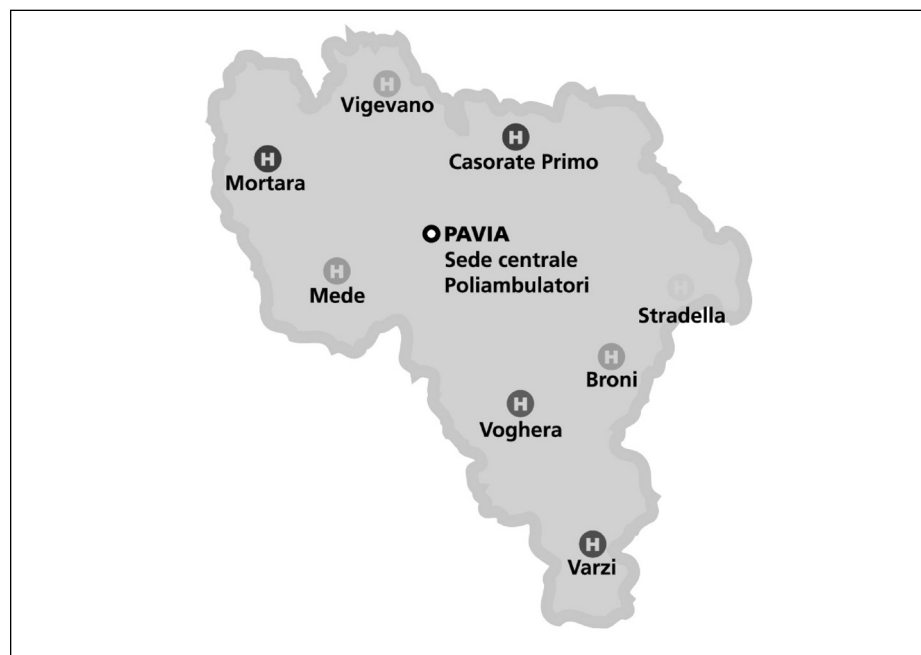
mificato sul territorio come quello in oggetto.

**1. Criticità rilevate**

Definito l'obiettivo aziendale di realizzare un migliore coordinamento delle risorse dipartimentali, nello svolgersi del ciclo di programmazione e controllo aziendale, si è reso necessario approfondire la conoscenza dell'attività delle diverse componenti del Dipartimento di Diagnostica per immagini.

L'urgenza di tale necessità è sorta dalla constatazione di crescenti problematiche relative alla contrazione dell'attività, al parziale raggiungimento degli obiettivi legati al margine economico e ai livelli d'efficienza operativa dei Centri di responsabilità, con evidenti ricadute sull'attività in-

**Figura 1 - Distribuzione delle strutture dell'Ao della Provincia di Pavia sul territorio provinciale**





terna (prestazioni intermedie), rispetto dei tempi medi di degenza, e sull'attività esterna (prestazioni ambulatoriali) con un allungamento dei tempi d'attesa. Il sistema informativo implementato dal Controllo di gestione aziendale si è dimostrato insufficiente a fornire le informazioni necessarie per comprendere le ragioni delle criticità del Dipartimento di Diagnostica per immagini, pertanto anche tale sistema doveva essere radicalmente riprogettato perché fosse coerente con il fabbisogno informativo della Direzione e dei CdR.

Nell'attività ospedaliera, i servizi di Diagnostica per immagini rappresentano un nodo organizzativo particolarmente critico che influenza e condiziona in misura considerevole l'efficienza dell'intera organizzazione. I livelli di efficienza dei servizi di Diagnostica per immagini dipendono da una pluralità di fattori: dal corretto *mix* di tecnologia impiegata tale che permetta l'erogazione di prestazioni adeguate, per tempi e modi, alla domanda, al fine di produrre volumi di offerta in grado di assorbirne i costi fissi; dall'organizzazione dei servizi; dal clima organizzativo; dal livello di integrazione con i reparti di degenza (clienti interni). Inoltre, la generale scarsità di personale, sia tecnico che medico, rappresenta un'ulteriore difficoltà che i servizi si trovano ad affrontare.

Le criticità evidenziate, note alla Direzione strategica, sono emerse in modo rilevante durante la negoziazione del *budget* 2004, nel cui ambito si è sviluppato un serio e rigoroso confronto per affrontare e risolvere queste difficoltà. Nel corso della discussione sono state formulate varie ipotesi. Si è ipotizzato che le criticità dei servizi diagnostici dell'Ao della Provincia di Pavia potessero essere riferibili a «colli di bottiglia» collegati all'organizzazione delle risorse strumentali a

disposizione delle unità operative (es. inappropriata degli spazi dedicati ai servizi collegati alle diagnostiche, oppure rigidità nella gestione dei turni del personale tecnico e di supporto, così da limitare i tempi di funzionamento e quindi i volumi). Queste ipotesi sono scaturite da percezioni o da impressioni raccolte presso gli operatori sanitari, mentre la reportistica, consolidata e utilizzata nel ciclo di *budget* (ricoveri, specialistica esterna, consumi sanitari, ecc.), per quanto ricca di dati, risultava inadeguata a fornire informazioni utili alla comprensione delle cause di tali problematiche.

Per tale ragione è nato il progetto specifico di adeguamento dei *report* e di valutazione delle *performance* legate al Dipartimento di Diagnostica per immagini, che si è posto come obiettivo generale di analizzare, rilevare e rappresentare l'attuale assetto organizzativo dei Centri di responsabilità del Dipartimento, con la finalità di evidenziare i punti di forza e di debolezza in atto e di ricavare utili indicazioni per migliorare l'economicità del servizio. Considerata la necessità di superare rapidamente il deficit informativo, la Direzione strategica ha fissato dei vincoli circa tempi e modalità d'attuazione del progetto. In particolare, i tempi di attuazione dovevano essere brevi, è stata concordata la conclusione del progetto entro il mese di luglio 2004; inoltre, l'analisi doveva essere attuata sui dati relativi al primo semestre 2004 in modo da poter intervenire sull'andamento annuale.

Il progetto è stato avviato nel corso del mese di marzo 2004 e concluso a luglio dello stesso anno. Progetti simili a questo sono stati programmati secondo una precisa strategia di sviluppo della funzione del Controllo di gestione aziendale che, nella neonata Ao della Provincia di Pavia, ha dapprima provveduto, attraverso un costante coinvolgimento dei responsa-

bili di CdR, all'implementazione del «*reporting* di base» sia per i reparti sia per i servizi, all'introduzione dei supporti tecnici di rilevazione dei flussi informativi, al consolidamento del ciclo di *budget* e di contabilità analitica e, successivamente, ha sviluppato un'azione mirata di miglioramento del sistema di controllo direzionale.

Questa condotta ha contribuito alla crescita della cultura di gestione aziendale e sviluppato una naturale esigenza conoscitiva che il sistema di *reporting* in atto non compensa pienamente. Il Controllo di gestione è quindi ora impegnato, per progressivi miglioramenti, a strutturare un sistema di reportistica personalizzata e specifica per ogni diversa specialità clinica, che integri la reportistica di *routine* con indicatori *ad hoc*, progettati a partire dalla cultura gestionale e dalle peculiarità di ogni singolo Centro di responsabilità.

Obiettivo del presente contributo è di rappresentare il percorso d'implementazione del sistema di *reporting* nel Dipartimento di Diagnostica per immagini, percorso caratterizzato da un marcato coinvolgimento diretto dei diversi attori preposti alla gestione dell'Ao.

La partecipazione delle diverse professionalità coinvolte ha riguardato:

- l'individuazione delle criticità;
- la rilevazione del fabbisogno informativo;
- l'identificazione degli indicatori e la condivisione del contenuto informativo;
- le modalità di rilevazione dei flussi informativi;
- l'analisi e valutazione della situazione rilevata;
- l'utilizzo del *reporting* nella gestione del servizio/ dipartimento.

In sostanza, s'intende porre l'attenzione, oltre che sui risultati raggiunti, sullo stile operativo adottato che consente, attraverso il coinvolgimento,

l'apporto tecnico professionale e la ricerca del consenso degli operatori, di apportare innovazioni nel sistema gestionale dell'azienda. Il Controllo di gestione, raccogliendo le sollecitazioni che permanentemente emergono dall'organizzazione aziendale, sviluppa e governa questi processi diventando strumento di cambiamento e rinnovamento. Inoltre, adottando uno stile che favorisce la collaborazione, consente di far crescere la cultura gestionale, legittimare gli interventi di programmazione e controllo, fornire un supporto utile a chi gestisce i servizi e al controllo operativo.

## 2. Percorso operativo

Al fine di affrontare organicamente la valutazione dei servizi radiologici, si è scelto di costituire un gruppo di lavoro che ha coinvolto, oltre all'ufficio Controllo di gestione, il Direttore di Dipartimento, il Responsabile della Struttura complessa e la Direzione sanitaria di presidio.

La prima fase del lavoro si è concentrata sull'individuazione degli aspetti critici da analizzare. Il gruppo di lavoro, dopo aver preso in considerazione il patrimonio informativo già presente in azienda relativo a dati, sia di carattere economico sia di carattere clinico, ha evidenziato alcuni snodi critici che necessitavano di ulteriori approfondimenti:

- analisi della domanda interna/esterna;
- tipologia delle prestazioni offerte;
- tempistica e modalità attraverso cui avviene l'erogazione dei servizi;
- risorse strumentali e umane impiegate;
- organizzazione del lavoro in atto.

Sulla base degli snodi critici individuati è stato proposto a tutti i componenti del gruppo di lavoro un percorso

concreto di analisi e ricerca composto da più fasi di approfondimento:

1) individuazione degli strumenti e della modalità di rilevazione dei flussi informativi necessari alla ricerca, compito affidato all'ufficio Controllo di gestione, che a sua volta si è premurato di condividerne la metodologia con gli altri soggetti;

2) rilevazione dei dati tramite incontri tra *controller* e medici, direttamente all'interno delle unità operative oggetto della ricerca;

3) analisi dei dati rilevati e rappresentazione della situazione in atto tramite indici e tabelle individuate e testate *ad hoc* per le esigenze informative aziendali;

4) lettura approfondita e condivisione dei risultati ottenuti, in modo da individuare le criticità organizzative e gestionali, che pesano maggiormente sulle difficoltà di raggiungimento dei risultati di *budget*. Tale lettura mira all'individuazione concreta di proposte e percorsi di miglioramento, con particolare riguardo alle effettive condizioni di fattibilità.

## 3. La raccolta dei flussi informativi

Ritenendo valida la regola secondo cui, nelle procedure di ricerca e analisi manageriale — per quanto un processo possa risultare ben strutturato — un buon risultato dipende dai buoni *input* informativi inseriti, la fase di raccolta dati è stata particolarmente curata e dettagliata. Parallelamente all'individuazione degli snodi critici fondamentali, il gruppo di lavoro si è premurato di evidenziare anche i fabbisogni informativi. Sulla base di tali fabbisogni, l'ufficio Controllo di gestione ha predisposto un set di schede per la raccolta e l'analisi dei dati necessari a integrare i flussi di dati già presenti in azienda ed ha, quindi, successivamente condiviso con tutto il gruppo di lavoro la metodologia attraverso cui so-

no state concepite tali schede ed i rispettivi criteri di compilazione.

La logica di creazione e la compilazione delle schede hanno rappresentato i passaggi decisivi per il positivo esito della ricerca e quindi saranno dettagliatamente illustrati nel prosieguo del paragrafo.

La logica secondo cui è stato pensato il set di schede si fonda su due principi guida.

In primo luogo la necessità di entrare a fondo nella comprensione del modello organizzativo e delle modalità di impiego delle risorse. A tal fine la raccolta dei dati e la compilazione delle schede è avvenuta, almeno per le strutture principali di Vigevano e Voghera, attraverso un procedimento di schedulazione pensato per ridurre al minimo il rischio di tralasciare aspetti rilevanti riguardanti l'attività delle radiologie indagate, anche a costo di spendere tempo a schedare informazioni ridondanti.

La rilevazione è avvenuta, attraverso le schede sotto descritte, direttamente nelle unità operative, ad opera di sottogruppi di lavoro composti dal dirigente medico primario e dai componenti del Controllo di gestione.

Il secondo principio guida riguarda la molteplicità dei punti di osservazione necessari per ottenere una visione multidimensionale dell'attività svolta che consideri problemi uguali da prospettive diverse, in modo da non sottovalutare la complessità dei problemi organizzativi dei CdR indagati. Il set comprendeva quattro fogli di lavoro che rileggevano dati a volte simili da angolature differenti, di seguito brevemente riassunti:

— flussi dei dati sulle attività ambulatoriali, per ricoverati e per pronto soccorso;

— caratteristiche tecniche delle diagnostiche impiegate;

— organizzazione dei turni e delle mansioni di tutto il personale impe-

gnato nei servizi radiologici (dirigenti medici, collaboratori tecnici, altri operatori sanitari e altri operatori amministrativi);

— risorse (strumentali, umane e finanziarie) impiegate per ogni settore di attività interno alle unità operative di radiologia.

Segue la descrizione dettagliata delle modalità di rilevazione attuate.

### 3.1. Scheda A. Report attività

La prima delle quattro schede (vedi tabella 2) ha focalizzato l'attenzione del gruppo di lavoro su come strutturare il *reporting* delle attività (ambulatoriale, per ricoverati e di pronto soccorso) e da quale fonti trarre le informazioni per compilarlo.

Il fine di tale *reporting*, a regime, riguarderebbe l'individuazione dei volumi di attività per ogni macroclasse di attività diagnostica individuata in accordo con i responsabili di CdR. Il foglio di lavoro mirava, anche, all'individuazione precisa delle fonti da cui i vari soggetti del gruppo di lavoro ot-

tengono i dati in modo da chiarire univocamente e correttamente i flussi informativi. Sulla base di adeguate basi dati si è potuta perfezionare l'impostazione dei *report* in modo da renderli più utili alla gestione e al controllo dei risultati.

Inizialmente, si è proceduto a mappare le aree di attività del servizio di radiologia suddividendole in:

— attività svolta a favore di pazienti ricoverati nella struttura ospedaliera, distinguendo gli ordinari da quelli urgenti;

— attività ambulatoriale esterna;

— attività esterna (ambulatoriale) in regime di pronto soccorso.

Per ciascuna area sono state poi individuate:

a) volume di attività tramite il numero delle prestazioni;

b) valorizzazione secondo il tariffario regionale (le prestazioni ambulatoriali in regime di Ps sono state valorizzate al 150% in base a quello stabilito dalla Regione Lombardia);

c) «prestazione equivalente» o «prestazione pesata». La determina-

zione della prestazione equivalente è stata ottenuta dividendo il valore delle prestazioni contenute nel nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali per la valorizzazione più bassa presente, corrispondente ad alcune prestazioni di laboratorio quali «emoglobina» e «valore ematocrito» (pari a 1,03 euro).

Abbiamo assunto implicitamente che i valori di remunerazione espressi dal nomenclatore regionale esprimessero correttamente il valore delle risorse impiegate per la produzione delle prestazioni. Quindi, il valore della prestazione equivalente esprime l'impegno della struttura e delle apparecchiature, del personale medico e tecnico in termini di tempo e di impegno culturale ed i costi del materiale di consumo necessari all'esame. Per determinare la prestazione equivalente si è adottato come riferimento il nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali. Tale procedura (analogamente per i Drg delle unità di ricovero) consente di omogeneizzare la rilevazione dell'attività e di effettuare

Tabella 2 - Scheda A. Report attività e fonti

Presidio e CdR	Ricoverati (Fonte ...)					Ambulatoriali (Fonte ...)					PS (Fonte ...)			Totale				
	N. prest. ordinarie	N. prest. urgenti	N. prest. equivalenti ordinarie	N. prest. equivalenti urgenti	N. prest. equivalenti totale	N. prest. ordinarie	N. prest. urgenti	N. prest. equivalenti ordinarie	N. prest. equivalenti urgenti	N. prest. equivalenti totale	N. prest. urgenti	N. prest. equivalenti urgenti	N. prest. equivalenti totale	N. prest. ordinarie	N. prest. urgenti	N. prest. equivalenti ordinarie	N. prest. equivalenti urgenti	N. totale prestazioni equivalenti
Tac																		
Ecografia																		
Rx tradizionale																		
Mammografia																		
Altre																		
<b>Totale</b>																		

confronti tra radiologie diverse e tra case mix differenti.

Identificato il valore complessivo delle prestazioni equivalenti, che rappresenta un indicatore di attività, questo può essere utilizzato per analizzare e comparare la produzione dei diversi settori del dipartimento, individuare quale delle prestazioni erogate sia la più «pesante» in termini assoluti o medi, per realizzare confronti tra radiologie diverse, nel tempo e nello spazio, e per rilevare i costi di produzione per fatturato unitario meglio specificati in seguito.

Attraverso l'adozione della prestazione equivalente si supera il tradizionale approccio del numero di esami e si eliminano le differenze fra le diverse tipologie di esami prodotti dai settori del servizio.

Il concetto della prestazione equivalente, individuato con altra metodologia e definita «volume di attività pesato torace equivalente», è stato anche sviluppato dalla Società Italiana di Radiologia Medica (supplemento de *il Radiologo* 1/2004).

Per ciascuna area di attività i dati sono stati suddivisi in base alle tipologie diagnostiche più rilevanti, concordate con i responsabili dei CdR (Tac, Ecografia, Rx Tradizionale, Mammografia e una categoria residuale: Altro). Sono state, inoltre, specificate nella parte alta delle tabelle le fonti di rilevazione da cui sono stati estratti i dati.

### 3.2. Schede B e C. Rilevazione della dotazione tecnologica e delle risorse umane

La scheda di analisi delle dotazioni tecnologiche (vedi tabella 3) ha riguardato le potenzialità delle diagnostiche e la stima dell'assorbimento delle risorse ad esse collegate.

Per ogni singola diagnostica sono state indagate e rappresentate le caratteristiche tecniche (data di acquisto, produttività), i tempi di funzionamento per ogni specifica area di utenza (per interni, per esterni e per pronto soccorso) e il numero di risorse umane dedicate (medici, collaboratori tecnici professionali e altri).

La scheda di analisi delle risorse umane (vedi tabella 4) completa e approfondisce la precedente attraverso l'analisi degli orari, delle mansioni e dei carichi di lavoro per ogni singola figura professionale presente nelle unità operative.

Le due prospettive di analisi sono state accostate perché il concreto organizzarsi del lavoro all'interno dei reparti di radiologia dipende indissolubilmente dal numero e dalle potenzialità diagnostiche presenti.

La compilazione delle schede B e C ha comportato un maggior sforzo analitico rispetto alla precedente, perché, approfondendo l'aspetto dell'assorbimento di risorse umane, si mirava a rappresentare la struttura organizzativa su cui sono state innestate tutte le analisi seguenti: attraverso la rappresentazione dell'organizzazione si è chiaramente definito chi, quanto e come si lavora su ogni singola diagnostica nell'arco di una giornata tipo. La compilazione delle schede è stata attuata con la collaborazione del responsabile del servizio e, in particolare per

**Tabella 3 - Scheda B. Rilevazione dotazione tecnologica/risorse dedicate**

Presidio e CdR						Interni	Esterni	PS	Personale dedicato						
Apparecchiature/sorgenti	Settore	Data di acquisto	N. potenziale esami	Funzionamento n. gg. sett. istituzionale	Funzionamento n. gg. sett. urgenze	N. fascia oraria di utilizzo dalle/alle	N. fascia oraria di utilizzo dalle/alle	N. fascia oraria di utilizzo dalle/alle	Dir. medico II livello	Dir. medico I livello	Coll. prof. tecnici rad.	Inferm. profess.	OTA	Ausiliario	Amministrativo
Descrizione															
Tac															
Ecografia															
Rx tradizionale															
Mammografia															
Altre															
<b>Totale</b>															

le schede B-C-D, attraverso la rilevazione nell'U.O. di una giornata tipo in modo tale da confermare o meno quanto rilevato.

