

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVIII – N. 69 GENNAIO-MARZO 2009

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale
(seconda parte)
Elio Borgonovi

SAGGI

- 11** La percezione e il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi organizzativi e gestionali
Enrico Bracci, Laura Maran, Emidia Vagnoni
- 39** Le organizzazioni come culture: metodi, tecniche di analisi e applicazione per il settore sanitario
Beatrice Fiore

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 63** Un metodo di indagine sulla safety culture per la sicurezza dei servizi sanitari in Italia
M. Brusoni, P.L. Deriu, C. Panzeri, E. Trincherò
- 87** Committenza pubblica e struttura d'offerta nel settore ortopedico e riabilitativo nella Regione Veneto
Giulia Cappellaro, Marta Marsilio
- 113** L'assistenza odontoiatrica in Italia: analisi del settore e possibili traiettorie di evoluzione
Attilio Gugiatti, Francesco Longo
- 129** La misurazione della soddisfazione per il lavoro del personale ospedaliero
Caterina Gurrieri, Mario Corsi, Alberto Franci
- 147** Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav
M. Vainieri, C. Calabrese, C. Campanale, C. Panero, S. Nuti

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 165** Novità bibliografiche
- 169** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia
Direttore generale -
Azienda ospedaliera S. Giovanni -
Roma

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

EDITOR IN CHIEF

Mario Del Vecchio

EDITORIAL BOARD

Antonio Barretta

Antonio Botti

Pier Luigi Catalfo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

Mariafrancesca Sicilia

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

MECOSAN (MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA)

Aims & scope della Rivista



Rivista accreditata AIDEA

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale leader in Italia nel campo della gestione delle aziende sanitarie. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli.

Per realizzare la sua missione la rivista accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento importante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, consulenti e operatori.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese.

DIREZIONE

00197 Roma – Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386
Fax 06.80.85.817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

Università Bocconi - Cergas
20133 Milano - Via Röntgen
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 75,00

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (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 di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. 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.

Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale

(seconda parte)

ELIO BORGONOVÌ

Prima della istituzione del Ssn, il tema della funzione manageriale era scarsamente avvertito. Il funzionamento degli enti che avevano competenze nel campo della sanità, poi evoluta nel concetto di tutela della salute, si era fondato su tre organi, ruoli, funzioni: un organo politico, elettivo come nel caso degli assessori dei Comuni, o nominato a seguito di un processo politico come nel caso dei Consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, sanitario, rappresentato dal Direttore sanitario o da figura equivalente, cui facevano capo tutte le responsabilità riguardanti i processi assistenziali con relazioni che dovevano rispettare l'autonomia professionale di medici e altri operatori, amministrativo cui facevano riferimento le responsabilità per l'adozione degli atti amministrativi, contabili, di acquisto, di gestione amministrativa del personale quali concorsi, carriere, tenuta dei fascicoli personali, altri provvedimenti. Nelle strutture più complesse poteva essere presente un Direttore tecnico, generalmente dipendente o autonomo rispetto al Direttore amministrativo, cui facevano riferimento le responsabilità per le strutture edilizie e la loro manutenzione. Quando gli arredi, le attrezzature e apparecchiature, sono diventati più complessi sono stati presi in carico nelle realtà più avanzate dai servizi di ingegneria sanitaria e, con l'affermarsi della tendenza all'esternalizzazione, sono in genere affidati a imprese esterne in out sourcing.

L'introduzione del Ssn, pur creando le condizioni per un decisivo cambiamento dei criteri, metodi e strumenti di gestione (grande complessità ed eterogeneità delle funzioni svolte), non ha determinato una immediata accelerazione della sensibilità verso i problemi di funzionalità, efficienza, economicità, formazione del personale, valutazione dei risultati e soddisfazione dei pazienti. Queste esigenze, che ovviamente erano presenti anche precedentemente negli ospedali o nelle strutture più complesse, ma erano state avvertite e affrontate a partire dagli anni sessanta da pochi «amministratori illuminati», furono per alcuni anni messe e lasciate in secondo piano dalla priorità data alla dimensione della «politica sanitaria» (sia a livello nazionale, sia a livello locale) e alla dimensione delle problematiche formali e tecnico-operative. Tra queste si ricorda l'esigenza di adottare atti per il passaggio da più enti ad un unico ente, l'unità sanitaria locale, che peraltro non aveva personalità giuridica essendo «struttura operativa dei Comuni». Una delle problematiche più rilevanti sul piano formale, ma anche sostanziale, è stata quella della definizione dei soggetti cui attribuire la proprietà del patrimonio a destinazione sanitaria e quello utilizzabile per produrre reddito. Le ragioni di questa situazione erano del tutto naturali e comprensibili. Nella prima fase di applicazione del Ssn prevalse la percezione generale (o comunque prevalente) che la buona sanità si fondasse su una corretta scelta delle priorità nell'allocazione delle risorse tra i diversi settori di intervento, tra diversi gruppi di pazienti o di potenziali tali (per gli interventi di prevenzione) e sul livello di professionalità, esperienza, deontologia, etica dei medici e degli altri operatori della salute. Corretta priorità nella allocazione delle risorse era intesa come scelta delle priorità riferita alla numerosità e severità delle malattie, alla sola severità anche se per un numero limitato di persone, alla coerenza con i valori e la percezione della società (quella che oggi viene definita con un anglicismo di moda il sentiment della opinione pubblica). Ovviamente, nel concreto tale funzione non sempre è stata interpretata in questo modo, ma con

il fine di acquisire consenso in relazione alla elevata sensibilità del settore attorno al quale si muovono interessi rilevanti (investimenti in edilizia, forniture, assunzioni di personale, influenza di medici e altri operatori nei confronti dei pazienti e del contesto sociale, senso di riconoscenza in caso di aiuto a risolvere un problema di salute).