### 3.3. Scheda D. Risorse per attività

L'ultima delle schede di rilevazione è finalizzata ad individuare, per ogni settore di attività, la tipologia della domanda, le risorse umane dedicate, le attività prevalenti per l'erogazione.

In realtà però questa scheda è stata la meno efficace in ordine alla realizzazione del progetto. Molte delle informazioni in essa raccolte si sono rivelate ridondanti rispetto alle schede precedenti. Il solo apporto conoscitivo è stato quello proveniente dalle informazioni inerenti la domanda di servizi

Tabella 4 - Scheda C. Rilevazione risorse umane

Presidio e CdR	N. gg. lavoro settimanali	N. turni	Turno n. 1 dalle... alle...	Turno n. 2 dalle... alle...	Turno n. 3 dalle... alle...	Turno n. 4 dalle... alle...	Reperibilità	Att. c/o altri presidi	Guardie	Trasporto paziente	Assistenza paziente	Esecuzione esame	Refertazione
Figure professionali													
Dirigente medico II livello													
Dirigente medico I livello													
Coll. profess. tec. di radiologia													
Infermiere professionale													
OTA													
Ausiliario													
Amministrativi													

Tabella 5 - Scheda D. Rilevazione per fasce orarie dell'attività

Presidio e CdR	Offerta	Dalle... alle...	Dalle... alle...	Dalle... alle...	Dalle... alle...	Dalle... alle...	Dedicati o Reperibili						Attività					
							Dir. medico II livello	Dir. medico I livello	Coll. prof. tecnici rad.	Inferm. profess.	OTA	Ausiliario	Amministrativo	Esecuzione prestazione	Refertazione	Assistenza al paziente	Trasporto paziente	
Urgenza	PS																	
Attività interna	Ricovero ordinario urgente Ricovero ordinario DH Sala operatoria programmata Sala operatoria urgente Prericoveri																	
Attività esterna	Ugenti Ordinari																	

radiologici soddisfatta dalle Unità operative ma, come si dirà oltre, proprio l'analisi della domanda ha rappresentato un punto debole della metodologia adottata, in quanto si è resa evidente la necessità di ulteriori sviluppi operativi e approfondimenti.

A completamento delle informazioni raccolte direttamente presso le Unità operative, sono stati presi in considerazione i dati provenienti dalla Contabilità analitica e del Conto economico per Centro di responsabilità, già in uso presso l'Ao della Provincia di Pavia. Inoltre, si è approfondito l'aspetto delle potenzialità teoriche delle diagnostiche con la finalità di valutarne l'impiego effettivo rispetto ad eventuali *standard*. La difficoltà maggiore connessa all'analisi delle potenzialità tecniche teoriche riguarda la standardizzazione, per macchinari non sempre omogenei, di tempi e attività che dipendono da molti fattori esterni (es. condizioni del paziente, parte del corpo su cui mira l'indagine diagnostica, ecc.).

Prima di passare alla descrizione della fase successiva del progetto è doveroso fare una precisazione in me-

rito alla apparente ridondanza dei dati raccolti: tale ricchezza, infatti, non è andata persa. Anche se non è stato possibile ricondurre agli schemi e agli indicatori di sintesi molte delle informazioni ricavate, essa hanno comunque fornito al gruppo di lavoro ulteriori conoscenze e la condivisione di linguaggi tra operatori medici e direzione strategica, con benefici rilevanti sul versante del governo della frammentazione cui si è fatto cenno nella premessa.

#### 4. L'analisi

Le informazioni ricavate dalla compilazione delle schede di rilevazione, integrate con i valori della contabilità analitica dei costi, hanno costituito il patrimonio completo di informazioni su cui è stato possibile eseguire le prime analisi concretamente sfociate in una relazione intermedia, a cura del Controllo di gestione, condivisa con i membri del gruppo di lavoro.

Tale relazione, oltre a riportare fedelmente quanto ricavato dalle schede precedentemente descritte, conteneva delle prime elaborazioni sulle rileva-

zioni effettuate e iniziava ad entrare nel merito dell'analisi dei servizi. Tali elaborazioni sono state svolte su due fronti: da un lato, l'analisi delle *performance* dei CdR esaminati, dall'altro, quelle stesse analisi sono servite per produrre, sperimentare e testare la reportistica personalizzata per il Dipartimento di Diagnostica per immagini.

##### 4.1. Analisi dell'attività

A partire da quanto rilevato nella scheda A (vedi paragrafo 3.1) si è proceduto all'analisi approfondita dell'attività svolta nei CdR. I metodi utilizzati per l'esame sui dati sono stati:

- la prestazione equivalente;
- la scomposizione per regime di erogazione e per classe di prestazione.

Come precedentemente accennato la metodologia utilizzata per determinare la «prestazione equivalente» ha permesso di superare la rilevazione quantitativa determinata dal numero di prestazioni per rilevare, la complessità della prestazione ed effettuare le

**Tabella 6 - Per ogni settore si riassume il numero, le prestazioni equivalenti e il valore delle prestazioni intermedie in regime ordinario e urgente**

Settore	Attività interna I sem. Prest. intermedie verso reparti			Attività interna I sem. Prest. intermedie urgenti verso PS			Attività interna Sintesi	
	Ordinarie n.	Ordinarie prest. equivalenti	Valore ordinarie	Urgenti n.	Urgenti prest. equivalenti	Valore urgenti	Prest. equivalenti totale	Valore totale
Tac	1.548	221.524	228.170	388	57.186	58.902	278.711	287.072
Ecografia	526	27.262	28.080	36	1.695	1.746	28.957	29.826
Rx tradizionale	4.810	88.344	90.994	1.779	29.824	30.719	118.168	121.713
Mammografie	26	1.089	1.122	-	-	-	1.089	1.122
Altro	153	14.271	14.699	-	-	-	14.271	14.699
<b>Totale</b>	<b>7.063</b>	<b>352.490</b>	<b>363.065</b>	<b>2.203</b>	<b>88.706</b>	<b>91.367</b>	<b>441.196</b>	<b>454.432</b>

Tabella 7 - Per ogni settore si riassume il numero, le prestazioni equivalenti e il valore delle prestazioni «ambulatoriali» e «ambulatoriali in regime di Ps»

Settore	Attività esterna I sem. Prest. ambulatoriali			Attività esterna I sem. Prest. ambulatoriali in regime di Ps			Attività esterna Sintesi	
	Ordinarie n.	Ordinarie prest. equivalenti	Valore ordinarie	Urgenti n.	Urgenti prest. equivalenti	Valore totale (valorizzato al 150%)	Prest. equivalenti totale	Valore totale
Tac	863	133.822	137.837	194	40.069	41.271	173.891	179.108
Ecografia	2.182	108.674	111.934	68	4.723	4.865	113.397	116.799
Rx tradizionale	5.767	121.062	124.694	7.735	193.000	198.790	314.062	323.484
Mammografie	992	41.784	43.038				41.784	43.038
Altro	137	11.115	11.448	2	23	24	11.138	11.472
<b>Totale</b>	<b>9.941</b>	<b>416.457</b>	<b>428.951</b>	<b>7.999</b>	<b>237.815</b>	<b>244.949</b>	<b>654.272</b>	<b>673.900</b>

comparazioni tra i diversi settori di erogazione del dipartimento.

Le scomposizioni, per tipologia diagnostica e per regime di erogazione, sono state utili all'analisi del *case mix* di prestazioni offerte dalle Unità operative. Esse hanno mostrato per quali tipologie diagnostiche e in quale regime sono erogate prestazioni in numero maggiore e con ricavi medi, o totali, più elevati. Inoltre si sono potute ricavare delle ipotesi di aumento delle prestazioni, variando il *mix*, in modo da incrementare aree di attività poco rilevanti sotto il profilo dei numeri, ma più pesanti sotto il profilo dei ricavi.

A titolo esemplificativo si riporta una parte dei dati raccolti, relativi al I semestre 2004, di uno dei C.d.R oggetto dell'analisi (vedi tabelle 6, 7 e 8).

#### 4.2. Analisi organizzativa

Dalle schede di rilevazione indicate nelle tabelle con le lettere B e C ha preso il via l'analisi organizzativa.

A partire dalle schede si è cercato di evincere alcune informazioni che ri-

guardassero il *mix* dell'offerta, in altre parole:

— quali e quante diagnostiche lavorano nelle varie ore della giornata e per quale tipologia di paziente;

— analisi del sistema dei turni del personale in modo da individuare dove si concentra l'assorbimento di risorse umane e, eventualmente, dove si presentano rigidità organizzative che possono generare inefficienze;

— individuazione della potenzialità tecnica delle singole diagnostiche in condizioni di saturazione dell'attività;

— l'individuazione dei momenti della giornata in cui le diagnostiche sono ferme o lavorano su volumi inferiori rispetto a quelli potenziali.

La rappresentazione del tempo di utilizzo delle risorse tecnologiche è risultata particolarmente utile. Alcune di queste fasce orarie potrebbero esse-

Tabella 8 - Per ogni settore e per ogni regime di erogazione, si riassumono i dati relativi al peso medio

Settore	Attività interna ordinarie Peso medio	Attività interna urgenti Peso medio	Attività esterna ordinarie Peso medio	PS urgenti Peso medio	Totale ordinarie Peso medio	Totale urgenti Peso medio
Tac	143	147	155	207	147	167
Ecografia	52	47	50	69	50	62
Rx tradizionale	18	17	21	25	20	23
Mammografie	42	-	42	-	41	-
Altro	93	-	81	12	88	12
<b>Peso medio</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>32</b>

re adatte ad aumentare l'offerta in termini quantitativi (ad esempio nelle ore tardo pomeridiane, ancora adatte all'erogazione di prestazioni) per gli esterni.

Successivamente le informazioni sono state rappresentate graficamente in forma matriciale. Le matrici di analisi organizzativa così ottenute forniscono un quadro unitario della presenza di personale e della destinazione dell'attività (vedi un'esemplificazione in tabella 9).

Di tali matrici ne sono state costruite due per ogni radiologia: una per l'attività dal lunedì al venerdì e l'altra per il fine settimana. L'asse delle ascisse è occupato dall'indicazione delle ventiquattro ore giornaliere, mentre quello delle ordinate dalle diverse linee di attività (ogni singola diagnostica, il supporto tecnico e quello amministrativo alle attività). Ad ogni incrocio ora/attività vi è l'indicazione, del numero di medici e tecnici dedicati, in modo da evidenziare chiaramente su quali e quante diagnostiche lavorano ogni singolo medico e ogni singolo tecnico. Oltre a ciò vi è la chiara esplicitazione (tramite sigle) del tempo dedicato dalle diagnostiche per le prestazioni intermedie (sigla I), per l'attività esterna ambulatoriale (sigla E) o pronto soccorso che copre l'intera giornata h 24 (sigla Ps).

Ulteriore informazione facilmente ricavabile dalla tabella è relativa ai momenti in cui le diagnostiche sono inattive. Tra tali momenti sono stati identificati, incrociando anche altre analisi, quelli adatti alla estensione delle attività della Unità operativa.

#### 4.3. Analisi dei costi

Imprescindibile punto di partenza per l'analisi dei costi è stato il Conto economico per Centro di responsabilità con le indicazioni dei margini (primo, secondo e netto) e delle percen-

tuali di copertura dei costi (diretti o indiretti di primo livello) da parte dei ricavi diretti e indiretti.

Per approfondire l'assorbimento di risorse da parte delle Unità operative si è svolta l'analisi dei costi con il metodo del «costo per prestazione equivalente».

Tale metodo consiste nel dividere ogni voce di costo del Conto economico per il numero totale di prestazioni equivalenti, ottenuto applicando il metodo della prestazione equivalente. In questo modo si ottiene un indicatore di efficienza che approssima il valore dell'assorbimento di risorse (aggragate o disaggregate) per l'erogazione di un'unità teorica di *output*.

Gli indicatori in tal modo costruiti possono essere utilizzati per effettuare confronti sia con altre radiologie (la differenza di *case mix* ha la sua misura e la sua normalizzazione tramite il valore totale delle prestazioni equivalenti erogate), sia nel tempo, per dimostrare come nel tempo un reparto sia stato capace di diminuire l'utilizzo di risorse a parità di unità teorica di prestazione erogata.

Inoltre, il confronto tra «ricavo unitario» e «costo per prestazione equivalente» permette di individuare il profitto marginale delle singole prestazioni, utile per simulare aumenti dei volumi di erogazione delle prestazioni che riportino le componenti del Dipartimento di Diagnostica per Immagini a coprire i margini del Conto economico.

Dalla disamina della letteratura sui metodi utilizzati per la valutazione del carico di lavoro per i radiologi, emerge la consonanza del metodo del «costo per punto» alla logica SNR-SAGO-SIRM (Pesaresi, Baffoni, Gallo, Oncini, 2003; Snr, Sago, Sirm, 1998) considerato che entrambi conservano alcune caratteristiche comuni:

— le valutazioni sull'attività radiologica non si limitano al tempo impiegato per una singola prestazione;

— l'utilizzo del sistema della prestazione equivalente adimensionale tramite la standardizzazione con la prestazione più economica del tariffario in modo da poter costruire degli indicatori confrontabili tra gli anni e tra radiologie diverse;

— l'integrazione nelle valutazioni non solo delle performance dei radiologi, ma anche di tutte le componenti delle Unità operative radiologiche.

Il metodo di analisi dell'Ao della Provincia di Pavia, ispirato al «costo per prestazione equivalente», si discosta da quello SNR-SAGO-SIRM per due motivi. In primo luogo, mancano le valutazioni riguardanti i punti medi per ogni paziente che non vengono esplicitati perché giudicati ridondanti rispetto all'esplicitazione semplice dei volumi di attività, del peso medio e dei «punti totali da prestazioni erogate». Inoltre il metodo del «costo per prestazione equivalente» rimane agganciato al tariffario (mentre il metodo SNR - SAGO - SIRM ad una propria classificazione *ad hoc*) di modo che ogni valutazione sulla produttività sia collegata alle sollecitazioni direttamente ai Responsabili di CdR e indirettamente a tutta l'Unità operativa tramite gli strumenti di *budget*, legati anche al Conto economico. Ovviamente, tale metodologia presta il fianco a critiche fondate sulla confutazione della capacità del tariffario di misurare l'effettivo grado di assorbimento di risorse. In questo modo, si potrebbe obiettare, il problema di misurazione delle risorse collegate alle attività non viene risolto, ma solo traslato su un altro problema: la costruzione del tariffario. D'altro canto, la letteratura indica come unica strada il collegamento al tariffario e agli stimoli economici che attraverso il sistema degli obiettivi del *budget* esso produce sugli operato-



**Tabella 9 - Matrice dell'analisi organizzativa**

TEMPO: 8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8				
TAC	MEDICO 1 - esclusivamente dedicato												MEDICO 5 - condiviso					MEDICO 6 - condiviso										
	TECNICO 1 - esclusivamente dedicato												TECNICO 6 - condiviso					TECNICO 7 - condiviso										
Ecografo	E/PS												PS															
	MEDICO 2 - condiviso con mammografie e rx 2												MEDICO 5 - condiviso											MEDICO 6 - condiviso				
	Ausiliario																											
RX 1	I/PS												PS															
	MEDICO 3 - esclusivamente dedicato												MEDICO 5 - condiviso					MEDICO 6 - condiviso										
	TECNICO 3 - esclusivamente dedicato												TECNICO 6 - condiviso					TECNICO 7 - condiviso										
	TECNICO 5 - condiviso con rx 2																											
RX 2	MEDICO 4 - esclusivamente dedicato												MEDICO 5 - condiviso					NON ATTIVA										
	TECNICO 4 - esclusivamente dedicato												TECNICO 6 - condiviso					NON ATTIVA										
	TECNICO 5 - condiviso con rx 2																											
	E												I															
Mammografia	MEDICO 2 - condiviso												NON ATTIVA															
	TECNICO 2 condiviso con rx 2												NON ATTIVA															
	I/E												NON ATTIVA															
Supporto	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-				

ri; il metodo SNR-SAGO-SIRM stesso ha incontrato forti difficoltà di diffusione a causa del non facile raccordo con il tariffario (Pesaresi, Baffoni, Gallo, Oncini, 2003).

#### 4.4. Analisi di efficienza

La seguente sezione analitica è stata dedicata alla elaborazione ed esplicitazione di alcuni indicatori volti ad evidenziare l'efficienza operativa delle Unità operative.

Il numero degli indicatori che riguardano l'area dell'efficienza non può essere ridotto ad uno solo, perché l'efficienza è riferibile a diverse componenti, tra cui le principali, a livello teorico, sono la dotazione tecnologica e l'organizzazione del personale.

Indicatori collegati al tempo (prestazione oraria o giornaliera) includono il *mix* di entrambe le componenti; il numero di punti o di prestazioni per persona sottolineano maggiormente, invece, l'efficienza organizzativa.

L'efficienza operativa è stata quindi misurata tramite il calcolo di diversi indicatori. In primo luogo tramite il «numero di prestazioni giornaliere medie» e la «prestazione equivalente media giornaliera» suddivisi per tipologia diagnostica (come base di calcolo sono stati considerati 126 giorni a semestre per l'attività ordinaria svolta su 5 giorni alla settimana e 180 per quella svolta su 7 ovvero per il Ps). Da questi due indicatori, conoscendo il numero di ore di attività delle diagnostiche ricavato dall'analisi organizzativa, si possono calcolare il «numero medio prestazioni orarie» e i «punti prestazione medi orari». Essendo valori medi, questi indicatori presuppongono una distribuzione oraria dell'attività abbastanza uniforme (varianza molto bassa). Questa ipotesi forte può essere assunta qualora si tratti di attività ordinaria, sia ambulatoriale sia per ricoverati, quindi programmabile

nei limiti del possibile. Invece per il pronto soccorso l'ipotesi di varianza prossima a zero non è realistica e non si è, quindi, proceduto al calcolo dell'attività oraria media nel modo sopra indicato, ma seguendo un procedimento più complesso che prende le mosse dalla individuazione della curva di frequenza media oraria degli accessi in pronto soccorso.

Con tale curva è possibile valutare il carico di lavoro medio degli operatori verso il pronto soccorso e, quindi, anche di comprendere, dal confronto con i volumi di attività degli operatori che lavorano in regime ordinario, se il personale ha una produttività superiore o inferiore rispetto alla media degli operatori della Unità operativa.

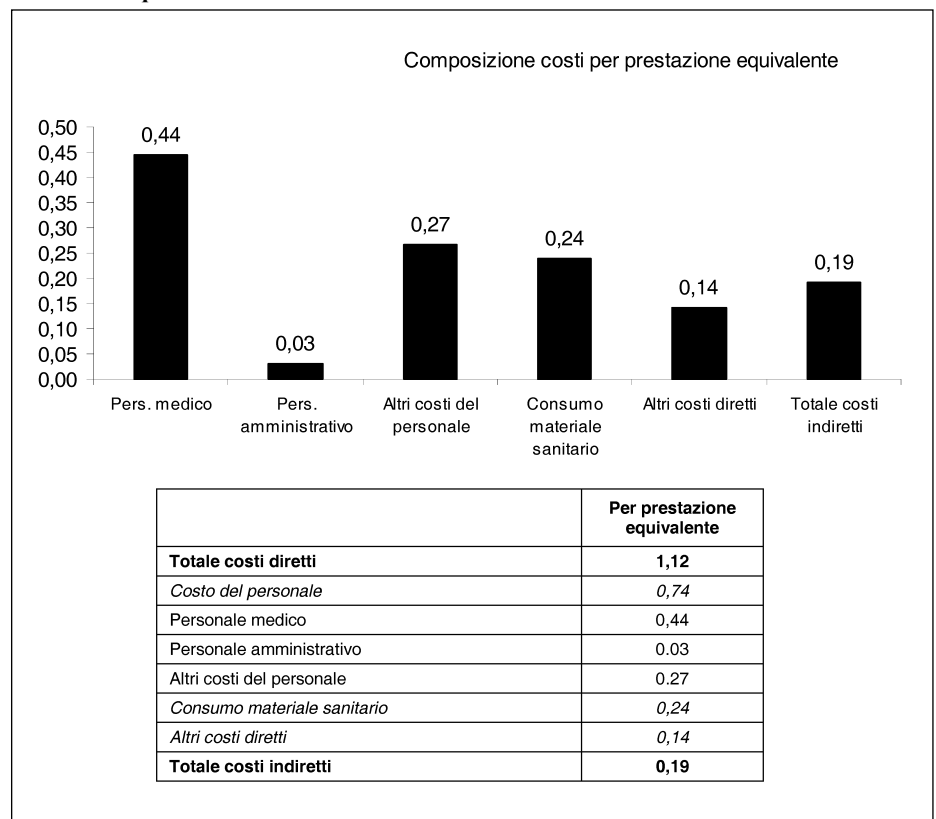
Gli indicatori di efficienza sin qui individuati sono fortemente influen-

zati dalla dotazione di personale delle Unità operative, per cercare di scomporre l'efficienza in efficienza da dotazione tecnologica rispetto a quella organizzativa sono stati introdotti alcuni indicatori relativi al singolo operatore: «numero medio di prestazioni per operatore» e «ricavo medio per operatore» (suddivise per tipologia diagnostica).

I metodi di calcolo utilizzati per gli indicatori fanno spesso uso di ipotesi teoriche, affinché essi si prestino ad essere utilizzati come approssimazioni ragionevoli alla realtà indagata, piuttosto che come misurazioni di precisione.

Questo carattere di «approssimazione ragionevole al reale» dipende dalla finalità non clinica o epidemiologica ma gestionale degli indicatori

**Grafico 1 - Per ogni fattore produttivo rileva il costo per l'erogazione di una prestazione equivalente**



stessi, in quanto per essere utili alla gestione delle Unità operative essi devono sacrificare gradi elevati di precisione alla tempestività di calcolo delle informazioni (una informazione oltremodo precisa ma in ritardo non serve al governo delle Unità operative).

La tabella 10 mette in evidenza i livelli di produttività giornaliera (feriale e festiva) per ogni settore della attività programmabile. Si osserva il numero di prestazioni, pesate e non, per giorno e per operatore. Per prestazioni erogate si intende il processo completo dalla esecuzione alla refertazione parte del medico radiologo. Il grafico 2 riporta la distribuzione nelle 24 ore della attività del servizio verso il pronto soccorso.

#### 4.5. Analisi di Break Even Point

L'analisi di *Break Even Point* (BEP) ha preso le mosse dai valori del Conto economico, impiegati sotto il vincolo di alcune «ipotesi forti» per individuare il fabbisogno di incremento del fatturato necessario a coprire il secondo margine del Conto economico.

Il secondo margine esprime il saldo fra i ricavi, valorizzati come già speci-

ficato in base al tariffario regionale e correlati all'attività svolta dai Servizi di Diagnostica per immagini in regime ambulatoriale, di pronto soccorso e a favore dei pazienti ricoverati, e i costi diretti e indiretti generati dalla medesima attività, escludendo dall'analisi i costi generali d'Azienda che, per loro natura, non presentano un collegamento sostanziale con l'attività svolta.

Le «ipotesi forti», formulate sui valori di Conto economico, hanno riguardato la scelta di quali fattori produttivi considerare voci di costi fissi e quali trattare come variabili; la voce «Costi del personale» è stata presa come principale costo fisso, mentre «Consumi di materiale sanitario» come base per i costi variabili. In questo modo si orientano le Unità operative verso il miglioramento, senza il supporto di ulteriore forza lavoro, ma intervenendo sull'organizzazione del servizio, sull'incremento dell'efficienza e sulla variazione di *mix* di offerta.

Per calcolare il margine di profitto netto unitario sono stati usati i costi per prestazione equivalente (margine unitario = fatturato unitario – costi variabili per prestazione equivalente).

Con l'analisi di BEP è stato individuato il fatturato marginale necessario per coprire i margini. A sua volta, si può trasformare il fatturato in obiettivi di produttività marginale, espressi in ore di attività ordinaria ambulatoriale (aumentare i ricavi fittizi, cioè quelli per prestazioni interne non gioverebbe particolarmente all'equilibrio economico complessivo della azienda) e verificarne poi la compatibilità con gli spazi di espansione dell'orario di attività individuati dall'analisi organizzativa.

Una prima simulazione di aumento della produttività al margine è stata fatta a *case mix* produttivo invariato, in seguito si è invece cercato di simulare gli obiettivi di produttività marginale aumentando l'offerta delle prestazioni mediamente più pesanti e, spesso, meno praticate (es. Tac) (vedi grafico 3).

#### 4.5. Benchmarking

Il valore degli indicatori calcolati già eloquente di per sé, assume maggiore capacità informativa se confrontato con altre realtà.

La fase analitica del progetto si è conclusa con un confronto tra le Unità

Tabella 10 - Livelli di produttività giornaliera

Attività feriale	N. operatori giorno	N. prestazioni giorno	Prestazioni equivalenti al giorno	N. prestazioni per operatore	Prestazioni equivalenti per operatore
Tac	3	21	3.206	7	1.058
Ecografie	2	22	1.104	9	445
Rx tradizionale	13	122	2.546	9	196
Mammografie	1	8	340	16	681
Attività festiva	N. operatori giorno	N. prestazioni giorno	Fatturato unitario al giorno	N. prestazioni per operatore	Fatturato unitario per operatore
Tac	1	1	154	1	154
Ecografie	1	0	10	0	10
Rx tradizionale	1	15	354	15	354

operative di Radiologia interne alla Ao della Provincia di Pavia.

Il confronto ha ripercorso brevemente l'iter delle analisi precedenti, strutturandosi su più aree:

A. *Area delle attività*. Ha riguardato il confronto tra i volumi di attività erogate (per regime e per tipologia diagnostica);

B. *Area dei costi*. Il confronto si è focalizzato sui costi per punto e sui margini di Conto economico, compreso il margine identificato dalla *Break even analysis*;

C. *Area dell'efficienza*. Confronto tramite gli indicatori individuato nel paragrafo 4.4.

Sotto il profilo tecnico analitico, nella fase di *benchmarking*, nessun dato è stato aggiunto a quanto preventivamente evidenziato, ma, la comparazione, ha permesso di calibrare e ponderare le proposte di obiettivi di

budget per le Unità operative interessate dal progetto.

La fase di analisi si è conclusa con una relazione che ha integrato i punti di vista e ha permesso la condivisione e la discussione dei risultati con tutti i componenti del gruppo di lavoro, per evitare che le elaborazioni redatte dal Controllo di gestione si distaccassero dalla realtà clinica.

È stato inoltre concordato uno specifico *reporting* destinato ai responsabili dei servizi e alla Direzione strategica con la finalità di stabilizzare il monitoraggio dei servizi (vedi tabella 1).

La realizzazione del progetto ha rappresentato un'opportunità per il Controllo di gestione di riordinare i flussi informativi relativi alla attività, alle risorse utilizzate, integrarli nel *DataWarehouse* aziendale e generare, con la periodicità definita, il *reporting*

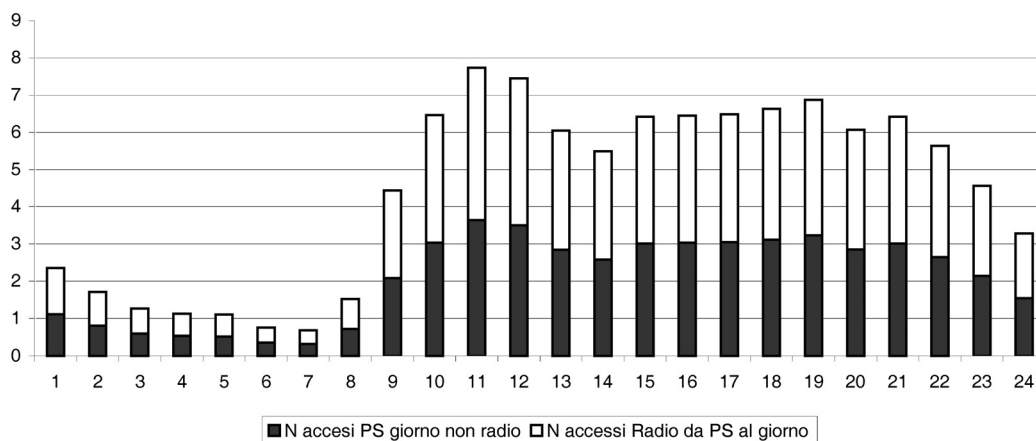
specifico per il Dipartimento di Diagnostica per immagini.

## 5. Considerazioni e prospettive di sviluppo

Alla fine della fase analitica è possibile trarre alcune indicazioni di sintesi in merito alla efficacia e agli spazi di miglioramento nell'ambito della metodologia adottata.

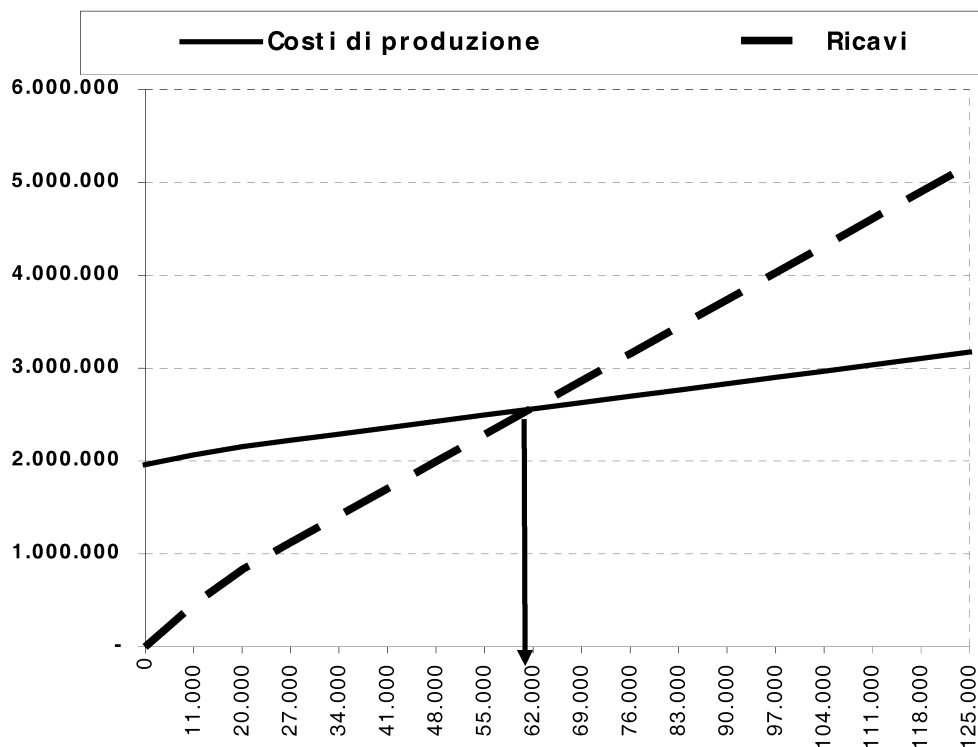
Il grande vantaggio del percorso analitico proposto consiste nel tentativo di valutare le Unità operative di radiologia cercando di coglierne la molteplicità degli aspetti (finanziario, organizzativo, tecnologico, ecc.); spetterà alla pratica gestionale futura scoprirne la reale funzionalità, sicuramente va sottolineato che l'intento di chi ha pensato questo progetto è stato quello di non limitarsi alla valutazione delle produttività dei radiologi ma di

Grafico 2 - Distribuzione giornaliera dell'attività di radiologia verso il Ps



Ora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
N. accessi Radio da PS al giorno	1,25	0,91	0,67	0,60	0,59	0,40	0,36	0,81	2,35	3,42	4,10	3,95	3,20	2,91	3,40	3,42	3,43	3,51	3,64	3,22	3,40	2,99	2,41	1,74
N. accessi PS giorno non radio	1,11	0,80	0,59	0,53	0,52	0,36	0,32	0,72	2,08	3,03	3,63	3,50	2,84	2,58	3,01	3,03	3,04	3,12	3,23	2,85	3,01	2,65	2,14	1,54

Grafico 3 - L'analisi di BEP ha evidenziato la necessità, per coprire il secondo margine del Conto economico annuale, la necessità di incrementare di un X % i volumi d'attività, prestazioni ordinarie ambulatoriali, a parità di *mix* equivalente ad un peso medio pari a 40



N. prestazioni	Costi fissi	Costi variabili	Costi di produzione	Ricavi	Margine
0	1.960.000	-	1.960.000	-	- 1.960.000
11.000	1.960.000	106.700	2.066.700	456.500	- 1.610.200
20.000	1.960.000	194.000	2.154.000	830.000	- 1.324.000
27.000	1.960.000	261.900	2.221.900	1.120.500	- 1.101.400
34.000	1.960.000	329.800	2.289.800	1.411.000	- 878.800
41.000	1.960.000	397.700	2.357.700	1.701.500	- 656.200
48.000	1.960.000	465.600	2.425.600	1.992.000	- 433.600
55.000	1.960.000	533.500	2.493.500	2.282.500	- 211.000
62.000	1.960.000	601.400	2.561.400	2.573.000	11.600
69.000	1.960.000	669.300	2.629.300	2.863.500	234.200
76.000	1.960.000	737.200	2.697.200	3.154.000	456.800
83.000	1.960.000	805.100	2.765.100	3.444.500	<b>679.400</b>
90.000	1.960.000	873.000	2.833.000	3.735.000	<b>902.000</b>
97.000	1.960.000	940.900	2.900.900	4.025.500	<b>1.124.600</b>
104.000	1.960.000	1.008.800	2.968.800	4.316.000	<b>1.347.200</b>
111.000	1.960.000	1.076.700	3.036.700	4.606.500	<b>1.569.800</b>
118.000	1.960.000	1.144.600	3.104.600	4.897.000	<b>1.792.400</b>
125.000	1.960.000	1.212.500	3.172.500	5.187.500	<b>2.015.000</b>

**Tabella 11 - Reporting implementato**

<b>Tipologia del report</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Rilevazione</b>
Attività	Valore totale (valore complessivo prestazione equivalente) Valore medio (per diagnostica e tipologia della domanda) Produttività diagnostiche	Fatturato/1,03 Valore totale/n. prestazioni Numero ore utilizzo/ore definite
Costi	Incidenza di voce di costo XX sui costi diretti Conto economico Incidenza di voce di costo XX sui costi diretti e indiretti di I livello Incidenza di voce di costo XX sui ricavi diretti Incidenza di voce di costo XX sui ricavi diretti e indiretti Costo fattore produttivo XX per fatturato unitario % margine (primo, secondo e netto) sui ricavi Profitto o perdita per prestazione equivalente	XX/costi diretti Rilevazione come da manuale aziendale di contabilità analitica XX/(costi diretti + indiretti I livello) XX/ricavi diretti XX/(ricavi diretti + indiretti) XX/fatturato complessivo margine/(ricavi diretti + indiretti) 1,03 - costi per prestazione equivalente
Efficienza	Numero di prestazioni medie al giorno (ordinarie) Numero di prestazioni medie al giorno (pronto soccorso) Fatturato medio al giorno (ordinarie) Fatturato medio al giorno (pronto soccorso) Numero di prestazioni medie orarie (ordinarie) Fatturato medio orario (ordinarie) Minuti per singola prestazioni (ordinarie) Minuti per prestazione equivalente (ordinarie) Numero prestazioni per operatore Numero prestazioni equivalenti per operatore	N prestazioni periodo/5 * numero settimane periodo N prestazioni periodo/7 * numero settimane periodo Fatturato/5 * numero settimane periodo Fatturato/7 * numero settimane periodo Numero di prestazioni giornaliere per ordinarie/numero ore apertura giornaliera Fatturato giornalieri per ordinarie/numero ore apertura giornaliera (Numero ore apertura giornaliera * 60)/numero di prestazioni giornaliere per ordinarie (Numero ore apertura giornaliera * 60)/numero di punti ricavo giornalieri per ordinarie Numero di prestazioni giornaliere/numero di operatori al giorno Numero di punti ricavo giornalieri/numero di operatori al giorno
Analisi di break even point	Margine unitario (per prestazione equivalente) Fatturato incrementale per arrivare al secondo margine Produttività marginale (in prestazioni) per arrivare al BEP incrementando le prestazioni del tipo YY	1,03 - costi variabili per prestazione equivalente Fatturato di BEP - fatturato effettivo Fatturato incrementale/peso medio YY

affrontare tutte le problematiche organizzative di una radiologia.

Proprio a partire da questa logica multivisione si possono evidenziare gli ambiti in cui la metodologia mostra dei punti deboli che dovranno perfezionarsi in un prossimo futuro; ci si riferisce alle due angolature che risultano meno indagate, non per sottovalutazione di chi ha pensato e gestito il progetto, ma per oggettive difficoltà a ricavare flussi informativi e a pensare indicatori appropriati per le finalità gestionali.

La prima debolezza riscontrata riguarda le carenze nella gestione dei dati inerenti la domanda complessiva della popolazione residente. Tale analisi avrebbe permesso di individuare la tipologia della domanda del territorio di riferimento (Provincia di Pavia) che non viene intercettata dalle strutture della Azienda ospedaliera. Questi riscontri sarebbero serviti a confermare oppure confutare le elaborazioni sulla produttività marginale, indicando la presenza o meno di adeguati spazi sul mercato. Ci si è posti l'obiettivo di sviluppare questa analisi attraverso una azione coordinata con l'Asl provinciale che ha il compito di programmazione e controllo del sistema sanitario provinciale. La temporanea indisponibilità dei dati (almeno in tempi utili ai fini gestionali) e indicatori adeguati a tal fine ha limitato l'analisi.

Altro ambito in cui il metodo necessita di approfondimento è quello che riguarda l'individuazione di indicatori di efficacia e qualità del servizio reso dalle Unità operative di radiologia. Questo aspetto, particolarmente sentito dalla componente sanitaria, è stato assunto come un ambito di ricerca da sviluppare e applicare alla realtà locale.