La sottostima degli aspetti di funzionalità complessiva del nuovo soggetto Unità sanitaria locale appare evidente nelle scelte di struttura di governo (oggi si dice di governance): un comitato di gestione, composto da rappresentanti dei Comuni (e la denominazione, «di gestione», è evocativa del suo coinvolgimento e del suo potere decisionale sul funzionamento interno) e da un «Ufficio di direzione» (anche in questo caso la terminologia riduttiva di «ufficio» non è casuale), organo collegiale di cui facevano parte i responsabili, Direttori dei diversi «settori di attività», definiti dalle Regioni con proprie leggi di organizzazione. La collegialità dei Comitati di gestione era garantita dalla figura del Presidente, quella dell'Ufficio di direzione da un «coordinatore» sanitario e da uno amministrativo per i rispettivi ambiti di contenuti. Il termine coordinatore era frutto di un compromesso non solo politico, ma anche scientifico e sul piano manageriale, in un periodo storico molto critico nei confronti di modelli sociali e organizzativi fondati su poteri «gerarchici» e che proponeva modelli di democrazia allargata e condivisa (nella società e quindi nelle istituzioni) e di partecipazione, coinvolgimento, motivazione nei contesti organizzativi (di impresa e delle istituzioni pubbliche).

Affrontati e risolti, in termini più o meno soddisfacenti, gli aspetti giuridico-formali e operativi della prima fase, un certo numero di persone che avevano assunto posizioni di responsabilità a vario livello, ha avvertito l'incompletezza della propria formazione di base (medica o amministrativa) e della propria precedente esperienza di tipo specialistico (sanitario, amministrativo, tecnico) e la necessità di un allargamento - diversificazione delle conoscenze e competenze. Un numero crescente di dirigenti delle Unità sanitarie locali, cui si è aggiunto un certo numero di componenti dei Comitati di gestione che, nonostante il processo di nomina politica, erano coinvolti nel funzionamento, avvertiva la contraddizione tra i principi fondanti del Ssn, quali integrazione degli interventi di tutela della salute nelle sue diverse fasi di tipo «verticale» (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) e gestione unitaria delle strutture di erogazione delle prestazioni e dei servizi. La stessa denominazione Unità sanitaria locale evoca, infatti, un unicum e, quindi, rappresenta il tentativo di superare il precedente modello istituzionale e organizzativo «a canne d'organo», nel quale ogni settore, nella migliore delle ipotesi, cercava di razionalizzare e di rendere più efficiente il proprio funzionamento. Nel concreto, però, tale obiettivo era rimasto solo negli auspici in direzione di un coordinamento e di una collaborazione tra i settori, senza alcuno stimolo forte al superamento dei tradizionali comportamenti, né in termini di definizione della struttura organizzativa, né, tantomeno, in termini di sistemi operativi di gestione e di sistemi di incentivazione economica e non economica del personale (progressione di carriera, valutazione del merito).

Il bisogno latente di logiche, criteri e strumenti aziendali applicati alla specificità del settore di tutela della salute, di management sanitario, nella prima metà degli anni ottanta, si trasformò gradualmente in una domanda esplicita di formazione e di confronto che si rivolse ad alcune, in verità poche, e non sempre con una conoscenza adeguata delle specificità del settore, istituzioni formative o gruppi di docenti sensibili.

La prima metà degli anni ottanta può definirsi come una fase «pionieristica» o «illuministica» del management sanitario, le cui caratteristiche essenziali sono quelle che identificano lo sviluppo della disciplina dei paradigmi interpretativi, delle teorie. Alcuni principi e paradigmi fondamentali dell'economia aziendale e del management, conosciuti dagli studiosi del settore, furono applicati o reinterpretati tenendo conto delle specificità, sintetizzabili nella autonomia e responsabilità professionale dei medici e di chi compie atti riguardanti la salute, difficoltà di identificare i risultati dell'attività (si fa riferimento alla distinzione tra servizi – output – ed effetti – outcome – sullo stato di salute). Sono stati usati i termini principi e paradigmi applicati e reinterpretati e non quello di adattati non casualmente, ma per mettere in evidenza uno degli errori logici, metodologici e con effetti negativi sulla realtà, più diffusi e più