Inoltre, per l'attività interna (prestazioni intermedie) è emersa l'esigenza di definire un «nomenclatore interno» che definisca per ogni prestazione resa

il «valore del prodotto», inteso come l'insieme delle condizioni erogate. Per ogni prestazione si tratta di concordare e condividere che i servizi sono in grado di offrire, delle modalità di accesso ai servizi, dei tempi di esecuzione in ordinaria e/o urgenza, dei tempi di refertazione e trasmissione del referto. In tal modo si rendono trasparenti ed impegnativi i rapporti fra «fornitore e utilizzatore» interni all'azienda. Si ritiene importante rilevare che il lavoro svolto ha stimolato la necessità di sviluppare l'analisi dei servizi attraverso la rilevazione e valutazione dei processi operativi. Si tratta di prendere in esame il percorso effettivo del paziente, interno/ esterno, che accede al servizio di diagnostica per confrontarlo con il percorso di riferimento considerato ottimale, con l'obiettivo di sviluppare una azione di miglioramento continuo e di forte integrazione con la medicina di base e le unità di degenza.

## 6. Conclusioni

In una situazione caratterizzata da una particolare tensione finanziaria, sempre di più il Ssn si trova ad operare con una scarsa disponibilità di risorse e con forti vincoli sulle entrate e uscite. In questo scenario è strategicamente rilevante per le aziende sanitarie implementare e soprattutto utilizzare strumenti adeguati per il proprio governo.

In particolare, per far fronte alla crescente complessità ambientale, risulta fondamentale definire il proprio posizionamento strategico per rilevare gli spazi e le opportunità del mercato, distribuire efficacemente le risorse, definire il livello di decentramento dell'offerta, individuare e pianificare possibili interventi di razionalizzazione delle risorse e migliorare il sistema informativo a supporto delle decisioni.

Il punto di partenza non può che essere un'analisi attenta e puntuale dei processi interni e degli attori coinvolti, per acquisire piena conoscenza delle proprie opportunità, degli spazi di crescita, dei vincoli interni e dei punti di debolezza.

Tutto questo deve essere ricondotto all'interno della precisa scelta della Direzione aziendale della Ao della Provincia di Pavia di favorire il confronto con i CdR, lasciando emergere le peculiarità dei servizi, a partire dalla ricerca di indicatori significativi che ne esprimano non solo l'efficacia, l'efficienza ma anche la reale capacità di soddisfare le esigenze di salute dei cittadini in termini di appropriatezza della offerta.

In questa prospettiva, ogni analisi, con i relativi interventi operativi, acquista maggiore efficacia se progettata e realizzata con la partecipazione del personale direttamente coinvolto: la condivisione e la volontà di fare propri gli obiettivi aziendali rappresentano le condizioni per il loro successo.

Il progetto descritto s'inserisce in questa strategia dove la messa in evidenza di un problema ha rappresentato un'opportunità per l'Azienda di riordinare il sistema informativo di un servizio strategicamente rilevante per l'Azienda stessa. La definizione del percorso d'attuazione, la progettazione del *reporting*, la lettura dei dati rilevati e l'interpretazione dei fenomeni scaturiscono dal confronto con chi ha la responsabilità gestionale dei servizi e nascono da una comune visione sul ruolo dei servizi stessi all'interno della strategia aziendale.

L'analisi condotta, prendendo il via dal patrimonio informativo presente in azienda, ha permesso, tramite una rigorosa mappatura delle fonti e un'attenta valutazione del significato da attribuire ai dati rilevati, di fare chiarezza sulle esigenze informative dei ser-

vizi diagnostici, colmando le lacune informative preesistenti.

Tutto questo è stato realizzato a partire dalla condivisione della metodologia, con la precisa volontà di arrivare ad un approccio comune, sviluppando di conseguenza una solida omogeneità di linguaggio tra medici e gestionali e favorendo la crescita della cultura interna.

Proprio in questo ambito si gioca il ruolo del Controllo di gestione aziendale che, tramite interventi di formazione e di diffusione del patrimonio informativo aziendale, può assumere un ruolo chiave nella crescita gestionale a livello aziendale.

Dal confronto con i servizi di diagnostica per immagini è scaturito un flusso di reportistica attento, tempestivo, condiviso e costante, che ha interessato la tipologia delle prestazioni, le caratteristiche tecniche ed organizzative dell'erogazione, i fruitori del servizio e il peso delle prestazioni effettuate e che, prescindendo dell'analisi in oggetto, nasce e si consolida come patrimonio comune dell'Azienda e getta le basi per successive evoluzioni.

Le possibilità future partiranno proprio dallo sforzo che il gruppo di lavoro

ha compiuto per armonizzare professionalità diverse, traendo forza anche dalle differenti esperienze operative dei partecipanti: la semplicità delle schede scelte per la rilevazione nasce, infatti, dal confronto fra le esigenze di essenzialità espresse dalla parte sanitaria e dall'esigenza comune di indagine multidimensionale del fenomeno.

Inoltre, per coinvolgere nell'analisi i diversi profili aziendali e, quindi, favorirne il coinvolgimento, si è scelto di prendere in considerazione, non solo l'apporto dei medici, ma anche quello delle altre figure professionali, in particolare tecnici di radiologia, che concorrono in maniera rilevante al funzionamento del servizio stesso.

Questo è il vero valore aggiunto dell'indagine effettuata: sono state poste le basi per la creazione di indicatori, utili anche in sede di *budget*, capaci di leggere la complessità dei servizi di diagnostica per immagini, condivisi dai Responsabili e dagli operatori dei servizi stessi.

---

(1) Civile di Vigevano, Civile di Voghera, «San Martino» di Mede, «Asilo Vittoria» di

Mortara, «Carlo Mira» di Casorate Primo, «Gazzaniga» di Stradella, «SS. Annunziata» di Varzi e «Arnaboldi» di Broni.

#### BIBLIOGRAFIA

- AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA (2003), *Piano d'organizzazione aziendale 2003-2005*, Pavia.
- FRIGNANI A., IMBALZANO G., NAVA A. (2004), «Il data warehouse a supporto delle decisioni in sanità. Il caso dell'Asl di Lodi», *Mecosan*, 49, pp. 85-98.
- CASATI G., VICHI M.C. (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002), *Indagine sui servizi di diagnostica per immagini presenti nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2002), *Attività gestionali ed economiche delle Asl e aziende ospedaliere, anno 2001*, Roma.
- PESARESI F., BAFFONI L., GALLO E., ONCINI L. (2003), «Il carico di lavoro dei radiologi», *Mecosan*, 48, pp. 37-52.
- SNR, SAGO, SIRM (1998), «Modelli di riferimento per la determinazione della produttività dei servizi radiologici», *Il radiologo*, 3, pp. 1-11.
- VIRGILIO G., CURCIO RUBERTINI B., AUMILLER VANDAC D. (1990), *I prezzi di trasferimento dei servizi intermedi ospedalieri*, Bologna.



# I TEAM DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE. IL CASO DELLA ASL NAPOLI 3 DELLA REGIONE CAMPANIA

Valentina Ferraro

Dottorato di Economia e management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie presso l'Università degli Studi di Napoli «Federico II»

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il gruppo di lavoro nelle organizzazioni - 3. I *team* dei Mmg: l'esperienza della Asl Napoli 3 - 4. Le linee guida aziendali e i relativi percorsi di patologia - 5. Obiettivi dell'accordo ed incentivi per i Mmg - 6. La valutazione dell'attività del *team* - 7. Conclusioni.

## 1. Introduzione

A partire dalla riforma del Ssn operata dal D.L.vo 502/92 fino ad arrivare al D.L.vo 56/2000 che ha introdotto il federalismo fiscale, è stata chiaramente ribadita la necessità di un contenimento della crescente spesa sanitaria a fronte di una limitata disponibilità di risorse. In realtà, già in epoca antecedente, con la L. 833/78, il sistema si era rivelato incapace di controllare tale spesa per la mancanza di vincoli alla stessa e di strumenti di programmazione. La Regione, infatti, era finanziata dall'autorità centrale sulla base della spesa storica e della popolazione assistita, giustificando i maggiori costi con il sistema del ripianamento «a pie' di lista». La spesa era, quindi, la variabile dipendente dal bisogno di salute: ciò significava che le Usl non avevano limiti e proprio per l'assenza di questa logica di freno non erano interessate a risparmiare. Con il D.L.vo 502/92 il rapporto spesa/bisogni di salute è stato invertito in quanto, almeno in linea generale, il vincolo economico è diventato la variabile indipendente entro cui erogare i livelli uniformi di assistenza. È stato previsto, inoltre, un nuovo modello di finanziamento a quota capitaria e le Regioni sono state

chiamate a coprire, nel breve periodo e con mezzi propri, un *deficit* ereditato dalla storica incapacità gestionale delle Usl, protrattasi negli anni con la complicità di uno Stato troppo permissivo (Jorio, 2002). La riforma *ter* ha confermato la spesa come variabile indipendente dal bisogno di salute escludendo dal Ssn le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza o che, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non corrispondano al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse. La necessità è, pertanto, non quella di risparmiare ma di ottimizzare le risorse esistenti con prestazioni e servizi efficaci ed appropriati. E questo specialmente oggi con l'avvento del federalismo fiscale che ha attribuito alle Regioni non solo la responsabilità della spesa sanitaria, ma anche quella del reperimento delle relative risorse (1).

Alla luce di questo scenario, pertanto, a livello nazionale, ma soprattutto regionale, si sta cercando di promuovere lo sviluppo di strumenti che consentano, anche nel breve periodo, di garantire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni

erogate, dell'appropriatezza degli interventi assistenziali e, quindi, il contenimento dei costi e la razionalizzazione delle risorse disponibili (Faronato, Rizzato, Favretti, 2002). In particolare, si riscontrano diverse forme di associazionismo medico che possono vedere coinvolti unicamente i Mmg o che prevedono momenti di confronto e di collaborazione tra gli stessi e l'Asl di riferimento (Brunello, 1999). Ma perché questo rinnovato interesse per la medicina di base?

Perché il medico di base è colui che dà l'avvio 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 (Faronato, Rizzato, Favretti, 2002).

Egli, pertanto, è chiamato ad un rapporto decisamente più stretto con l'azienda sanitaria con la quale condivide convenienze strategiche comuni per limitare le prescrizioni improprie e la c.d. mobilità passiva. Infatti, a causa della forma di finanziamento a quota capitaria, non solo ogni prestazione fornita dalla Asl è un costo che erode la sua quota capitaria stessa, ma fortemente penalizzante sulla stessa risul-

tano le prestazioni erogate ai cittadini che usufruiscono di servizi offerti da aziende sanitarie diverse da quelle di appartenenza, o da strutture comunque esterne alla Asl stessa, specie se si considera che i costi in sanità sono sostanzialmente fissi. Da tutto ciò derivano le suddette convenienze strategiche per la Asl volte a governare la domanda verso i propri centri d'offerta, ad eliminare la domanda impropria, ad investire in prevenzione, e specialmente a sfidare il rapporto tra costi ed efficacia con l'individuazione di percorsi che ne ottengano la massimizzazione. Convenienze da cui emerge, in definitiva, la necessità di ridefinire il ruolo del medico di base, da sempre «esterno» alla Asl, onde avvicinarlo di più all'Azienda stessa, e di favorire, perciò, forme di associazionismo che permettano allo stesso di comunicare e di confrontarsi con gli altri medici, per un miglioramento delle prestazioni personali ed, eventualmente, dei rapporti di collaborazione, nonché alla Asl di gestire con maggiore facilità sistemi di programmazione e controllo per territorio e di interfacciarsi soltanto con i referenti delle singole forme di associazionismo (2).

Per quanto riguarda i modelli organizzativi per la medicina di base, bisogna sottolineare, infine, che essi sono molteplici: alcuni sono disciplinati legislativamente o contrattualmente (3), altri, invece, rappresentano degli assetti funzionali creati *ad hoc* per le esigenze dei Mmg (non richiedono, cioè, modificazioni dell'attività svolta dal singolo, essendo un gruppo omogeneo di discussione e di confronto tra pari per obiettivi condivisi) (4).

## **2. Il gruppo di lavoro nelle organizzazioni**

Prima di procedere all'analisi del modello organizzativo dei *team* di Mmg nell'esperienza della Asl Napoli

3, è opportuno soffermarci brevemente sul concetto e l'importanza del gruppo come modalità o meccanismo di coordinamento, decisione e controllo dell'azione collettiva.

In linea generale i gruppi sono una caratteristica di tutti i contesti sociali ed ogni individuo in un'organizzazione è membro di uno o più gruppi (5). Da un punto vista operativo, il gruppo è un'unità organizzativa composta da due o più persone che interagiscono e coordinano il loro lavoro per raggiungere uno specifico obiettivo (Daft, 1994). Esso costituisce, pertanto, un attore organizzativo, dimensionalmente circoscritto e strutturalmente costituito da un insieme di individui, tra i quali esiste un'intensa rete di relazioni sociali e comunicative ed una forte coesione sociale (6).

Il gruppo è utilizzato in molte realtà aziendali ed organizzative ed ha assunto un rilievo determinante anche con riferimento alle politiche di gestione del personale, tanto che, ad esempio, i sistemi di incentivazione fanno frequentemente riferimento proprio al gruppo come unità di base: in tal caso sia i criteri di valutazione delle prestazioni, sia i meccanismi di determinazione degli incentivi sono legati non solo all'attività del singolo lavoratore, ma anche ai traguardi conseguiti dall'intero gruppo di lavoro e da tutti gli altri gruppi ad esso correlati (7).

Il meccanismo centrale di questo tipo di organizzazione è la messa in comune e l'integrazione di informazioni e competenze parziali e differenti, ovvero il confronto. Su questa base, sulla possibilità, cioè, di vedere aspetti prima non considerati di un problema, di accedere a nuove informazioni, le persone accettano di rivedere le proprie percezioni, giudizi e posizioni, si persuadono a vicenda (8).

Ciò, ovviamente, è possibile solo se effettivamente i membri di gruppo

possano comunicare fra loro, abbiano capacità di influenza equilibrate (9) e, infine, se i potenziali conflitti tra gli stessi non siano conflitti di interesse. Si aggiunge, inoltre, anche un'adeguata integrazione funzionale dei ruoli direttivi e operativi all'interno del gruppo in esame, dove non esistono più due frazioni contrapposte (*leader-collaboratori subordinati*) in quanto tutti sono *member* della stessa entità (Isolabella, 1993): il *member*, cioè, condivide le responsabilità connesse al raggiungimento o meno del successo del gruppo, in quanto l'obiettivo diventa la *performance* dello stesso.

Essendo, poi, le funzioni di allocazione e controllo diretto del lavoro e di integrazione delle singole parti (caratterizzanti il ruolo del capo intermedio nell'organizzazione gerarchica tradizionale) assorbite quasi completamente dal gruppo di lavoro, questo consente di ridurre:

1) i costi di coordinamento e controllo in modo significativo;

2) i tempi di risposta dell'organizzazione, attraverso un decentramento delle responsabilità decisionali alle unità operative;

3) la distanza dei vertici dell'impresa dai problemi collegati ai processi primari di produzione e servizio (Costa, Nacamulli, 1997).

I gruppi possono sorgere spontaneamente come associazione di alcune persone con altre, una rete di relazioni personali o sociali non stabilite o richieste dall'organizzazione formale (Davis, Newstrom, 1985) (*gruppi informali*), oppure sono creati dall'organizzazione di cui diventano componenti espliciti e regolari per rispondere ad una determinata finalità (*gruppi formali*).

Nei *gruppi formali*, intesi come un'unità organizzativa di due o più persone, che, con la loro interazione e coordinamento, finalizzano il loro lavoro al raggiungimento di uno specifi-

co obiettivo, è necessario distinguere tre elementi di base: l'assegnazione di uno specifico *obiettivo organizzativo*, la *designazione formale dei partecipanti* e lo *svolgimento regolare dell'attività assegnata*. L'*obiettivo organizzativo* individuato, in particolare, costituisce forse l'elemento centrale alla base della nascita di gruppi formali. Nella vasta gamma di obiettivi che possono condurre alla creazione di tali gruppi, è possibile distinguere due principali categorie: obiettivi di efficacia e obiettivi di efficienza. Nella prima categoria rientrano gli obiettivi tendenti alla riduzione dello scostamento tra risultati attesi e raggiunti. In questo caso il gruppo rappresenta un utile strumento di integrazione e di coordinamento all'interno della struttura organizzativa (10). La seconda categoria comprende, invece, tutti quegli obiettivi tesi alla massimizzazione del rapporto tra risultati raggiunti e risorse impiegate (11).

### 3. I *team* dei Mmg: l'esperienza della Asl Napoli 3

La Asl Napoli 3 è, quanto ad età media dei suoi assistiti, l'azienda sanitaria più giovane della regione Campania. Essa comprende dodici comuni, sei distretti sanitari e un presidio ospedaliero.

La sua *mission* è resa sistematicamente nello *slogan* «Dalla Sanità alla Salute», ovvero ricerca dell'offerta ragionata, appropriata, integrata e responsabile e, in altre parole, aumento della qualità come strumento di governo della domanda per il recupero dell'appropriatezza complessiva del sistema.

Su queste premesse la Asl Napoli 3 ha implementato una nuova politica di gestione della medicina generale che si traduce nell'investimento in obiettivi quali l'associazionismo medico, il processo di programmazione e con-

trollo del territorio, il sistema informativo dello stesso e i percorsi assistenziali. Con un accordo tra l'Azienda e le rappresentanze sindacali (2002-2003) si sono individuati gli obiettivi di *budget* per i Medici di medicina generale, definiti sulla base di criteri di ricerca della qualità assistenziale e della massimizzazione del rapporto costo/efficacia. La logica di fondo del progetto di sperimentazione del *budget* in medicina generale è da ricercare, infatti, nella definizione di un modello riorganizzativo volto alla ricollocazione del medico in un ruolo di interfaccia primaria nei confronti degli assistiti.

L'obiettivo principale risulta, quindi, essere una ridefinizione dei percorsi e dei centri di offerta al fine di garantire livelli qualitativi superiori nella erogazione di prestazioni sanitarie, compatibilmente con l'equilibrio economico-finanziario complessivo della Azienda. Il raggiungimento di tale scopo è possibile, vista la complessità delle organizzazioni sanitarie, solo mediante un processo di sensibilizzazione e responsabilizzazione di tutti gli operatori attraverso la costruzione di un meccanismo di *budget* volto ad incentivare comportamenti e risultati coerenti con le politiche aziendali.

Il progetto di innovazione promosso dalla Asl Napoli 3 trova il suo elemento fondamentale nei *team* di medici di medicina generale. I *team*, infatti, rappresentano la soluzione organizzativa che meglio rafforza la partecipazione dei medici stessi all'attività aziendale in quanto il sistema di *budget* li individua come centro di responsabilità con cui negoziare obiettivi e risorse.

Il *team* consiste in una forma di interazione tra medici che si riuniscono in gruppi per discutere di problematiche cliniche e terapeutiche, favorendo così lo scambio di esperienze professionali in modo continuo e metodolo-

gico. Non si tratta, però, di un legame strutturale, in quanto tali gruppi non condividono spazi ambulatoriali o altre risorse (12), ma funzionale al raggiungimento degli obiettivi prestabiliti e delle relative incentivazioni.