pericolosi che hanno caratterizzato i 30 anni del Ssn: quello di ritenere che lo sviluppo della cultura aziendale e di management potesse essere ottenuto con il semplice trasferimento e gli adattamenti, spesso marginali, di conoscenze di management sviluppate e consolidate nella realtà delle imprese manifatturiere, o di servizi, non di rado poi inserite in contesti completamente diversi da quello italiano, come nel caso dei sistemi di contabilità industriale (degli USA) e sistemi di qualità totale (del Giappone). Coloro che sono stati definiti come «pionieri del management» che operavano nelle unità sanitarie locali (oggi aziende sanitarie) hanno contribuito ad evitare, o almeno a ridurre, questo rischio per gli studiosi e i docenti più attenti allo specifico settore. Infatti, portando nelle iniziative di formazione, attuate in aula attraverso lezioni, discussioni di casi, simulazioni e role playing o tramite il lavoro fianco a fianco in ricerche-applicate (che sono diverse dalla consulenza) su problematiche innovative, hanno dato sostanza al metodo induttivo degli studi aziendali e di management. Hanno fornito la «materia prima» per la costruzione di paradigmi interpretativi e di teorie, ossia i problemi da risolvere, le aziende da analizzare e migliorare, e hanno consentito di verificare la capacità interpretativa e l'utilità nel generare e governare il cambiamento dei paradigmi, delle teorie, dei metodi, delle tecniche aziendali e manageriali. Negli anni novanta, con una progressiva accelerazione nella seconda metà del decennio, si è formato un numero di manager della sanità, quello che oggi viene definito il «nocciolo duro», che non solo occupano posizioni di elevata responsabilità nel sistema ma, quel che è ancor più importante, sono in gran parte ancora motivati, pronti a nuove sperimentazioni, determinati nel dimostrare le debolezze e le contraddizioni di alcune impostazioni concettuali, e teoriche o di politiche prive di una adeguata base di conoscenza della specifica realtà, o su modelli e rappresentazioni di una realtà sanitaria del nostro Paese e delle sue aree territoriali, distanti «anni luce», come si dice con felice gergo, dalla realtà dei fatti. Sono anche persone che hanno, a loro volta, selezionato i manager della salute e si sono attorniate di giovani motivati e con alto potenziale, aiutandoli nello sviluppo professionale e a diventare a loro volta manager di aziende sanitarie o aziende ospedaliere, o che in alcune fasi, specie nella seconda metà degli anni novanta, hanno aiutato manager provenienti da altri settori pubblici e privati a comprendere meglio e a mettersi in sintonia con gli operatori del sistema sanitario. Essi, in genere, sono anche coloro che si sono opposti, a volte con successo, alle scelte «politicizzate» (che sono concetto ben diverso dalle scelte politiche), ma anche alle scelte di chi (spesso proveniente dai settori privati) pretendeva di decidere prima, o senza preoccuparsi, di conoscere, perché si sentiva portatore «della ortodossia e degli effetti taumaturgici del management. Vari manager, provenienti da imprese multinazionali, dalla consulenza, hanno portato innovazione, miglioramenti, razionalizzazioni, riduzioni di disavanzi, motivazione del personale quando hanno applicato il principio fondante e fondamentale del manager e di qualunque professione: quando vieni inserito in una realtà nuova, fai tesoro delle conoscenze, competenze e capacità acquisite in precedenti esperienze, cerca però di capire il più rapidamente possibile le specificità del nuovo settore, dell'azienda, della sua storia organizzativa, del contesto e poi agisci con altrettanta rapidità e decisione per cambiare in meglio. Infatti, chi privilegia il cambiamento in sé, corre il rischio di determinare un peggioramento, ipotesi questa che i «presuntuosi» non considerano o, quando si manifesta, attribuiscono alle resistenze e alle opposizioni «di altri».

La fase pionieristica degli anni ottanta, di cui si ricordano tra gli altri i Convegni organizzati dalla CIDA-SIDIRSS nel 1984 «Manager della sanità» e il Convegno organizzato dalla Regione Emilia-Romagna a Bologna nell'ottobre 1986, dall'emblematico titolo «L'azienda sanità», ha creato i presupposti per la fase, identificata con un brutto neologismo, della «aziendalizzazione della sanità». Una fase nella quale, di fronte agli effetti negativi di organi di gestione composti da politici (Comitati di gestione) e da organi manageriali di vertice di natura collegiale, strutturalmente deresponsabilizzante (perché quando si decide in molti non è poi facile identificare chi deve attuare le decisioni e, soprattutto, chi risponde, specie di eventuali risultati negativi), sono stati attuati interventi legislativi che:

- prima hanno introdotto una responsabilità unitaria e monocratica per le unità sanitarie locali (amministratori straordinari introdotti con la legge 111 del 1991);
- e poi hanno scelto il modello istituzionale della catena verticale (aziende sanitarie come strumenti della Regione dotate di personalità giuridica);
- infine, hanno introdotto esplicitamente principi, criteri, strumenti di natura «aziendale» e, in particolare, la figura del Direttore generale come responsabile e garante dei risultati (di salute, di corretto uso delle risorse e dei risultati economici) delle aziende stesse.

Con l'approvazione dei D.L. vi 502/92 e 517/93 viene recepito anche sul piano legislativo il modello aziendale che, nella sua essenza, significa una più diffusa ricerca del miglior rapporto risorse impiegate e risultati ottenuti. Tuttavia, non si può negare che questa logica e questo modello siano stati a volte interpretati e a volte percepiti come preminenza dei vincoli, degli obiettivi o dei risultati economici su quelli di risposta ai bisogni di salute o di scelta dei trattamenti più adeguati. Ciò si è verificato nei casi di leggi e politiche che hanno posto l'equilibrio di bilancio o un certo livello di contenimento della spesa o dei costi come criterio unico preminente per valutare, confermare o revocare Direttori generali, Direttori di dipartimenti o altre posizioni.

Elementi di tale impostazione sono stati il finanziamento su base di tariffe Drg, regole orientate a stimolare la competizione tra strutture, pubbliche e private, o tra diverse strutture pubbliche, obblighi di formazione dei dirigenti, obblighi di aggiornamento anche per i professionisti, introduzione della contabilità economico-patrimoniale, introduzione di Nuclei di valutazione esterni, obblighi o indirizzi forti ad applicare sistemi di programmazione e controllo, di budget, di valutazione e miglioramento della qualità, recentemente di risk management. Specie negli anni novanta, è stato dato grande potere e responsabilità ai Direttori generali e, a cascata, ai dirigenti delle aziende sanitarie, mentre a partire dagli anni duemila si è spostato il focus e il potere decisionale sulle Regioni. Inoltre, vi è stata una più elevata immissione nel sistema di dirigenti provenienti da imprese, da società di consulenza, da altre realtà e si è realizzata una maggiore mobilità dei Direttori generali, sanitari, amministrativi, anche tra diverse Regioni. Per queste ragioni, aumenta l'eterogeneità nell'interpretazione del ruolo con differenti stili di direzione con Direttori che rispettivamente hanno:

- perseguito logiche e comportamenti gerarchici di tipo comando-controlli;
- privilegiato il costituirsi di un valido, anche se limitato, numero di collaboratori a livello di direzione (team di alta direzione);
- adottato soluzioni di più ampia partecipazione e coinvolgimento (approccio bottom up);
- posto l'attenzione sulla razionalizzazione della gestione;
- privilegiato la definizione di indirizzi strategici;
- mostrato maggiore autorevolezza sul piano della professionalità;
- posto più attenzione alle relazioni con soggetti esterni, relazioni a loro volta esercitate più sul piano politico o sul piano della trasparenza e della consultazione di sindaci, associazioni rappresentative dei pazienti o di vari interessi organizzati.

È, poi, opportuna qualche considerazione sui rapporti con i professionisti: vi sono stati (e tuttora vi sono) Direttori generali o altri dirigenti responsabili di processi gestionali che hanno tenuto rapporti formali, ma sostanzialmente di distacco, e perfino di sospetto, nei confronti dei professionisti, mentre altri hanno operato facendo riferimento al principio secondo cui ben poco si può fare per razionalizzare o per attuare modificazioni più strutturali in sanità senza un forte e continuo coinvolgimento di medici e di altri professionisti. Alcuni hanno imposto ai medici e ad altri operatori sistemi di programmazione e di controllo, indicatori

di efficacia, efficienza, economicità senza spiegare in modo chiaro le finalità, mentre altri hanno costruito questi e altri sistemi gestionali insieme ai professionisti in modo da avere una verifica «a priori» della loro reale utilità ed efficacia nell'orientare i cambiamenti. Sul piano della formazione, vi è stata la diffusione di un numero sempre maggiore di iniziative, alcune con il focus sulle politiche del settore, altre con una impostazione di tipo clinico che, ovviamente, si fondavano sul principio della priorità dei processi di tutela della salute su cui costruire i sistemi di gestione. Questa ultima impostazione ha portato coloro, in verità non molti, che potrebbero essere definiti «integralisti della specificità del settore», ad affermare che solo chi ha una cultura medica può diventare manager del sistema. In effetti, va riconosciuto che vi sono stati, o vi sono, anche coloro che possono essere definiti come «integralisti della trasversalità o generalità del management», secondo i quali chi ha la conoscenza di tipo medico-professionale, in campo clinico o di igiene e sanità pubblica, tende ad avere una visione troppo «specialistica», troppo legata ai processi tipici, il che impedirebbe loro di cogliere la complessità dei diversi aspetti che caratterizzano la funzione manageriale al vertice delle aziende sanitarie (territoriali o ospedaliere) o a livello di «gruppo», ossia a livello regionale. Effettivamente, come accade in tutte le aziende, chi ha responsabilità manageriali «più vicine» ai processi tipici deve avere una migliore conoscenza degli stessi e quindi è meglio innestare conoscenze manageriali sulle conoscenze dei «professionisti», mentre per le posizioni manageriali intermedie e di vertice è indifferente la formazione e le esperienze specifiche e i manager possono essere persone con formazione di base di tipo specialistico (come medici e altri operatori della salute), aziendale, giuridico, economico, di altre discipline, purché siano attenti a non considerare ogni azienda e ogni settore uguale agli altri e siano perciò in grado di adattare i principi, i criteri, i metodi e le tecniche aziendali alle specificità operative e comportamentali (rapporti tra medico-paziente, tra varie professioni) del sistema di tutela della salute.

Per quanto riguarda il ruolo della «politica» e dei «politici», ossia persone espresse per certe posizioni dai partiti o dai movimenti politici, si può affermare che essa è stata centrale nella prima fase del Ssn, negli anni ottanta. Partendo dal principio (che è un indubbio fondamento e può essere accettabile) secondo il quale, in presenza di una copertura «generalizzata» del bisogno di tutela della salute, è essenziale e fondamentale stabilire priorità non su base puramente tecnica o scientifica, ma considerando i valori espressi dalla società, o dal principio, meno nobile e da contrastare in ogni modo efficace, secondo cui il settore della salute è fonte notevole di consenso politico, nella prima fase gli organi politici furono direttamente coinvolti e resi responsabili della gestione. Ciò, come si è già anticipato, avvenne tramite la costituzione dei «Comitati di gestione», organi composti da politici che avevano le competenze, la responsabilità e il potere di prendere formalmente le decisioni riguardanti il funzionamento, seppure con vari obblighi di consultazione e di richiesta di parere sia ai professionisti (Consiglio dei sanitari) sia ai manager. L'analisi dei comportamenti di quel periodo suggerisce le seguenti interpretazioni:

a) quella idealistica, considerata dagli oppositori del Ssn ideologica, collegata alla stagione politica del «compromesso storico» tra componente cattolica (interpretata dalla Democrazia Cristiana), quelle marxista (interpretata dal Partito Comunista) e socialista (interpretata dal Partito Socialista), secondo la quale la tutela della salute era un bisogno-diritto così rilevante da essere considerato prioritario da tutti, oggi si direbbe un problema da affrontare in modo bipartisan;