La costituzione dei *team* può avvenire su base spontanea, con criteri prestabiliti dall'azienda o secondo la vicinanza geografica, criterio quest'ultimo che meglio garantisce una composizione dei gruppi più omogenea, in quanto gli stessi vengono ad essere formati con colleghi che condividono le problematiche relative all'assistenza della popolazione della medesima area.

Ed è proprio il criterio territoriale che è stato adottato dalla Asl Napoli 3 per riunire i propri medici partecipanti in *team*, costituiti da 5 a 10 membri. Attualmente il numero dei *team* è di circa trentatre.

Ognuno di essi si è dato, poi, un proprio statuto contenente le indicazioni identificative del *team* (nome, distretto di appartenenza, medici aderenti ecc.), le finalità dello stesso (13) e la nomina di un coordinatore e di due referenti di patologia. Queste due figure, in particolare, svolgono un ruolo di fondamentale importanza, l'una nell'ambito della gestione dei rapporti tra *team* e Distretto di appartenenza e l'altra in quello relativo all'attuazione dei percorsi di patologia.

La centralità del *team* nell'accordo aziendale, infatti, emerge sotto un duplice profilo: quello dell'appropriatezza clinica e quello del contenimento della spesa (anche se collegati). Al primo aspetto, come vedremo, è riconducibile l'adozione dei predetti percorsi (con evidenti influenze anche sul livello di spesa); al secondo, oltre agli obiettivi dati ai gruppi di Mmg prettamente di natura farmaceutica e specialistica, collegati agli obiettivi aziendali di riduzione delle variabili dette, è riconducibile l'attivazione del circuito

delle farmacie distrettuali affidato proprio ai medici di base, o meglio ai *team* dei distretti stessi, circuito che è alternativo a quello delle farmacie convenzionate (14). Infatti, per un concreto contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, la Asl Napoli 3 ha da tempo allestito una farmacia territoriale per ognuno dei sei Distretti sanitari (15). Tali farmacie interne forniscono a tutti gli utenti i farmaci ad alto costo, nonché i farmaci ai dimessi dal Presidio ospedaliero della Asl, con l'adozione di un ricetta-rio interno, appositamente formulato, in triplice copia, di cui una resta al reparto, una va alla Farmacia interna al presidio stesso e l'ultima viene consegnata al paziente.

In tal modo l'approvvigionamento dei farmaci è sostenuto a costi più bassi, mentre si ricorre all'acquisto a mezzo deposito solo per pochi medicinali prescritti e non compresi nel Prontuario terapeutico del Presidio (16). La consegna degli stessi ai pazienti avviene, poi, di norma nell'immediatezza o, al massimo, a distanza di poche ore dalla presentazione della ricetta.

Alla distribuzione dei farmaci si procede, in realtà, anche per l'utenza che afferrisce agli ambulatori specialistici distrettuali.

#### **4. Le linee guida aziendali e i relativi percorsi di patologia**

Il governo della medicina generale è caratterizzato da un livello di rappresentanza sindacale, necessario per negoziare con la direzione strategica della Asl le regole di partecipazione all'accordo aziendale e gli obiettivi di *budget* per i medici di base, e da un livello di rappresentanze tecnico-professionali, indispensabili per discutere, concordare e condividere rilevanti questioni scientifiche, quali i percorsi di patologia.

I percorsi di patologia, infatti, sono strumenti molto diffusi anche nell'ambito della medicina di base dove gli elevati livelli di disomogeneità clinica nel trattamento di un paziente dalle caratteristiche analoghe, anche tra colleghi operanti nella stessa zona territoriale, evidenziano l'inappropriatezza esistente.

Nel caso della Asl Napoli 3 sono state prese in considerazione due patologie tra le più diffuse, il diabete e l'ipertensione, con o senza complicanze, per arrivare alla formulazione dei relativi percorsi partendo dalle linee guida aziendali. Più precisamente tali linee guida sono aziendali nel senso che sono state elaborate nell'osservanza delle indicazioni clinico-terapeutiche fornite dalle organizzazioni scientifiche, nel rispetto della pratica, dell'esperienza e delle specificità dell'utenza dell'Asl stessa (si vedano gli esempi di due percorsi di massima, riportati in allegato). Esse sono state predisposte, in tal modo, dai due Gruppi di Progetto dipartimentale in seno al Dipartimento delle Cure primarie (DCP). Tali gruppi sono composti dai Direttori di distretto, dai Responsabili DCP, da quattro o cinque medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, da uno o due medici ospedalieri per specialità, da uno o due specialisti ambulatoriali e da ricercatori Cergas.

Il gruppo così formato deve produrre la linea guida aziendale sul problema di salute sul quale si vuole progettare il percorso assistenziale, riflettendo, come dicevamo, sulle evidenze scientifiche che devono diventare lo standard aziendale da garantire alla popolazione; il risultato del gruppo verrà trasferito ai gruppi di patologia distrettuali per strutturare la parte organizzativa del percorso.

Presso ogni distretto, infatti, è costituito un gruppo di patologia, composto dal Direttore di distretto, da un medico ospedaliero, da un specialista

ambulatoriale, dai referenti per patologia dei *team* di mmg/pls del distretto stesso, che deve ricercare la migliore soluzione organizzativa per implementare la linea guida aziendale elaborata dal gruppo di progetto dipartimentale. Essendo due le patologie selezionate, (ipertensione e diabete), tanti sono i gruppi per ogni distretto.

Le linee guida in esame sono recepite attraverso la figura del «referente di patologia». Il referente di patologia è il *professional* all'interno di ogni *team* per la patologia considerata; nominato dal *team* stesso per autocandidatura, egli partecipa al gruppo di patologia distrettuale per l'elaborazione dei percorsi assistenziali, fornendo il proprio contributo e riportando ai *team* del distretto i temi trattati, intavolando con questi ultimi il confronto per poi presentarne i risultati al gruppo di patologia del distretto stesso, da cui la discussione è partita. In altri termini, il referente di patologia diffonde il contributo dei *team* alla definizione dei percorsi assistenziali in ambito locale.

Il coordinatore del *team* è, invece, il suo rappresentante, nominato attraverso un meccanismo definito dal gruppo di medici stesso. Egli funge da interfaccia fra il Distretto ed i Medici di medicina generale, negoziando con i direttori di distretto il budget del proprio *team* ed indicando sia gli incontri per discutere delle patologie oggetto del predetto gruppo distrettuale sia le riunioni periodiche del *team* di appartenenza. In particolare, sono organizzate: riunioni sistematiche del singolo *team*, verbalizzate al Distretto di riferimento; riunioni mensili del Distretto con tutti i coordinatori dei *team* e *meeting* bimestrali anche con i componenti di tutti i *team* presenti sul territorio di competenza dello stesso.

Il coordinatore del *team* non è assolutamente responsabile per i compor-

tamenti prescrittivi dei colleghi, svolgendo un ruolo di stimolo e di promozione dei predetti incontri e di interfaccia con il Distretto e l'Azienda, cui spetta valutare l'attività del singolo *team* per verificarne il conseguimento degli obiettivi, oggetto di accordo sindacale.

Il ruolo dei medici di medicina generale (Mmg) all'interno del progetto aziendale di istituzione di tali percorsi per patologia assume una rilevanza di assoluta preminenza in quanto essi:

a) acconsentono a che il rapporto con il proprio paziente, affetto da specifica patologia, esorbiti dall'ambito bilaterale per collocarsi all'interno del modello organizzativo aziendale;

b) accettano di uniformarsi a procedure e terapie dell'apposito gruppo di lavoro, con evidente beneficio assistenziali del paziente (a cui è massa a disposizione una esperienza professionale ed una dotazione attrezzistica senz'altro polivalente e più efficace) e con ottimi risultati in termini di risparmio di spesa;

c) più in generale, rafforzano il rapporto collaborazione con l'Azienda attraverso la loro disponibilità ad incardinarsi nei modelli terapeutico-organizzativi che questa, di volta in volta, introduce nell'ottica della ottimizzazione dei livelli di appropriatezza di assistenza.

I risultati dell'esperienza del primo anno possono essere così sintetizzati:

1) quello più evidente, è la progressiva trasformazione del modello di lavoro del Mmg, incardinato in percorsi di lavoro di gruppo e di offerte pluri-specialistiche, che opera verso obiettivi di superamento del secolare ruolo del medico generico, storicamente collocato in una forma di isolamento dalle altre potenzialità organizzativo-professionali dell'azienda, e teso ad una conservazione spasmodica della storica prerogativa di essere il

depositario esclusivo del destino di salute del proprio paziente;

2) una maggiore efficacia degli interventi assistenziali (diagnostici o terapeutici);

3) una elevazione del livello qualitativo delle prestazioni, dovuta al concorso di più specialità ed all'uso corretto e tempestivo dei vari strumenti diagnostici;

4) un'indubbia soddisfazione del paziente, che, una volta affidato al gruppo di patologia, si sente effettivamente e adeguatamente seguito nel percorso terapeutico;

5) un'indubbia ricaduta positiva nei livelli di spesa, dovuta alla maggiore appropriatezza.

## 5. Obiettivi dell'accordo ed incentivi per i Mmg

Abbiamo già detto che il momento sindacale è indispensabile per negoziare gli obiettivi da raggiungere e i relativi incentivi per i Mmg, nell'organizzazione in equipe territoriali. E proprio in riferimento all'accordo tra la Asl Napoli 3 e le rappresentanze sindacali dei medici di base, va precisato, sin da ora, che la partecipazione al *team* stesso risulta essere un requisito indispensabile alla sperimentazione della convenzione in esame (17).

In particolare, il *team* rappresenta dal 2003 il centro di responsabilità territoriale a differenza di quanto è avvenuto nel 2002 dove tale ruolo era svolto ancora dal distretto. Questo significa che le *performance* dei *team* sono valutate rispetto al conseguimento degli obiettivi loro attribuiti e non più rispetto al raggiungimento degli obiettivi del distretto di appartenenza.

Va, infatti, sottolineato che alcuni dei costi variabili della Asl sono direttamente influenzabili dalla medicina generale come, ad esempio, la spesa farmaceutica e quella specialistica. Di conseguenza obiettivo aziendale è, in-

anzitutto, la riduzione del 16% (del totale della spesa della Asl) dei costi sostenuti per l'assistenza farmaceutica dei cittadini residenti assistiti dai Mmg rispetto ai costi sostenuti nell'anno antecedente, che costituisce la base di calcolo per la formulazione dell'obiettivo del *team*. Con riguardo alla specialistica, invece, l'azienda intende perseguire una riduzione del 15% dei costi sostenuti per l'assistenza specialistica erogata ai residenti, assistiti dai Mmg, rispetto ai costi sostenuti nell'anno precedente, anche qui base di calcolo per la definizione dell'obiettivo del *team*.

L'obiettivo del singolo *team* risulta essere, perciò, l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica e della spesa specialistica, così come formulato sulla base del dato di *performance* dell'anno precedente, prendendo in considerazione, per ogni singolo *team*, la spesa pesata pro-capite e la spesa pesata pro-capite per ATC, sulla scorta delle quali rappresentare non solo lo scopo predetto ma anche il relativo risultato da raggiungere.

Onde consentire lo scambio di informazioni, per la prenotazione dall'ambulatorio del medico di consulenze specialistiche e la possibilità da parte dei medici di ottenere i risultati della diagnostica nei singoli ambulatori, l'accordo prevede anche il collegamento dei medici al server aziendale, compresa la condivisione della cartella clinica che, per il primo anno, è limitata solo ai pazienti con diabete mellito ed ipertensione arteriosa, codificati per percorsi, con scambio dei contenuti clinici con l'area specialistica (centri di diabetologia di I e II livello, ambulatori di cardiologia territoriale ed ospedaliera)

A fronte del raggiungimento degli obiettivi predetti sono stati previsti incentivi di natura economica. L'ammontare totale dell'obiettivo complessivo distribuibile rispetto alle variabili

della farmaceutica, specialistica e progetto di informatizzazione corrisponde a cinque euro per assisto all'anno. Precisamente, vengono riconosciuti:

1) 1,50 euro per un obiettivo di spesa farmaceutica raggiunto dal singolo *team* per un risultato dal 100% al 90% e di 1 euro per un risultato che va dall'89% al 75%;

2) 1 euro per un risultato di performance del singolo *team*, nell'ambito della specialistica, dal 100% al 90% e di 50 centesimi di euro per un risultato che va dall'89% al 70%.

In entrambi i casi, per i *team* che non dovessero raggiungere i risultati indicati, è comunque effettuata una valutazione delle *performance* dei singoli componenti del gruppo e, ove uno o più medici dello stesso abbiano raggiunto singolarmente gli esiti prefissati, il premio è erogato solo ad essi ed in misura pari al 50% di quanto stabilito, purché il risultato complessivo di *team* non sia inferiore al 50% dell'obiettivo massimo definito;

3) 1,75 euro per l'adesione al progetto di informatizzazione nelle aree individuate precedentemente (utilizzo del *server* aziendale per le prenotazioni di visite specialistiche, condivisione dei contenuti clinici dei pazienti diabetici e ipertesi ecc.) (18).

Per quanto riguarda i percorsi di patologia, l'accordo aziendale menziona solo il Progetto diabete che, tra l'altro,

viene premiato a parte rispetto al conseguimento degli obiettivi in esame.

Per i medici non informatizzati vengono valutati i soli risultati relativi alla farmaceutica e alla specialistica con l'erogazione di un incentivo pari al 50% di quello previsto dall'accordo aziendale.

L'Azienda ha liquidato l'importo di due euro per assistito con le competenze di novembre 2003, e si impegna a liquidare un euro con le competenze di giugno 2004 a titolo di acconto e salvo automatico recupero nell'ipotesi di non raggiungimento degli obiettivi alla fine dell'anno corrente.

## 6. La valutazione dell'attività del *team*

Alla luce di quanto detto, essendo gli obiettivi aziendali individuati come obiettivi di *team*, vengono esaminati i dati sui consumi dei pazienti afferenti ai singoli *team* stessi (19), e non semplicemente il consumo distrettuale, poiché nell'accordo si ritiene che solo in tal modo si possa effettuare una ricollocazione della Medicina generale al centro del sistema sanitario campano.

Precisamente i dati forniti dall'Azienda ai medici partecipanti riguardano la spesa farmaceutica e la specialistica.

Il modello di reportistica adottato prevede la consegna periodica dei dati

di attività al coordinatore del *team* che indice un'apposita riunione per la lettura e la discussione degli stessi.

Tale reportistica del *team* è, poi, oggetto di confronto e di verifica tra i coordinatori dei *team* stessi e il Direttore di distretto per valutarne i risultati nel raggiungimento degli obiettivi già illustrati.

L'attività di monitoraggio concerne:

### a) La farmaceutica

Il consumo di farmaci è il dato più rilevato dall'attività dei medici di base, sia perché è facilmente ottenibile sia perché è uno dei costi correnti più importanti per le amministrazioni sanitarie. Di conseguenza se si riesce a ridurre la prescrizione medica di farmaci l'Asl ottiene un risparmio netto sul non prescritto e perciò non pagato (Beltramello, Ramponi, Scardellato, 2000).

Per quanto riguarda prettamente la valutazione dei singoli *team* di ciascun distretto, i dati in merito alla farmaceutica, sono:

— spesa farmaceutica per ATC

— spesa media pro-capite per ATC

come risulta dall'esempio riportato nella tabella 1 illustrativa della spesa farmaceutica per il *team* «Leopardi» del Distretto 64.

In valori assoluti e complessivi la spesa farmaceutica ha, quindi, evidenziato un andamento, riferito ad una

Tabella 1 - La spesa farmaceutica per il *team* «Leopardi» del Distretto 64

ATC 1° livello descrizione primo livello ATC	Spesa 2002	Spesa teorica 2003	Spesa MPC	Spesa MPC teorica 2003
A Apparato gastrointestinale e metabolismo	€ 290.082,39	€ 252.103,26	€ 23,27	€ 20,23
B Sangue ed organi emopoietici	€ 110.589,13	€ 99.056,43	€ 8,87	€ 7,95
C Sistema cardiovascolare	€ 617.070,19	€ 617.070,19	€ 49,51	€ 49,51
D Dermatologici	€ 28.967,08	€ 11.076,74	€ 2,32	€ 0,89

Le categorie riportate sono solo alcune a titolo esemplificativo.

popolazione assistita di circa 400.000 abitanti come riportato in tabella 2.

Tenuto conto che l'iniziativa associazionistica dei Mmg ha prodotto effetti dal 2002, i risultati indicati evidenziano un andamento della spesa progressivamente decrescente, in termini complessivi e pro capite, collocando la Asl Napoli 3 tra le più parsimoniose a livello nazionale, e confermando che questa politica gestionale è in grado di produrre effetti positivi sia in termini di livelli qualitativi che con riferimento alla riduzione dei costi.

#### b) *La specialistica*

Per specialistica si intendono le indagini strumentali, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche e la riabilitazione.

Anche in tal caso i dati presi in considerazione sono quelli inerenti alla spesa relativa alle prescrizioni effettuate dai Mmg dei singoli *team*, appartenenti ai vari Distretti, nell'ambito delle seguenti attività: cardiologia, diagnostica per immagini, laboratorio analisi, odontoiatria, ORL, terapia fisica e riabilitazione A.

Sono considerati, pertanto, i seguenti dati:

- spesa per *team*;
- spesa media pro-capite per *team*.

Sulla base di tali indicatori economici, la diagnostica e la farmaceutica, vengono monitorati gli eventuali scostamenti dai risultati da perseguire, tramite l'Osservatorio aziendale per l'appropriatezza delle prestazioni.

Il calcolo, poi, viene effettuato non sul *prescritto* ma sullo *spedito*, cioè sono considerate le ricette effettivamente consegnate alle strutture deputate alle specifiche funzioni.

#### c) *Percorsi di patologia*

Con riguardo all'attuazione dei percorsi di patologia, già esaminati, l'accordo decentrato menziona solo il

Progetto Diabete, nell'ambito del quale costituisce criterio di valutazione del conseguimento dei risultati del progetto stesso la riduzione dell'1% almeno del valore di Emoglobina glicata media (sull'Hb A1c) dei pazienti diabetici (20).

### 7. Conclusioni

L'esperienza dei *team* della Asl Napoli 3 conferma l'importanza dell'evoluzione della medicina di base verso forme di associazionismo da cui possono derivare vantaggi sia per i medici sia per l'azienda stessa. Nel caso specifico, per i primi va sottolineato che il lavoro di gruppo è lo strumento ideale per diminuire le differenze di comportamento rendendone più omogenea l'attività, in quanto consente un confronto tra pari che accresce culturalmente chi vi partecipa.

La Asl, dal canto suo, ha una maggiore facilità nella gestione dei sistemi di responsabilizzazione dei medici nonché economie di comunicazioni e rappresentanze, in quanto si interfaccia solo con i referenti dei *team*, evitando di riunire, di volta in volta, tutti i suoi componenti. Inoltre, l'aver previsto, nell'accordo decentrato, incentivi sui risultati dell'intero gruppo e non del singolo medico, si è rivelata una scelta idonea a generare comportamenti di maggiore cooperazione tra i professionisti, stimolati, in tal modo, ad un controllo reciproco e ad un continuo miglioramento.