b) quella tecnicistica, secondo la quale la componente tecnico-professionale era così forte e definita da essere in qualche modo maggiormente impenetrabile da condizionamenti politici, come invece avveniva per gli enti locali (di cui le Usl erano allora «strutture operative»): ciò in effetti è astrattamente corretto, salvo la considerazione del fatto che in una realtà con risorse sempre più limitate rispetto ai bisogni, le scelte di allocazione erano, e in seguito sono diventate ancor di più, determinanti e condizionanti sul funzionamento e sul sistema di con-

fronto scientifico e di scontro di potere tra i diversi gruppi professionali (le diverse specialità o le diverse «scuole» o gruppi all'interno delle singole specialità);

c) quella compensativa (o risarcitoria sul piano politico), secondo la quale nei Comitati di gestione delle Usl venivano inclusi i «politici» che non avevano avuto incarichi considerati allora di maggiore prestigio: è stata la componente più pericolosa nella fase iniziale, in quanto nei Comitati di gestione delle Usl sono stati inclusi i rappresentanti politici meno preparati, ma è stata anche una dimensione che ha avuto effetti molto positivi nei casi in cui nei Comitati di gestione sono stati inseriti i «politici» meno ortodossi, quelli che non seguivano le direttive dei partiti, perché molti di essi hanno portato varie forme di innovazione nel «fare politica» non solo per acquisire il consenso, ma anche per dare buoni servizi di qualità.

La complessità del modello (Comitati di gestione in cui erano espressamente presenti componenti della maggioranza e della minoranza della Assemblea dei Comuni), la prevalenza delle comportamenti negativi su quelli positivi nei tre aspetti sopra ricordati, l'oggettiva e crescente difficoltà nel trovare un equilibrio tra scelte di priorità di «politica sanitaria» ed esigenze concrete hanno velocemente eroso la legittimazione di tale modello. Ciò ha portato, prima, a ridurre i componenti dei Comitati di gestione (1988) e, poi, alla loro soppressione e sostituzione con l'organo monocratico «Amministratore straordinario» (1991). Tale modificazione è avvenuta in concomitanza del passaggio dalla prevalenza del ruolo dei Comuni (anni novanta) a quella della prevalenza della linea di responsabilità «verticale» collegata in particolare al finanziamento, Stato - Regioni - Usl (poi trasformate anche sul piano giuridico in Asl, Aziende sanitarie regionali).

Così, negli anni novanta, il ruolo della politica e dei politici, diventa indiretto, anche se non meno pervasivo, secondo molti studiosi, aziendalisti, opinionisti e percezione dell'opinione pubblica. Tale passaggio è avvenuto in una fase politica e sociale assai «convulsa» del Paese, con l'intervento della magistratura che ha smantellato la precedente struttura dei partiti politici con la fase denominata «mani pulite» e che allora fu sostenuta anche da alcuni di coloro che oggi la definiscono «giustizialista». L'eliminazione della responsabilità diretta dei politici sulla gestione, all'inizio fu valutata positivamente, poiché gli «Amministratori straordinari» vennero scelti dalle Regioni all'interno di liste di candidati ritenuti dotati di qualità manageriali da commissioni e comitati di esperti. Senza entrare nel merito delle modalità di selezione della prima fase, si può sostenere che, a partire dalla metà degli anni novanta, dopo l'approvazione dei D.L.vi 502/92 e 517/93, l'influenza della politica si è manifestata in forma indiretta, tramite la nomina e la revoca dei Direttori generali e, successivamente, tramite la riorganizzazione del sistema di offerta, accorpamento della Asl territoriali e costituzione di Aziende ospedaliere autonome, e l'applicazione da parte della Regione di criteri e di indirizzi sempre più vincolanti, spesso a partire dall'inizio degli anni duemila. Si è manifestato una specie di «effetto non voluto» (o almeno considerato «non desiderabile» e non positivo da chi scrive) secondo cui con il crescere della responsabilizzazione sul piano dell'equilibrio economico delle Regioni, queste hanno ritenuto di poter ottenere un più efficace controllo del sistema non regolando e valorizzando l'autonomia delle aziende sanitarie, ma irrigidendo gli indirizzi e i controlli regionali. Non essendosi ancora consolidata la logica aziendale, secondo la quale l'equilibrio di un sistema (regionale) può essere più funzionalmente e più efficacemente conseguito responsabilizzando con chiari obiettivi le aziende, dando ad esse (e al loro management) maggiore autonomia e monitorando i risultati, ha prevalso la logica centralistica (questa volta a livello regionale) secondo cui linee-guida rigide, obiettivi inderogabili (specie di equilibrio economico e non sempre sulla qualità dei servizi), approvazione dei piani o delle scelte strategiche (ad esempio di investimento) fossero strumenti più idonei a mantenere un equilibrio «di gruppo» (della Regione).

L'indebolimento del ruolo e dell'autonomia dei Direttori generali è stato una delle concause, ovviamente non la sola, di un forte ritorno dell'influenza della politica sull'intero sistema e di sua penetrazione in ambiti non di sua competenza. Non deve suscitare preoccupazione la

nomina dei Direttori generali «di fiducia» o «vicini» o «appartenenti» a forze politiche, il che appare inevitabile in presenza di caratterizzazione pubblica del sistema e di «controllo pubblico» delle aziende. Al contrario, è stato preoccupante e deve preoccupare la progressiva e crescente interferenza indiretta nella scelta (formalmente di competenza del Top Management delle aziende sanitarie) di medici e altri professionisti di vario livello. L'influenza della politica è, salvo un breve periodo a metà degli anni novanta, sempre stata percepita come forte e, in generale, prevalentemente negativa, a parere di chi scrive spesso in modo non corretto a seguito di generalizzazioni di episodi sicuramente negativi, da condannare e sconfinati anche nell'illecito e nell'illegalità.