L'adozione dei percorsi di patologia, poi, sebbene in tal caso solo relativamente al diabete e all'ipertensione, può essere utile sia per sviluppare la medicina basata sulle prove scientifiche, sia per definire il livello desiderato di intensità assistenziale, determinando, così, il livello di spesa per patologia medesima. La costruzione degli stessi ha, però, possibilità di successo solo se il processo si sviluppa nel consenso generale e garantisce una diffusione del modello scientifico codificato. Infine, di non poca importanza, lo sviluppo e la condivisione dei percorsi aziendali può semplificare per il singolo medico l'altrimenti improbo compito del costante aggiornamento individuale (cfr. Longo, Vendramini, 2001, p. 14).

La gestione dei pazienti cronici, in particolare, costituisce un nodo fortemente problematico per il futuro dell'assistenza sanitaria, in quanto caratterizzato da profonde variabilità nelle performance cliniche, da un basso livello di integrazione ospedale-territorio e da una tendenza al ricorso, spesso immotivato, all'uso del 3° livello (ricoveri e ambulatori ospedalieri) con un progressivo depauperamento della funzione territoriale ed un «intasamento» degli ospedali.

Una soluzione a tali problema è costruita dal c.d. *disease management*, ovvero una metodologia basata su un approccio integrato alla malattia, teso al miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti al citta-

Tabella 2 - Spesa farmaceutica in valori assoluti e complessivi per popolazione assistita

Anno	N. ricette	Spesa netta complessiva	Spesa netta pro-capite
2001	3.262.558	€ 84.616.893,14	€ 211,54
2002	3.315.203	€ 75.518.936,56	€ 188,79
2003	3.310.702	€ 71.975.350,21	€ 179,90

dino, nell'ottica di una razionalizzazione della spesa. Esso rappresenta una risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida.

Lo stesso diabete mellito, ad esempio, è una patologia in cui l'applicazione del *disease management* può essere di grande utilità, essendo una malattia ad elevata prevalenza, di lunga durata, costosa per morbilità e mortalità, complessa perché alla cura del diabetico concorrono diverse figure sanitarie, spesso integrate tra loro.

Il *disease management*, infatti, punta a superare la parcellizzazione degli interventi sanitari relativi alle patologie croniche attraverso una visione integrata e multidisciplinare del sistema di offerta. In altre parole si pone l'obiettivo di minimizzare i costi totali della patologia e incrementare la qualità attraverso il potenziamento dell'approccio preventivo, il corretto uso da parte dei pazienti delle terapie assegnate, l'eliminazione degli sprechi derivanti da duplicazioni, sovrapposizioni e mancanza di coordinamento nei diversi momenti del processo terapeutico. Tutto ciò tramite un «pacchetto di programma sanitario» appropriato alla malattia in oggetto, che ovviamente deve avere le caratteristiche di patologia cronica evolutiva, ad alto tasso di complicanze ed impatto socio sanitario, condiviso da tutti gli operatori sanitari interessati (Mmg, Specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, *nurses*, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti, pazienti), ricavato dalle linee guida internazionali e/o nazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili.

L'esperienza della Asl Napoli 3, sebbene si debba collocare nell'ambito del predetto *disease management*, ha avuto, allo stato attuale, solo una finalità di risparmio di costi.

Come abbiamo visto in precedenza, infatti, la priorità aziendale è stata, innanzitutto, quella di diminuire la spesa farmaceutica e specialistica, con esiti molto positivi che hanno confermato anche l'importanza del ruolo svolto dalla medicina generale nel governo della domanda sanitaria e, quindi nel controllo della relativa spesa.

Alla luce di quanto detto, perciò, gli indicatori di risultato dell'attività del *team* sono principalmente di natura economica (farmaceutica e diagnostica). Principalmente e non esclusivamente, se si tengono in considerazione gli indicatori di risultato del processo di applicazione dei percorsi di patologia.

L'accordo decentrato della Asl Napoli 3 prevede, però, a tal proposito, un solo indicatore di risultato con riguardo, esclusivamente, al percorso del paziente diabetico, ovvero, come già detto, la riduzione dell'1% almeno del valore di Emoglobina glicata media (sull'Hb A1c) dei pazienti diabetici, criterio questo cui attenersi nel monitoraggio della patologia che, però, non è in assoluto significativo di un miglioramento delle condizioni dello stesso anche se indicativo di un'appropriatezza degli interventi assistenziali specifici.

Per il futuro, perciò, si auspica che l'esperienza predetta venga utilizzata per una gestione sistematica delle patologie croniche, con vantaggi non solo in termini di riduzione degli sprechi o di razionalizzazione delle risorse e di identificazione dei ricoveri inappropriati, ma specialmente di miglioramento della qualità di vita dei soggetti utenti, anche attraverso la verifica dell'andamento nel tempo dell'attività assistenziale e, perciò, l'introduzione di indicatori di salute, quali tassi di mortalità o sopravvivenza, dati epidemiologici, ecc., attuabile, però, solo nel medio-lungo periodo e, soprattutto, quando tutti i medici si informatiz-

zeranno, rendendo disponibili i dati sul percorso dei propri pazienti.

---

(1) Più precisamente il D.L.vo 56/2000 ha abolito, a partire dal 2001, tutti i trasferimenti integrativi del Fsn a favore delle regioni a statuto ordinario e li ha sostituiti con un aumento dell'addizionale regionale dell'Irpef e dell'aliquota di partecipazione all'accisa sulla benzina, nonché con l'introduzione di una compartecipazione regionale all'Iva. In altri termini le Regioni possono supplire all'abolizione del Fsn o con entrate proprie, che provengono cioè dall'autorità centrale e sono assimilabili a dei trasferimenti (la compartecipazione Iva e l'accisa sulla benzina), o con imposte che restano a livello centrale, ma che le stesse possono modificarne le aliquote, come nel caso dell'Irpef o dell'Irap, dove è possibile variare sia l'aliquota sia la base imponibile.

(2) Un'ulteriore novità significativa nello scenario della medicina di base è rappresentata dal crescente interesse per il *budget* in medicina di base: i medici lo invocano perché sanno che solo programmando e controllando il loro comportamento possono dimostrare la loro rilevanza e la loro produttività, e, quindi, ottenere incentivi o remunerazioni di livello maggiore, mentre le aziende hanno compreso l'importanza di monitorare la leva forse più rilevante di governo di possibile governo della domanda.

(3) Come la medicina in associazione, in rete o in gruppo contemplate dalla Convenzione e/o da accordi regionali.

(4) Ci si riferisce ai *team* e alla medicina nel distretto previsti da accordi tra la Asl e le rappresentanze sindacali.

(5) Cfr. Franco (2000), p. 124, secondo cui sono le realtà lavorative che offrono infinite occasioni di incontro e di contatto tra gli individui, dando, così, vita a «molteplici e variegate forme di aggregazione definibili nel contesto organizzativo più propriamente come gruppi».

(6) Secondo Lewin (1951), il gruppo può essere definito anche come «qualcosa di più, o per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha un assetto proprio, fini peculiari e relazioni particolari con altri gruppi. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come una totalità dinamica».

(7) Differente dal concetto di gruppo di lavoro è, poi, quello di lavoro di gruppo: il primo, abbiamo detto, è un'unità organizzativa,



formalmente identificata, costituita da due o più persone, ed è uno strumento dell'organizzazione aziendale per conseguire i propri obiettivi operativi, ma anche un importante mezzo per la soddisfazione dei bisogni sociali e di appartenenza dell'individuo; il secondo indica, invece, un metodo o una modalità di lavoro che fa ampio ricorso al coinvolgimento ed alla interazione tra più individui, pur se questi non vengono a costituire una struttura identificabile (gruppo). Cfr. M. Franco (2000), p. 124.

(8) Cfr. Grandori (1995), p. 219. Secondo l'autrice, perciò, «nessuno, in un modello ideale di gruppo, ha sufficienti informazioni e competenze per risolvere bene il problema da solo... altrimenti sarebbe ugualmente efficace ed efficiente demandare ad uno solo di essi il compito di definire l'azione collettiva per tutti».

(9) Cfr. Grandori (1995), p. 221, nel senso che «gli attori controllino informazioni e competenze approssimativamente della stessa consistenza e rilevanza per il problema o attività in questione».

(10) Secondo Franco (2000), p. 129, «l'istituzione di flussi di comunicazione tra più risorse consente il controllo di alcune delle cosiddette "interdipendenze", garantendo un miglioramento dei livelli di efficacia».

(11) In tal caso, sempre secondo Franco (2000), p. 129, «l'organizzazione, con l'utilizzo del gruppo di lavoro, mira sostanzialmente all'aumento della produttività e alla riduzione dei tempi di comunicazione con il massimo impiego delle competenze delle risorse umane disponibili».

(12) È questa la differenza rispetto alla medicina di gruppo che, invece, prevede tale condivisione ambulatoriale, garantendo importanti livelli di continuità assistenziale diurna.

(13) I Mmg aderenti si impegnano, cioè, a prendere parte alle iniziative promosse dalla Asl e concordate con le rappresentanze sindacali, stabilendo altresì degli incontri periodici per la discussione della reportistica del *team* e per un confronto con gli altri gruppi ai fini dell'implementazione dei percorsi assistenziali su base distrettuale.

(14) Sono stati coinvolti anche i centri prescrittori della Asl, per i quali la stessa ha predisposto un proprio modello di «Libretto Terapeutico LIT».

(15) Sono stati impegnati ben dieci farmacisti per la distribuzione dei medicinali nei distretti su due turni giornalieri e ciascuna farmacia è stata dotata di mezzi e strumenti idonei per svolgere, con professionalità, tale attività.

(16) Si consideri che a giugno del 2003, il risparmio ottenuto a seguito della distribuzione diretta di farmaci ad opera delle Farmacie interne, operanti presso ciascun Distretto e del P.O., risulta essere di € 736.522,66.

(17) Questo significa solo che l'organizzazione in *team* è funzionale all'accordo, nel senso che non è prevista l'adesione di medici non inseriti in un *team*, ma essa non sostituisce in nessun caso le rappresentanze sindacali per eventuali ulteriori accordi aziendali o distrettuali.

(18) In particolare il premio è, così, ripartito: 0,25 centesimi di euro per la prenotazione di visite ambulatoriali (utilizzo del CUP) e 1,50 euro per la condivisione dei contenuti clinici dei pazienti diabetici e ipertesi.

(19) Per ogni *team* sono presi in considerazione la composizione della popolazione, sulla scorta dei parametri utilizzati per il riparto del Fsn.

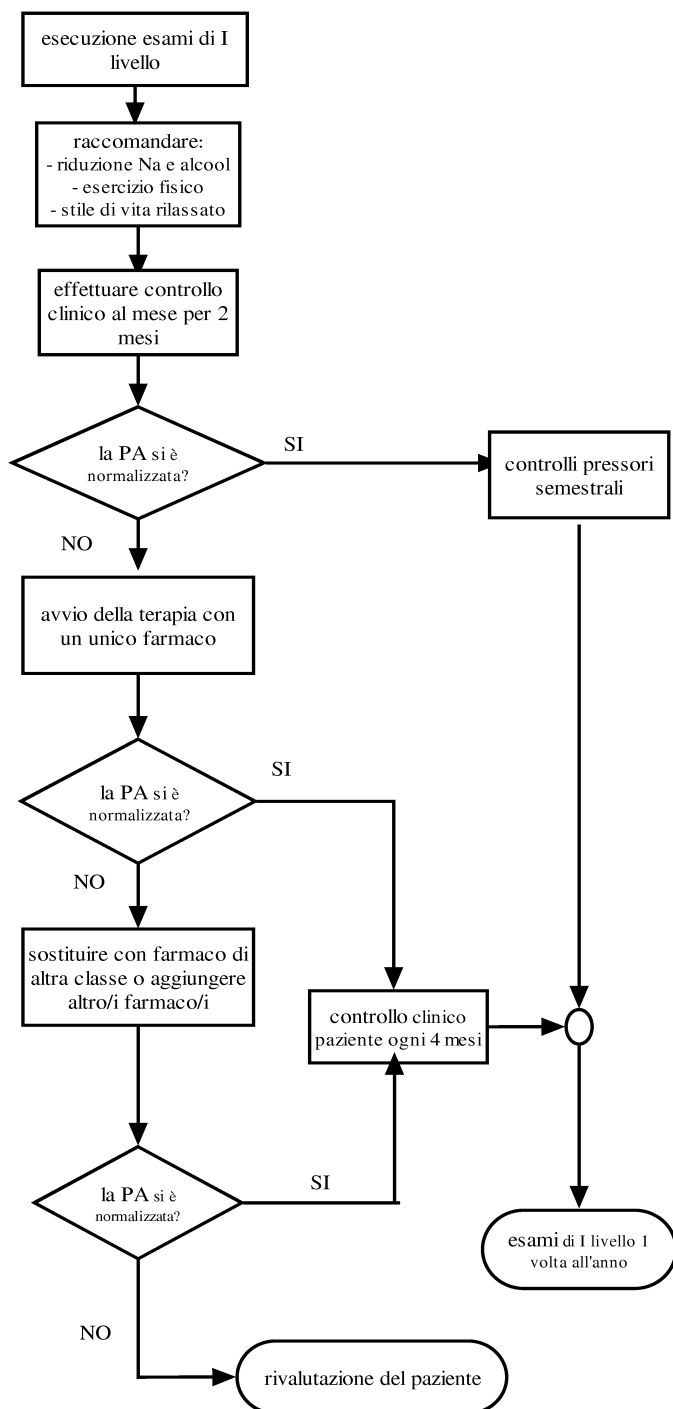
(20) Ogni sei mesi viene effettuata la trasmissione al Servizio di programmazione sanitaria dei dati rilevati sull'Hb A1c.

## BIBLIOGRAFIA

- BELTRAMELLO C., RAMPONI C., SCARDELLATO U. (2000), «Il budget e la medicina generale», *Analysis*, 7/8, p. 391 e ss.
- BRUNELLO C. (1999), «Analisi dei modelli micro-organizzativi della Medicina di base», *Mecosan*, 29, p. 81 e ss.
- COSTA G., NACAMULLI R.D.C. (1997), *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. II: «La progettazione organizzativa», Utet, Torino.
- DAFT R.L. (1994), *Management*, Dryden, Fort Worth.
- DAVIS K., NEWSTROM J. (1985), *Human Behavior at Work*, McGraw-Hill, New York.
- FARONATO P., RIZZATO E., FAVRETTI F. (2002), «Il medico di medicina generale come partner dell'Azienda verso il budget di distretto», *Mecosan*, 41, p. 111 e ss.
- FRANCO M. (2000), «L'analisi organizzativa: il gruppo», in R. MERCURIO, F. TESTA, *Organizzazione assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli Editore, Torino.
- GRANDORI A. (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, Bologna.
- ISOLABELLA M.C. (1993), «Lavorare in *team*», *Sviluppo e Organizzazione*, 139, settembre-ottobre.
- JORIO E.F. (2002), «Riforma del welfare, devoluzione e federalismo della salute», *Ragiusan*, 222, Sez. 1<sup>a</sup>, Dottrina, p. 8 e ss.
- LEWIN K. (1951), *Field Theory in Social Science*, Harper & Row, New York.
- LONGO F., VENDRAMINI E. (a cura di) (2001), *Il budget e la Medicina Generale*, McGraw Hill, Milano.

## APPENDICE

### PERCORSO DI MASSIMA N.1 Ipertensione lieve (grado 1) senza fattori di rischio



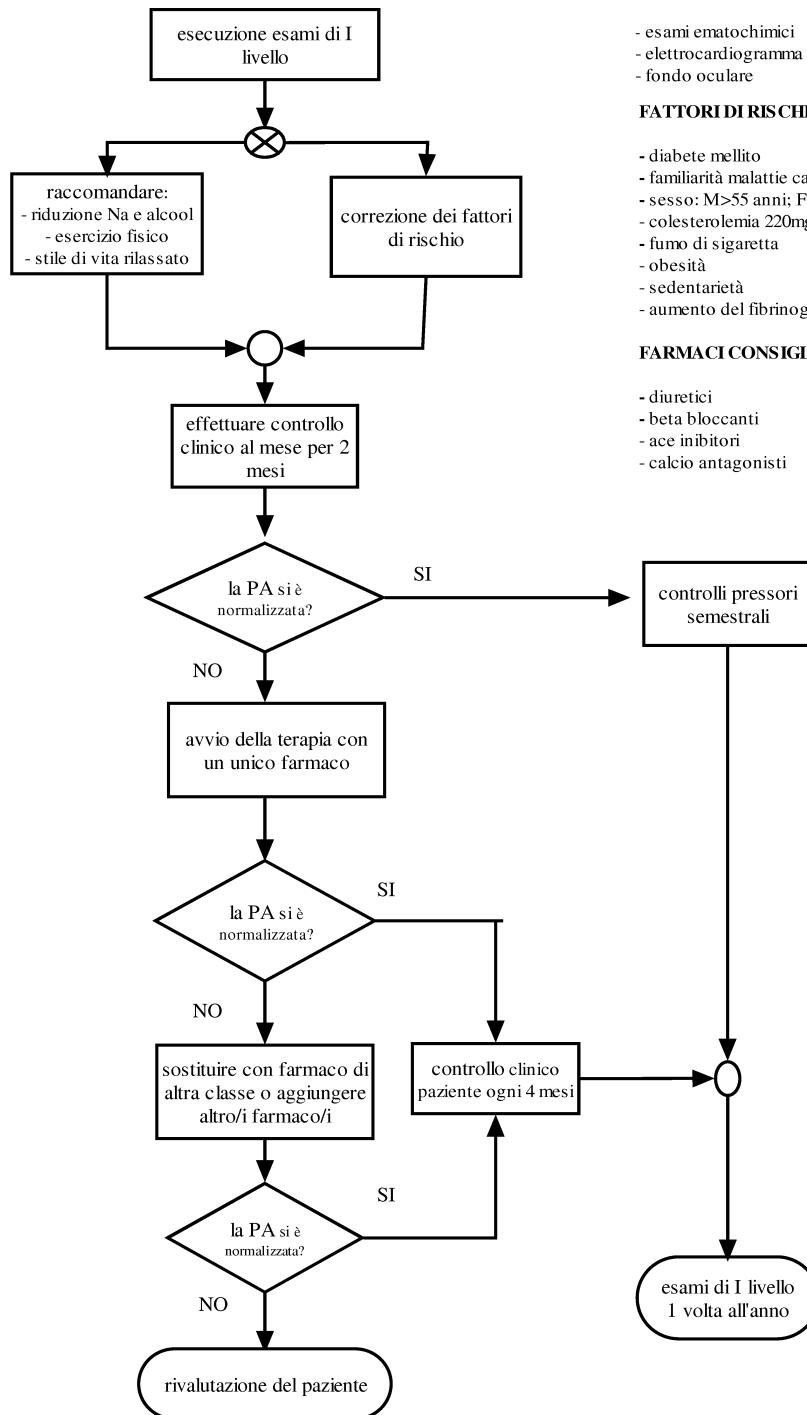
**GLI ESAMI DI PRIMO LIVELLO SONO:**

- esami ematochimici
- elettrocardiogramma
- fondo oculare

**FARMACI CONSIGLIATI:**

- diuretici
- beta bloccanti
- ace inibitori
- calcio antagonisti

**PERCORSO DI MASSIMA N.2**  
**Ipertensione lieve (grado 1) con 1 o 2 fattori di rischio**



**GLI ESAMI DI PRIMO LIVELLO SONO:**

- esami ematochimici
- elettrocardiogramma
- fondo oculare

**FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

- diabete mellito
- familiarità malattie cardiovascolari precoci
- sesso: M>55 anni; F>65 anni
- colesterolemia 220mg/dl
- fumo di sigaretta
- obesità
- sedentarietà
- aumento del fibrinogeno plasmatico

**FARMACI CONSIGLIATI:**

- diuretici
- beta bloccanti
- ace inibitori
- calcio antagonisti

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 salute

## 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 devono essere originali e avere contenuto innovativo.

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 130 parole.