A conclusione della analisi di trenta anni del Ssn, si può affermare che ha prevalso la logica della ricerca e della teorizzazione della «centralità» di qualcuno dei ruoli e delle funzioni. A parte quella del «paziente», da tutti dichiarata come prioritaria, ma poi da molti messa all'ultimo posto nei comportamenti reali, è stata rivendicata la centralità dei professionisti, dei manager, della politica in un processo circolare che ancor oggi sembra continuare. Anche se sono stati fatti molti passi in avanti, spesso non evidenziati dagli analisti e non riconosciuti dalla opinione pubblica, non si è ancora affermata la logica secondo cui i sistemi complessi sono «governabili» in modo efficace e funzionale, non quando vi è la centralità di qualcuno, ma quando vi è un equilibrio e una dialettica interazione tra diverse professionalità, diversi ruoli, diverse funzioni, diverse persone ognuna dotata di un proprio stile di comportamento.

Ma, e questa è la domanda finale, come si poteva e si può pretendere questo equilibrio nel sistema pubblico, o in un sistema così delicato e sensibile come quello della tutela della salute, quando, nel mondo del privato, nel mercato globale hanno prevalso la stessa logica distorta della centralità di qualche aspetto, la finanza, il mercato senza regole, la libera iniziativa, non collegato a obiettivi di interesse generale quali il rispetto e la tutela dei diritti umani, civili e politici? Non può certo criticare le disfunzioni del sistema pubblico di tutela della salute chi ha sostenuto e difeso la centralità della competizione globale e senza regole che ogni mese sta creando nel mondo (USA tra i primi) decine di milioni di persone che perdono la possibilità di rimanere sani per mancanza di risorse o di altre scelte di priorità da parte di istituzioni impegnate a salvare banche, assicurazioni, imprese di vari settori, alcuni dei quali sicuramente meno rilevanti sul piano della qualità della vita, sul piano economico (influsso sulla ripresa) ed etico, di quello della tutela della salute.

Annuario Sanità Italia 2009

Un peccato non averlo,
un privilegio possederlo!



L' Annuario Sanità Italia 2009 da ben 20 anni è:

- + il miglior partner di chi investe nella ricerca, nell'aggiornamento e nel progresso medico-scientifico
- + lo strumento di lavoro al servizio della professione medica
- + la soluzione completa e conveniente ad ogni esigenza dei professionisti della Sanità

Indispensabile e prezioso per

- + effettuare ricerche e consultazioni
- + svolgere analisi di mercato mirate e specifiche
- + realizzare operazioni di direct marketing
- + essere aggiornato sul quadro normativo di settore

Periodicità: Annuale

Uscita: Marzo

Tiratura media: 10.000 copie

Formato: mm 170 x 240

Composizione opera: due volumi

Prezzo di copertina: € 100,00

CD ROM: € 180,00*

CD ROM + cartaceo: € 100,00* + 100,00

*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

www.annuariosanita.it

Tel +39 06.69380070

**EDITORIALE
PUBLIACI**

La percezione e il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi organizzativi e gestionali

ENRICO BRACCI, LAURA MARAN, EMIDIA VAGNONI

The healthcare professionals are fundamental in the effective and efficient delivery of healthcare services in hospitals. They are more and more involved in organisational and administrative decisions, with responsibilities over budget, consumption, quality of materials. However, literature lacks on the latter issues, so the paper aims at shedding light on the role of professionals involved in organisational and administrative processes. The results may support both theoretical and practical reflections on the training and organisational patterns in hospital.

Keywords: organizational and administrative processes, healthcare professionals, information systems

Parole chiave: processi organizzativi e amministrativi, professionisti sanitari, sistemi informativi

Note sugli autori

Enrico Bracci è PhD è ricercatore in Economia Aziendale, Centro Crisal - Fondazione Villa Maria, Università degli Studi di Ferrara

Laura Maran è PhD è assegnista di Ricerca, Centro Crisal - Fondazione Villa Maria, Università degli Studi di Ferrara

Emidia Vagnoni è PhD è professore associato di Economia Aziendale, Centro Crisal - Fondazione Villa Maria, Università degli Studi di Ferrara

Attribuzione

Il lavoro può essere attribuito agli Autori nel seguente modo: Bracci E. §§ 2, 3, 3.7; Maran L. §§ 1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6; Vagnoni E. § 4

1. Introduzione

La centralità del personale nel sistema sanitario è un importante punto di partenza per svolgere un'accurata riflessione di tipo aziendale sul suo coinvolgimento nei meccanismi organizzativi e gestionali dell'azienda sanitaria (Vagnoni, 2001).

D'altra parte, questa centralità è spiegata da una serie di fattori che riguardano:

- la configurazione del settore sanitario, ad alta intensità di conoscenze (Bloor, Maynard, 2003);

- la forte professionalizzazione dell'organizzazione aziendale (che Mintzberg, 1985, classifica fra le burocrazie professionali);¹

- la finalità di servizio dell'azienda, ad alto impatto relazionale con l'utenza (Normann, 1985);

- l'attenzione agli aspetti gestionali delle risorse umane, sollecitati dalle ultime riforme aventi per oggetto il personale del contesto sanitario.