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il **titolo** non deve superare le novanta battute.

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.

È previsto un solo livello di sottoparagrafi.

Altre partizioni avranno titoli privi di numerazione e 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.

Le tabelle dovranno essere presentate con un editor di testo (es. word).

### Note

Devono essere richiamate numericamente. Si consiglia la brevità e la limitatezza nel numero.

### 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, pp. 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 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.

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

È in distribuzione il CD-ROM contenente la copia esatta della raccolta completa dei fascicoli di **RAGIUSAN 2004** in un unico CD-ROM, in formato PDF, al prezzo di € 690,00 oppure, per coloro che sono già abbonati a **RAGIUSAN 2004**, € 350,00. Per coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento al supplemento **RAGIUSAN click 2004** il CD-ROM contenente l'intera annata arretrata 2004, sarà inoltrato in regalo.



Roma, dicembre 2004

## CEDOLA D'ORDINE **RAGIUSAN click 2004** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

### **RAGIUSAN click 2004**

- al prezzo di  € 690,00  
 € 350,00 (in quanto già abbonato a **Ragiusan 2004** cartaceo)  
 **GRATIS** (in quanto abbonato al supplemento **Ragiusan click 2004**)

● 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. ....

..... lì .....

Codice Fiscale .....  
 Partita IVA .....

**FIRMA E TIMBRO** .....  
 (In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

ANTONELLA DELLE FAVE  
SERGIO MORSICANO  
(a cura di)

**L'umanizzazione dell'ospedale.  
Riflessioni ed esperienze**

FrancoAngeli  
Milano, 2004  
pp. 246, € 20,50

*Umanizzazione dell'ospedale è una locuzione che include parecchi aspetti, non rientrando in una specifica disciplina, ma costituisce un campo di discussione per affrontare difficoltà vecchie e nuove che emergono nella medicina, a seguito delle profonde trasformazioni demografiche, epidemiologiche e di stile di vita della società post-industriale. Non c'è nulla di più naturale e comune delle patologie e della fine di una vita, poiché, come affermava M. Foucault, l'uomo non muore perché si ammala, ma si ammala perché è mortale. I progressi scientifici e tecnologici hanno però aperto nuovi orizzonti di cura e prevenzione nei confronti di patologie altrimenti non trattabili; la crescente consapevolezza dei cittadini del proprio ruolo attivo nella gestione della salute ha fatto uscire la medicina e le sue strutture dall'ambito strettamente diagnostico-terapeutico modificando richieste e aspettative degli utenti. L'Ospedale diviene pertanto un crocevia di interazioni cariche di valenze e attese non sempre realistiche in cui si chiede alla medicina l'immortalità o la sopravvivenza ad oltranza. La realtà ospedaliera è forgiata da quest'immaginario cui spesso gli operatori medesimi colludono inconsciamente. Si è così spostata l'attenzione dalla relazione con la persona malata a quella con la malattia stravolgendo il ruolo tradizionale del terapeuta, sostituendolo con quello del tecnico e dello specialista. Il volume rappresenta problemi e tentativi di risposta che operatori, studiosi e amministratori affrontano ogni giorno. I contributi sono suddivisi in quattro parti: nella prima, si analizzano aspetti teorici e difficoltà sociali, culturali e istituzionali che evidenziano un evidente scarto tra le esistenti strutture cliniche e le esigenze della popolazione. L'enfasi sulla centralità del paziente nel processo di diagnosi e cura solleva difficoltà in ambito organizzativo, deontologico e sociale che vengono affrontate nella seconda parte del volume. La terza parte descrive esperienze di Umanizzazione presso alcune strutture ospedaliere del territorio milanese. La quarta parte affronta il tema della formazione degli operatori sanitari.*

*rali e istituzionali che evidenziano un evidente scarto tra le esistenti strutture cliniche e le esigenze della popolazione. L'enfasi sulla centralità del paziente nel processo di diagnosi e cura solleva difficoltà in ambito organizzativo, deontologico e sociale che vengono affrontate nella seconda parte del volume. La terza parte descrive esperienze di Umanizzazione presso alcune strutture ospedaliere del territorio milanese. La quarta parte affronta il tema della formazione degli operatori sanitari.*

INDICE: PARTE I. ASPETTI TEORICI - 1. ASPETTI STORICI DELL'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE (GIORGIO COSMACINI) - 2. NUOVI ASPETTI DELLA RELAZIONE TRA OPERATORI SANITARI (ANTONIO PAGANO) 3. FONDAMENTI E STRUTTURE DELL'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE (SERGIO MARSICANO) - 4. L'OPERATORE SANITARIO NELLA SOCIETÀ MULTICULTURALE: MODELLI DI RIFERIMENTO ED ESPERIENZE CONCRETE (ANTONELLA DELLE FAVE, MANUELA LOMBARDI, ANDREA FIANCO) - PARTE II. ASPETTI STRUTTURALI - 5. GESTIONE DEL PERCORSO DI CURA INTRA ED EXTRA OSPEDALIERO (FRANCESCO AUXILIA) - 6. VECCHI DIRITTI E NUOVE RESPONSABILITÀ (UMBERTO GENOVESE, SONIA SCARPATI) - 7. UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE: LE IMPLICANZE ORGANIZZATIVE (MARA TOGNETTI BORDOGNA) - PARTE III. APPLICAZIONI: ALCUNE ESPERIENZE IN OSPEDALE - 8. IL CONTRIBUTO DELLA PSICHIATRIA ALL'UMANIZZAZIONE DELLE CURE IN MEDICINA (ROSALBA TERRANOVA-CECCHINI) - 9. L'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE: L'ESPERIENZA DELLA CLINICA PEDIATRICA DELL'OSPEDALE DI MONZA (GIUSEPPE MASERA, MOMCILO JANKOVICH, FRANCESCA BELTRAME) - 10. ESPERIENZE IN INFETTIVOLOGIA (ANTONIETTA CARGNEL) - 11. L'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE IN ONCOLOGIA (LUCILLA TEDESCHI) - 12. UN'ESPERIENZA DI UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA: L'ACCOGLIENZA ALLA DONNE IMMIGRATE (MAURO BUSCAGLIA, FIAMMETTA SANTIN) - 13. L'UMANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE IN MEDICINA RIABILITATIVA (CARLO GUSSONI) - PARTE IV. FORMAZIONE DI BASE E PERMANENTE - 14. FORMAZIONE DEL MEDICO (MASSIMO MALCOVATI) - 15. FORMAZIONE DELL'INFERMIERE (MARTA NUCCHI, GIUSEPPINA LEDONNE) - 16. FORMAZIONE DELLO PSICOLOGO PER LA SANITÀ (GUIDO SALA) - 17. FORMAZIONE DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO (GABRIELLA BIANFRÈ) - 18. FORMAZIONE DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE (GABRIELLA BA, CATERINA VIGANÒ).

AMERICO CICHETTI

**La progettazione organizzativa**  
Principi, strumenti e applicazioni  
nelle organizzazioni sanitarie

FrancoAngeli  
Milano, 2004  
pp. 287, € 26,00

*Il tema della progettazione delle forme organizzative è centrale negli studi manageriali. I tradizionali approcci «contingenti» al design organizzativo sono oggi considerati in crisi di fronte al mutamento dei contesti competitivi e appaiono spesso inadeguati nelle organizzazioni professionali, dove i legami sistemici sono «deboli» e dove i fenomeni emergenti e non pianificati assumono particolare rilievo nell'azione organizzativa. Questo libro affronta il problema del design in un contesto, quello delle organizzazioni sanitarie, particolarmente complesso e delicato da un punto di vista sociale. La questione progettuale viene analizzata intendendo l'attività di design principalmente come ricerca di «regole del gioco». Le organizzazioni sanitarie stanno evolvendo rapidamente nella direzione di entità complesse dove regole razionali-manageriali, regole istituzionali e regole costrutturali concorrono nel determinare la strutturazione definitiva. Il management, in questi contesti, deve imparare a «mediare» tra le indicazioni provenienti dall'applicazione della logica della razionalità limitata ed intenzionale — oggi associata al processo dell'aziendalizzazione della sanità — e le «altre regole» fondate su valori ed interessi di natura istituzionale e professionale, che assumono particolare rilievo nel mondo della medicina. Sulla base di tali presupposti il libro analizza la complessità delle organizzazioni sanitarie e affronta il tema della progettazione proponendo modelli, esempi ed esperienze applicative di progettazione macro strutturale e di dipartimentalizzazione. Il testo pur essendo studiato come supporto didattico nei*

*corsi di laurea triennale e specialistica — sia di area economica che sanitaria — può rappresentare un valido strumento di lavoro per coloro che operano nel settore sanitario con posizioni di responsabilità.*

**INDICE:** 1. TEORIE ORGANIZZATIVE E APPROCCI AL DESIGN - 2. GLI ELEMENTI CHIAVE NELLA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA - 3. LA NATURA E LA COMPLESSITÀ DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE - 4. LA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA COME COMBINAZIONE DI COMPETENZE - 5. I MECCANISMI DI COORDINAMENTO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE - 6. GLI ASSETTI MACROSTRUTTURALI: IL MODELLO ISTITUZIONALE - 7. GLI ASSETTI DELLA MESO-STRUTTURA: IL DIPARTIMENTO - 8. LA COMBINAZIONE DELLE COMPETENZE NEI DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI.

*L'evoluzione del contesto istituzionale e normativo nel quale operano le aziende sanitarie pubbliche ha favorito lo sviluppo di relazioni nuove per tipologia e intensità con una vasta gamma di attori economici e sociali. In particolare, l'orientamento verso la «deintegrazione» e la «specializzazione istituzionale e tecnico-gestionale» voluto dai decreti di riforma del Ssn ha segnato il passaggio dalla prevalenza di relazioni interaziendali impostate secondo la logica transazionale al progressivo sviluppo di rapporti basati sulla logica relazionale. L'attivazione di forme di collaborazione di carattere duraturo tra gli istituti pubblici e tra questi e le aziende private (imprese e soggetti non profit) nell'area della produzione e dell'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rappresenta, al ricorrere di talune circostanze, lo strumento per il perseguimento delle specifiche finalità istituzionali dei soggetti coinvolti. Questo lavoro, impiegando la prospettiva economico-aziendale, interpreta le relazioni interaziendali di collaborazione come unità di analisi del comportamento e dei risultati aziendali. Dopo aver fornito un quadro teorico di alla luce della letteratura internazionale, il volume si focalizza sull'analisi di alcuni elementi di contesto che, favorendo la riforma del settore pubblico, hanno creato i presupposti per lo sviluppo delle relazioni di collaborazione tra gli attori a vario titolo coinvolti nel «sistema salute». Le relazioni di cooperazione per la produzione e l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie vengono successivamente analizzate nell'evoluzione del contesto istituzionale di riferimento anche attraverso una panoramica dei principali modelli di collaborazione tra pubblico e privato sviluppati in altri Paesi e, segnatamente, nel Regno Unito. Il lavoro si conclude con la definizione di un modello interpretativo delle relazioni di collaborazione e con una successiva indagine empirica sul fenomeno in esame in ambito sanitario e socio-sanitario.*

MANUELA S. MACINATI

**Le relazioni interaziendali  
di collaborazione in sanità**

FrancoAngeli  
Milano, 2004  
pp. 208, € 22,00

**INDICE:** 1. LE RELAZIONI INTERAZIENDALI DI COLLABORAZIONE: IL QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO - 2. LE RELAZIONI DI COLLABORAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO NELL'EVOLUZIONE DEL CONTESTO ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO - 3. LE RELAZIONI DI COLLABORAZIONE TRA PUBBLICO, PRIVATO E NON PROFIT IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO - 4. LE RELAZIONI DI COLLABORAZIONE IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO: UN MODELLO INTERPRETATIVO E DI ANALISI - 5. LE RELAZIONI DI COLLABORAZIONE IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO: I RISULTATI DELL'INDAGINE EMPIRICA.



MICHELE LA ROSA  
STEFANO GRANDI  
(a cura di)

**La formazione manageriale  
del personale sanitario**  
Il coordinamento  
dei servizi esternalizzati

FrancoAngeli  
Milano, 2003  
pp. 207, € 17,00

*Le aziende sanitarie, per esigenze di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse, hanno ormai da tempo avviato un processo di progressiva esternalizzazione di numerosi servizi che, in virtù della loro natura non strategica, possono essere affidati alla gestione di organizzazioni esterne. Ciò, se da un lato permette di contenere la dimensione aziendale e di ridurre la complessità, dall'altro attribuisce un ruolo decisivo ai sistemi preposti al coordinamento ed al controllo di una molteplicità di fornitori diversi. Tali funzioni coinvolgono sempre più spesso anche quella parte del personale sanitario che, pur possedendo una specifica professionalità tecnica, ha la necessità di acquisire ulteriori competenze di tipo gestionale e manageriale. Questo volume ha l'obiettivo di fornire un qualificato apporto conoscitivo ed alcuni spunti di riflessione su aspetti che vanno assumendo crescente rilevanza per tutti coloro che si trovano ad operare nelle organizzazioni sanitarie sia pubbliche che private. In particolare si approfondiscono temi quali le strategie organizzative manageriali, la qualità e la valutazione degli interventi socio-sanitari, la formazione, la comunicazione e l'eco-management ospedaliero, nella convinzione che tali elementi debbano divenire un patrimonio conoscitivo diffuso in grado di supportare l'attività di coloro che, ai diversi livelli, hanno ruoli di coordinamento all'interno delle aziende sanitarie.*

INDICE: 1. PRESENTAZIONE (STEFANO GRANDI, MICHELE LA ROSA) - 1. L'ANALISI DELLE ORGANIZZAZIONI COMPLESSE (MICHELE LA ROSA) - 2. BEEP BEEP! (UGO LUIGI APARO) - 3. IL MANAGEMENT OSPEDALIERO (KARL KOB) - 4. LA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI (MARIAGRAZIA BONZAGNI) - 5. I PERCORSI DELLA QUALITÀ (UGO LUIGI APARO) - 6. QUALITÀ E CONTROLLO DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI SOCIOSANITARI: STRATEGIE E METODI (ALEX ROBERTSON) - 7. LA GESTIONE DELLA SICUREZZA IN AMBITO OSPEDALIERO (ANTONIO MONTANILE) - 8. RISCHIO BIOLOGICO E AUTOCONTROLLO NELLA RISTORAZIONE OSPEDALIERA (PIER PAOLO LEGNANI) - 9. ECOLOGIA E PROTEZIONE DELL'AMBIENTE IN AMBITO OSPEDALIERO (KARL KOB) - 10. SVILUPPO DELLA FORMAZIONE ED INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA IN SANITÀ (MICHELE LA ROSA) - 11. FORMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE. NUOVE TENDENZE DELLA FORMAZIONE (CAROLINA GUERRIERI) - 12. LA COMUNICAZIONE COME PROCESSO E COME STRUMENTO (ROBERTA PALTRINIERI) - 13. I NUOVI STRUMENTI DELLA COMUNICAZIONE: PIANIFICARE L'USO DELLE NUOVE TECNOLOGIE NELLE AZIENDE SANITARIE (PIER DAMIANO D'IGNAZIO, DANIELA SABBIONI) - 14. GLI INDICATORI PER LA MISURAZIONE DEI SERVIZI IN GESTIONE ESTERNA E I SISTEMI DI CONTROLLO DEL RISULTATO (MAURO AMADEI).

*Si può affermare con notevole sicurezza che in sanità, qualunque sia la variabilità considerata (di risorse, di processo, di esito, di efficienza, di condizioni di salute) ogni volta che la si cerca la si trova; spesso di entità maggiore di quella attesa e quasi sempre con riflessi importanti per le popolazioni e i pazienti. Lo studio della variabilità è fondamentale per promuovere e orientare le azioni di miglioramento. «Il problema centrale del management è quello di comprendere al meglio il significato della variabilità e di estrarre tutta l'informazione che essa contiene». Questo libro fa capire quanto siano numerosi e informativi anche nel nostro Paese gli studi sulla variabilità in sanità e costituisce un'opportunità per chiunque, amministratori, professionista sanitari, partecipante ad associazioni di volontariato e di tutela, sia interessato a problemi di valutazione e miglioramento, di programmazione e di gestione dei servizi sanitari. Fornisce anche una nuova base metodologica per gli studi di descrizione e di interpretazione della variabilità.*

INDICE: 1. IL SIGNIFICATO DELLA VARIABILITÀ - 2. VARIABILITÀ DELLA MORTALITÀ EVITABILE IN ITALIA - 3. VARIABILITÀ NELLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - 4. VARIABILITÀ NELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA TRA LE REGIONI ITALIANE - 5. VARIABILITÀ NELL'USO DEI FARMACI - 6. VARIABILITÀ TRA I MEDICI DI MEDICINA GENERALE NEL TRATTAMENTO ANTIBATTERICO DELLE INFEZIONI DELLE VIE RESPIRATORIE - 7. VARIABILITÀ NELLE PRESCRIZIONI DEI MEDICI GENERALI IN UN'AZIENDA SANITARIA LOCALE - 8. VARIABILITÀ IN UNA REGIONE A PARTIRE DAI DATI DEI SISTEMI INFORMATIVI: METODI, STRUMENTI E PROBLEMI - 9. VARIABILITÀ DELLA SOPRAVVIVENZA PER TUMORE IN ITALIA E IN EUROPA - 10. VARIABILITÀ ALL'ASSISTENZA AL PERCORSO NASCITA IN ITALIA - 11. VARIABILITÀ DELLE PRATICHE INFERMIERISTICHE - 12. VARIABILITÀ IN ONCOLOGIA: LA PRESCRIZIONE DI ORMONOTERAPIA NEL TUMORE DELLA MAMMELLA - 13. VARIABILITÀ DELLE ATTIVITÀ DI ÉQUIPE CHIRURGICHE - 14. VARIABILITÀ DELLE COMPLICANZE MACRO-ANGIOPATICHE NEI PAZIENTI DIABETICI DI TIPO 2: FREQUENZA E FATTORI DI RISCHIO - 15. VARIABILITÀ DEI TRATTAMENTI DI CRISI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE - 16. DISEGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE NELL'ACCESSO E NELL'EFFICACIA DELLE CURE - 17. VARIABILITÀ E DISEGUAGLIANZE NELLA PREVENZIONE - 18. VARIABILITÀ E PROFILI DI ASSISTENZA - 19. QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE VARIABILITÀ DELLE PREFERENZE DI CONSUMO - 20. VARIABILITÀ DELLA FREQUENZA DEGLI INTERVENTI DI RIVASCOLARIZZAZIONE CARDIACA E SUE CAUSE.