I primi due fattori (alta intensità di lavoro e forte professionalizzazione) mettono in luce come il perseguimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie dipenda in modo importante dal possesso di competenze (Spencer, Spencer, 1995; Sveiby, 1997), motivazione e capacità di coordinamento da parte delle professioni mediche e sanitarie (Macinati, 2007) coinvolte nella erogazione di prestazioni e servizi.

In questo senso, la formalizzazione di nuovi ruoli organizzativi per il coordinamento nell'ambito delle professioni sanitarie po-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Cenni metodologici
3. Analisi e discussione dei risultati
4. Riflessioni conclusive
5. Appendice

ne un'importante sfida alle aziende sul piano della gestione.

La rilevanza di tali ruoli è, infatti, legata al riconoscimento del loro apporto in termini di gestione delle risorse materiali e di definizione di percorsi di inserimento e di carriera dei nuovi assunti. Le attività che caratterizzano la gestione dei materiali richiedono scelte quotidiane che vengono operazionalizzate proprio dai professionisti sanitari.

In tal senso, l'editoriale del *BT Technology Journal* (2006) fa osservare: «management bottom lines predominate over choices and decisions that have to be made within everyday individual patient services [...] One characteristic of organizations shown to be good at making effective use of IT is their capacity to devolve decisions within the organization to where they can be best made, for the purpose of meeting needs» (p. 17).

Van der Bij, Dijkstra, de Vries e Walburg (1999) sostengono, analogamente, l'importanza gestionale dell'interfaccia tra i dipartimenti delle strutture sanitarie e i singoli processi clinico-assistenziali (p. 136), rispetto ai quali i professionisti sanitari entrano a pieno titolo.

Per quanto concerne i fattori relativi alla finalità di servizio e agli aspetti gestionali delle risorse umane, è opportuno sottolineare come, di fatto, le nuove figure dei professionisti sanitari con ruolo di coordinamento e direzione si collocano in una posizione di confine fra l'area clinico-assistenziale e l'area amministrativa e del management in senso stretto.

A questo proposito, Martini *et al.* (2004), ne richiamano la partecipazione sui meccanismi operativi dell'azienda, intendendo per meccanismi operativi «l'insieme dei processi di supporto allo svolgimento delle attività *core*, che operano come stimoli dinamici atti a conseguire l'adattamento dei comportamenti degli individui alle esigenze della situazione» (p. 95, si veda anche Rugiadini, 1988).

Gli Autori mettono in luce come lo sviluppo di tali meccanismi all'interno delle aziende sanitarie sia stato il frutto di un preciso *commitment* agli organi di *staff* dall'alto verso il basso (si veda anche Valotti, 2000) e si sia concretizzato nel raffinamento tecnico di strumenti gestionali, limitandone così la funzionalità per gli organi di *line* (come

le professioni sanitarie). Ciò ne ha impedito l'interiorizzazione nelle logiche decisionali, costituendone il vero *end point*. L'unica possibilità di recupero dell'efficacia è affidata alla capacità di verificarne la verticalità e la trasversalità rispetto all'organizzazione e ai suoi attori e principali destinatari (gli organi di *line*).

Accanto a tale esigenza, si manifesta necessariamente la necessità di formazione manageriale delle professioni sanitarie stesse, che va convogliata all'interno di un'oculata politica di reclutamento, formazione e carriera.

Pallotti (2007) insiste come «il successo delle organizzazioni sanitarie dipenda sempre più fortemente dal coinvolgimento di medici e altri professionisti sanitari in attività di natura gestionale e collegate all'organizzazione di servizi» (p. 49, si veda anche Doolin, 2001). L'Autore richiama i risultati dello studio di Annessi Pessina, Cantù (2006) secondo cui la mancata diffusione di una cultura manageriale nelle organizzazioni sanitarie sarebbe all'origine del conflitto di natura etica e relazionale che vede coinvolti i medici e i professionisti sanitari laddove il *focus* sugli aspetti manageriali sia molto forte (Kurtz, 1992).

L'approccio gestionale, secondo cui le professioni sanitarie divengono parte del processo manageriale dell'azienda sanitaria, potrebbe inoltre limitare la tensione fra il management aziendale, teso a verificare le performance organizzative, e i professionisti sanitari, tesi a mantenere i loro livelli di autonomia e discrezionalità sul lavoro (Spurgeon, 2001; Mc Dermott *et al.*, 2002; De Pietro, 2002; Dragonetti *et al.*, 2002), agendo da *boundary-spanning* (Fitzgerald, Dufour, 1996).

A tal fine, la letteratura (Spurgeon, 2001; Guerra, 1992; Fitzgerald, 1994) suggerisce di ovviare alla mancanza di tempo, alla scarsa preparazione a ricoprire ruoli di management e alla diversità di valori (Taroni, Grilli, 2000; Ruffini, 1998; Giarelli, 2003): fattori questi che impediscono una valorizzazione dei professionisti sanitari da un punto di vista del coordinamento e del management.

Il dibattito sul ruolo dei professionisti sanitari assume caratteristiche diverse a seconda degli elementi che definiscono il contesto sanitario di riferimento. Risulta indubbio che

il sistema italiano (così come altri sistemi europei, ad esempio quello francese: si veda Rapiou, Riondet, Biot-Paquerot, 2006) presenti politiche di gestione del personale fortemente regolamentate dallo Stato (Plane, 2003), che lasciano scarsi margini di manovra anche dinanzi a spinte innovative. L'introduzione del concetto di *carico di lavoro* a giustificazione e flessibilizzazione del fabbisogno di personale in un'ottica di efficienza economica non ha portato a grossi risultati in questo senso (De Pietro, Tereanu, 2005) ed è stato sostituito da una logica di responsabilizzazione avente come *driver* il *governo clinico* (Del Vecchio, Prandi, 2004).