PIERLUIGI MOROSINI  
GABRIELLA PALOMBO  
(a cura di)

**Variabilità nei servizi sanitari  
in Italia**

Centro Scientifico Editore  
Torino, 2004  
pp. 308, € 34,50

NICOLA FALCITELLI  
TOMMASO LANGIANO  
(a cura di)

**Politiche innovative nel SSN:  
i primi dieci anni di DRG  
in Italia**

Il Mulino  
Bologna, 2004  
pp. 229, € 18,00

*Il sistema di pagamento degli erogatori delle prestazioni sanitarie — e in particolare di quelle ospedaliere — introdotto nel Ssn da circa dieci anni, è stato indicato come strumento di previsione e di controllo della spesa sanitaria, oltre che come sistema di una distribuzione più equa delle risorse. Nonostante il tempo trascorso, non esiste una valutazione documentata sui risultati ottenuti e sugli effetti prodotti sulla qualità dell'assistenza e sul governo della spesa. Il volume costituisce una prima analisi delle modalità reali con le quali si è sviluppata nei diversi contesti regionali la remunerazione a prestazione delle attività ospedaliere ed evidenzia gli effetti attualmente riscontrabili sulla qualità dell'assistenza prestata e sull'impatto finanziario prodotto. Esso si propone di offrire elementi utili nel dibattito in corso circa la validità dei Drg per un miglioramento globale delle prestazioni del SSI. Al riguardo, sottolinea come il nuovo sistema di pagamento delle prestazioni ospedaliere si sia rivelato sostanzialmente efficace ed appropriato, più equo ed utile rispetto alle modalità remunerative precedentemente vigenti. Individua, infine, gli interventi necessari per il processo di adeguamento e di revisione del sistema di remunerazione ritenuti non più dilazionabili dopo un decennio dalla sua introduzione.*

INDICE: 1. PREFAZIONE (F. TARONI) - 2. GOVERNARE I SISTEMI DI FINANZIAMENTO (N. FALCITELLI) - 3. IL CONTESTO INTERNAZIONALE: STATO DELL'ARTE E SFIDA PER I DRG (N. GOLDFIELD) -

4. LA LOGICA DEL NUOVO SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA (L. ARCANGELI E G. FRANCE) - 5. L'IMPATTO A LIVELLO NAZIONALE DEL SISTEMA DI REMUNERAZIONE (M. CERBO E T. LANGIANO) - 6. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLE POLITICHE REGIONALI (P. DI LORETO E P. SPOLAORE) - 7. L'OSPEDALE (T. LANGIANO E L. LA PIETRA) - 8. MANUTENZIONE ED EVOLUZIONE (L. ARCANGELI, N. FALCITELLI E T. LANGIANO) - ALLEGATO 1. DOCUMENTO REDATTO DAL GRUPPO TECNICO SUL SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO ASSISTENZA OSPEDALIERA E AMBULATORIALE, EX ARTICOLO 8-SEXIES DEL D.LGS. 502/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI - ALLEGATO 2. CONFERENZA STATO-REGIONI, SEDUTA DEL 10 DICEMBRE 2003: «PROGETTO MATTONI».

*La sicurezza, nel contesto della erogazione delle cure, è un bene prioritario ed il tema del rischio nelle aziende sanitarie è sempre più attuale. Ne sono coscienti i cittadini, che richiedono maggiori garanzie, e ne sono consapevoli gli operatori, per esperienza ed anche per effetto dell'attenzione che la letteratura scientifica e la giurisprudenza, recentemente anche in Italia, hanno dato all'argomento. Basta aprire questo volume per comprendere come il problema sia già discusso ed approfondito in diverse realtà italiane e per avere un quadro dei primi risultati delle esperienze in corso in diverse regioni, in particolare in Emilia-Romagna, dedicate al risk management nelle organizzazioni sanitarie. Rivolgendosi ai dirigenti sanitari, ai medici, ai farmacisti ospedalieri e delle aziende sanitarie, agli operatori del nursing gli autori tracciano un percorso verso l'adozione di pratiche operative più sicure, a vantaggio dei pazienti, degli operatori stessi, delle organizzazioni di appartenenza e quindi dell'intera comunità.*

INDICE: PARTE PRIMA - 1. IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA SANITARIO - 2. LA GESTIONE DEL RISCHIO: UN APPROCCIO DI «SISTEMA» - 3. PROCESSO E STRUMENTI DELLA GESTIONE DELLA SICUREZZA - 4. ASPETTI AMMINISTRATIVI ED ECONOMICI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO - PARTE SECONDA - 5. ACCREDITAMENTO E GESTIONE DEL RISCHIO: LE SINERGIE E LE SPECIFICITÀ - 6. GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA DEI LAVORATORI - 7. GESTIONE DEL RISCHIO E INFEZIONI - 8. SVILUPPO DEL SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE NELL'AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA - 9. GESTIONE DEL RISCHIO E RELAZIONI CON I PAZIENTI - 10. GESTIONE DEL RISCHIO E FORMAZIONE CONTINUA: PROBLEMATICHE GENERALI E SPECIFICHE - 11. IL CONTRIBUTO DEI SERVIZI/UNITÀ OPERATIVE DI MEDICINA LEGALE DELLE AZIENDE SANITARIE - PARTE TERZA - 13. IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING - 14. LA REVISIONE DELLA CARTELLA SANITARIA PER L'INDIVIDUAZIONE DI EVENTI AVVERSI - 15. LA FMEA-FMECA. UN METODO PROATTIVO PER LA RIDUZIONE DEI RISCHI DELLE ATTIVITÀ SANITARIE - 16. L'USO DEI DATABASE AMMINISTRATIVI PER IL MONITORAGGI DEGLI EVENTI AVVERSI - 17. L'ANALISI DELLE CAUSE - 18. UN PROCESSO CONDIVISO E UN MINIMUM DATASET PER UN SISTEMA DI GOVERNO AZIENDALE/REGIONALE - PARTE QUARTA - 19. L'ESPERIENZA DELLA REGIONE VENETA - 20. L'ESPERIENZA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE - 21. APPRENDERE DAGLI INCIDENTI: L'ESPERIENZA DI RISK MANAGEMENT NELLA ASL ROMA B - 22. SVILUPPA IL RISK MANAGEMENT PER LA SANITÀ.

RENATA CINOTTI  
(a cura di)

**La gestione del rischio  
nelle organizzazioni sanitarie**

Il Pensiero Scientifico Editore  
Roma, 2004  
pp. 355, € 32,00

## SPOGLIO RIVISTE

**Meccanismi di mercato**

J. HELLSTROM, N. RUDHOLM  
*Side Effects of Generic Competition?*  
The European Journal of Health Economics, vol. 5, 3, 2004, pp. 203-208

G. BOTTEN, S. GREPPERUD, S.M. NERLAND  
*Trading Patients. Lessons from Scandinavia*  
Health Policy, vol. 69, issue 3, 2004, pp. 317-328

H.R. WATERS, P. HUSSEY  
*Pricing Health Services for Purchasers - a Review of Methods and Experiences*  
Health Policy, vol. 70, 2, 2004, pp. 175-184

K. TIMMERMANS  
*Developing Countries and Trade in Health Services: Which Way Is Forward?*  
International Journal of Health Services, vol. 34, 3, 2004, pp. 453-466

H. LEHMANN, P. ZWEIFEL  
*Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance*  
Journal of Health Economics, vol. 23, 5, 2004, pp. 997-1012

**Sistemi di finanziamento**

M. JOWETT, A. DEOLALIKAR, P. MARTINSSON  
*Health Insurance and Treatment Seeking Behaviour: Evidence from a Low-Income Country*  
Health Economics, vol. 13, 9, 2004, pp. 845-858

B. EKMAN  
*Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: a Systematic Review of the Evidence*  
Health Policy and Planning, vol. 19, 5, 2004, pp. 249-270

F. BIEN  
*A Note About Risk Premia Applied to Health Risks*  
Journal d'Economie Medicale, vol. 22, 4, 2004, pp. 145-154

**Economia del farmaco**

H. GRABOWSKI  
*Are the Economics of Pharmaceutical Research and Development Changing? Productivity, Patents and Political Pressures*  
PharmacoEconomics, vol. 22 supplement 2, 2004, pp.15-24

O. SCHOFFSKI  
*Impediments to the Diffusion of Innovative Medicines in Europe*  
PharmacoEconomics, vol. 22 supplement 2, 2004, pp.15-24

A. PARAPONARIS, P. VERGER, B. DESQUINS, P. VILLANI, G. BOUVENOT, L. ROCHAIX, J.C. GOURHEUX, J.P. MOATTI  
*Delivering Generics Without Regulatory Incentives? Empirical Evidences from French General Practitioners about Willingness to Prescribe International Non-Proprietary Names*  
Health Policy, vol. 70, 1, 2004, pp. 23-32

M. GANSLANDT, K.E. MASKUS  
*Parallel Imports and the Pricing of Pharmaceutical Products: Evidence from the European Union*  
Journal of Health Economics, vol. 23, 5, 2004, pp. 1035-1058

D.J. WRIGHT  
*The Drug Bargaining Game: Pharmaceutical Regulation in Australia*  
Journal of Health Economics, vol. 23, 5, 2004, pp. 785-814

**Valutazione economica dell'attività sanitaria**

M. HEISLER, K.M. LANGA, E.L. EBY, A.M. FENDRICK, M.U. KABETO, J.D. PIETTE  
*The Health Effects of Restricting Prescription Medication Use Because of Cost*  
Medical Care, vol. 42, 7, 2004, pp. 626-634

C. KOC

*The Productivity of Health Care and Health Production Functions*

Health Economics, vol. 13, 8, 2004, pp. 739-748

P.L. HUDAK, S. HOGG-JOHNSON, C. BOMBARDIER, P.D. MCKEEVER, J.G. WRIGHT

*Testing a New Theory of Patient Satisfaction With Treatment Outcome*

Medical Care, vol. 42, 8, 2004, pp. 726-739

M. VAN DEN BRINK, W.B. VAN DEN HOUT, A.M. STIGGELBOUT, C.J.H. VAN DE VELDE, J. KIEVIT

*Cost Measurement in Economic Evaluations of Health Care: Whom to Ask?*

Medical Care, vol. 42, 8, 2004, pp. 740-746

V. REBBA

*La valutazione della qualità dei servizi sanitari: l'approccio dell'economista*

Politiche Sanitarie, anno 5, 2, 2004, pp. 75-94

T.A. SHELDON

*The Volume-Quality Relationship: Insufficient Evidence for Use as a Quality Indicator*

Quality & Safety in Healthcare, vol. 13, 5, 2004, pp. 325-326

S. QUAGLINI, A. CAVALLINI, S. GERZELI, G. MICELI

*Economic Benefit from Clinical Practice Guideline Compliance in Stroke Patient Management*

Health Policy, vol. 69, 3, 2004, pp. 305-316

J. NIXON, S. DUFFY, N. ARMSTRONG, D. CRAIG, J. GLANVILLE, J. CHRISTIE, M. DRUMMOND, J. KLEIJNEN

*The Usefulness of the NHS Economics Evaluation Database to Researchers Undertaking Technology Assessment Reviews*

International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 20, 3, 2004, pp. 249-257

#### **Analisi dei sistemi sanitari**

L. STEINMANN, G. DITTRICH, A. KARMANN, P. ZWEIFEL

*Measuring and Comparing the (in)Efficiency of German And Swiss Hospitals*

The European Journal of Health Economics, vol. 5, 3, 2004, pp. 203-208

R. WELTE, T. FEENSTRA, H. JAGER, R. LEIDL

*A Decision Chart for Assessing and Improving the Transferability of Economic Evaluation Results Between Countries*

PharmacoEconomics, vol. 22, 13, 2004, pp. 857-876

W. GREENE

*Distinguishing Between Heterogeneity and Inefficiency: Stochastic Frontier Analysis of the World Health Organisation's Panel Data on National Health Care Systems*

Health Economics, vol. 13, 10, 2004, pp. 959-980

M. GROSSMAN

*The Demand for Health, 30 Years Later: A Very Personal Retrospective and Prospective Reflection*

Journal of Health Economics, vol. 23, 5, 2004, pp. 629-636

C. WENDT, T. THOMPSON

*Social Austerity versus Structural Reform in European Health Systems: A Four-Country Comparison of health Reforms*

International Journal of Health Services, vol. 34, 3, 2004, pp. 415-434

M.S. MACINATI

*L'integrazione socio-sanitaria tra ostacoli e creazione del valore*

Organizzazione Sanitaria, anno XXVIII, 1-2, 2004, pp. 50

#### **Programmazione e organizzazione del lavoro**

S.A. MUSICH, A.B. SCHULTZ, W.N. BURTON, D.W. EDINGTON

*Overview of Disease Management Approaches: Implications for Corporate-Sponsored Programs*

Disease Management & Health Outcomes, vol. 12, 5, 2004, pp. 299-326

J. CAMINAL, B. STARFIELD, E. SANCHEZ, C. CASANOVA, M. MORALES

*The Role of Primary Care in Preventing Ambulatory Care Sensitive Conditions*

European Journal of Public Health, vol. 14, 3, 2004, pp. 246-251

A. DONZELLI

*Problemi Emergenti nella Sperimentazione Clinica Controllata in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta*

Politiche Sanitarie, anno 5, n. 2, 2004, pp. 75-94

T. FREEMAN, K. WALSH

*Achieving Progress Through Clinical Governance? A National Study of Health Care Managers' Perceptions in the NHS in England*

Quality & Safety in Healthcare, vol. 13, 5, 2004, pp. 335-343

I. MASTROBUONO, M. RAVAGLIA, D. BOVA

*Organizzazione a rete del sistema per l'emergenza-urgenza sanitaria italiana*

Organizzazione Sanitaria, anno XXVIII, 1-2, 2004, pp. 5-23

M. LEWIS, G. ESKELAND, X. TRAA-VALEREZO

*Primary Health Care in Practice: is it effective?*

Health Policy, vol. 70, issue 3, 2004, pp. 303-326

**Controllo di gestione e sistemi informativi**

M.C. GARBER, D.P. NAU, S.R. ERICKSON, J.E. AIKENS, J.B. LAWRENCE  
*The Concordance of Self-Report With Other Measures of Medication Adherence: A Summary of the Literature*  
Medical Care, vol. 42, 7, 2004, pp. 649-652

L.C. BURTON, G.F. ANDERSON, I.W. KUES  
*Using Electronic Health Records to Help Coordinate Care*  
The Milbank Quarterly, vol. 82, 3, 2004, pp. 457-482

A. CLARKE, M. RAO  
*Developing Quality Indicators to Assess Quality of Care*  
Quality & Safety in Healthcare, vol. 13, 4, 2004, pp. 248

B. DORMONT, C. MILCENT  
*The Sources of Hospital Cost Variability*  
Health Economics, vol. 13, n. 10, 2004, pp. 927-940

A. LAING, G. HOGG, D. WINKELMAN  
*Healthcare and the Information Revolution: Re-Configuring the Healthcare Service Encounter*  
Health Services Management Research, vol. 17, 3, 2004, pp. 188-199

A. JIMENEZ-PUENTE, J. GARCIA-ALEGRIA, J. GOMEZ-ARACENA, L. HIDALGO-ROJAS, L. LORENZO-NOGUEIRAS, E. PEREA-MILLALLOPEZ, J. FERNANDEZ-CREHUET-NAVAJAS  
*Readmission Rate as an Indicator of Hospital Performance: the Case of Spain*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 20, 3, 2004, pp. 385-391

**Innovazione tecnologica**

D. TUTTLE, R. HOLLOWAY, T. BAIRD, B. SHEEHAN, W.K. SKELTON  
*Electronic Reporting to Improve Patient Safety*  
Quality & Safety in Healthcare, vol. 13, 4, 2004, pp. 281-286

B.T. KARSH  
*Beyond Usability: Designing Effective Technology Implementation Systems to Promote Patient Safety*  
Quality & Safety in Healthcare, vol. 13, 5, 2004, pp. 388-394

K. JOHNSTON, C. KENNEDY, I. MURDOCH, P. TAYLOR, C. COOK  
*The Cost-Effectiveness of Technology Transfer Using Telemedicine*  
Health Policy and Planning, vol. 19, 5, 2004, pp. 302-309

K. BASSETT, P.M. LEE, C.J. GREEN, L. MITCHELL, A. KAZANJIAN  
*Improving Population Health or the Population Itself? Health Technology Assessment and Our Genetic Future*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 20, 2, 2004, pp. 106-114

# È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: Rinnovo dell'abbonamento a **MECOSAN + MECOSAN CLICK**.

Egregio lettore,

**MECOSAN**, rivista di management ed economia sanitaria, È un laboratorio privilegiato per l'approfondimento delle nuove teorie alla base della managerialità che sta oggi guidando il modo di fare azienda in sanità.

Rivista trimestrale, edita sotto gli auspici del Ministero della salute, È un osservatorio attento su quanto di nuovo emerge nell'organizzazione e nella gestione del sistema sanitario ed È per questo uno strumento indispensabile per chi vuole gestire azien- dalmente le strutture sanitarie.

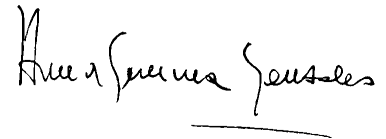
In più, **MECOSAN** si È dotata del supporto informatico **MECOSAN click**, la copia esatta della rivista in CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni Le hanno convinta ad essere già abbonato a **MECOSAN** o La convinceranno a diventarlo sottoscrivendo subito l'abbonamento per il 2005 a **MECOSAN** per sè e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante, non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, febbraio 2005.

## CEDOLA DI SOTTOSCRIZIONE DI ABBONAMENTO A **MECOSAN** 2005

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l., Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

- n. .... abbonamenti a **MECOSAN cartaceo** al prezzo di € 250,00;
- n. .... abbonamenti a **MECOSAN cartaceo + MECOSAN click** al prezzo complessivo di € 380,00;
- n. .... abbonamenti a **MECOSAN click** al prezzo di € 391,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea 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

..... lì .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

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

È in distribuzione il CD-ROM contenente la copia esatta della raccolta completa dei fascicoli di **RAGIUFARM 2004** in un unico CD-ROM, in formato PDF, al prezzo di € 240,00 oppure, per coloro che sono già abbonati a **RAGIUFARM 2004**, € 135,00. Per coloro che hanno già sottoscritto l'abbonamento al supplemento **RAGIUFARM click 2004**, il CD-ROM contenente l'intera annata arretrata 2004, sarà inoltrato in regalo.



La S.I.P.I.S. srl è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuto e sistematico di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.



Roma, dicembre 2004

## CEDOLA D'ORDINE **RAGIUFARM click 2004** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2005

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

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

### **RAGIUFARM click 2004**

- al prezzo di  € 240,00  
 € 135,00 (in quanto già abbonato a **Ragiufarm 2004** cartaceo)  
 **GRATIS** (in quanto abbonato al supplemento **Ragiufarm click 2004**)

● 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, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

**Costo dell'abbonamento per l'anno 2005: € 250,00**

# 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 in via automatica, ai sensi del D.L. n. 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. 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 effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (SANPAOLO IMI, Ag. n. 59 Roma, cod. BBAN: A 01025 03282, c/c 100000000178), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2005 è fissato in:

**€ 250,00 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 2005 per l'estero è fissato come segue: € 250,00 per l'Europa unita; € 350,00 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.**

---

## 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)	€ 226,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 226,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 226,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 226,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 226,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 226,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 226,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 226,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 226,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 226,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 250,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 250,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 250,00 *

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 2.558,50, anziché € 3.010,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**

\* Disponibile anche in CD-rom.