Proprio con riferimento alla letteratura, la rassegna compiuta da De Pietro (2006) evidenzia come, a dispetto della centralità assunta dalle professioni sanitarie (e mediche) nelle aziende sanitarie, la loro gestione risulti a tutt'oggi poco studiata da parte delle discipline economico-aziendali, che hanno privilegiato, anche secondo Lega (1988), i filoni del *budget*, dell'architettura organizzativa (es. creazione di dipartimenti), della pianificazione strategica (es. introduzione della *balanced scorecard*, dei piani strategici aziendali, ecc.).

Alternativamente, si è fatto riferimento a un'ampia letteratura aziendale italiana e internazionale sulla gestione del personale, senza applicazioni specifiche al settore sanitario, salvo De Pietro (2005), Longo (2000), Zangrandi (1999) e, in precedenza, Costa e Piovesan (1986).

Di fatto, la presenza delle professioni ha permesso lo sviluppo di un filone sociologico (es. Tousijn, 2000, 2003, 2004) e di un altro economico incentrato sul mercato del lavoro e sulle politiche pubbliche di regolamentazione, lasciando il campo di indagine ancora scoperto in molti suoi aspetti.

Dal punto di vista applicativo, i professionisti sanitari, anche rispetto ai medici, sono figure sotto-ricercate in termini di ruolo nei sistemi operativi aziendali, sia perché le funzioni di coordinamento e gestione sono state loro formalmente riconosciute solo da poco, sia perché l'attenzione era spostata prevalentemente sui medici-dirigenti (es. Abernethy, Vagnoni, 2004).

L'evoluzione delle professioni sanitarie

Le professioni sanitarie, a livello normativo, sono regolate dall'art. 99 R.D. 1265/1934, dall'art. 6 D.L.vo 502/1992 (così come modificato e integrato dal D.L.vo 517/1993 e dal D.L.vo 229/1999), dalle L. 42/1999 e 251/2000 (specificamente dedicate a «Disposizioni in materia di professioni sanitarie» e «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica»). I successivi D.M. 29/03/2001, D.M. 02/04/2001 e la L. 43/2006 cercano di collocare le professioni sanitarie in un preciso quadro di formazione universitaria e di riconoscimento professionale.

Delle disposizioni citate, è il D.L.vo 502/1992 a dare l'avvio a quel processo di professionalizzazione che troverà nella L. 42/1999 l'abolizione dei mansionari e il raggruppamento delle professioni sanitarie sotto quest'unica dizione. Successivamente, la L. 251/2000 alloca le professioni in specifiche aree (infermieristica e ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria, tecniche della prevenzione) e istituisce la qualifica di dirigente, ma occorrerà attendere gli interventi dal 2001 al 2006 per vedere l'istituzione di specifiche classi di laurea, ordini e albi professionali² nonché la funzione di coordinamento, di cui il presente lavoro si occuperà.

La L. 43/2006 chiarisce i titoli per accedere alla dirigenza (laurea specialistica, esercizio dell'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno 5 anni oppure affidamento di incarichi dirigenziali) e al coordinamento (master di I livello in management o per le funzioni di coordinamento, esperienza professionale triennale nel profilo di appartenenza) delle professioni sanitarie.

La stessa legge specifica che l'istituzione della funzione di coordinamento è facoltativa purché non comporti nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, sussista il certificato di abilitazione alle funzioni direttive e sia mantenuta la coerenza tra il coordinamento e le aree assistenziali, dipartimentali e territoriali dell'organizzazione di riferimento.

Con l'accordo Stato-Regioni 01/08/2007 viene sancita la funzione di coordinamento per i profili delle professioni sanitarie e il

CCNL 10/04/2008 Comparto art. 4 ne fornisce la regolamentazione contrattuale (qualifiche, assetto retributivo e concorsuale).

La dirigenza era già regolamentata dal CCNL integrativo 10/02/2004 artt. 41 e 42 (a recepimento della L. 251/2000), tuttavia ulteriori specificazioni (trattamento economico, procedure di accesso, principi di integrazione con la professione medica e le altre professioni sanitarie della dirigenza) sono oggetto del CCNL 03/11/2005 SPTA, del DPCM 25/01/2008, del CCNL 17/10/2008 SPTA art. 8.

Se considerati nel loro insieme, tutti questi interventi legislativi sottolineano la necessità di integrazione delle funzioni di dirigenza e coordinamento delle professioni sanitarie con l'insieme delle funzioni dirigenziali (dunque anche mediche e amministrative) ma lasciano ampio spazio all'autonomia delle aziende sanitarie di riferimento e all'espressione delle loro esigenze organizzative, strategiche e gestionali.³

Ciò riporta, di fatto, all'esigenza di adottare una prospettiva economico-aziendale lo studio delle professioni sanitarie, giacché quella normativa si sofferma sugli aspetti prettamente formali e regolatori e non esaurisce affatto la tematica del binomio autonomia/responsabilità.

Nella Regione Emilia-Romagna la politica del personale dal 1998 al 2008 ha seguito le politiche sanitarie indicate dal Piano sanitario regionale 1998/2000, richiedendo di adottare nei rispettivi atti aziendali delle aziende sanitarie della Regione le strategie innovative: organizzazione dipartimentale, realizzazione della medicina associata, sviluppo delle nuove professioni sanitarie.

Tuttavia l'Agenzia regionale denuncia nel 2008 il mancato sviluppo delle nuove professioni e dei nuovi ruoli di coordinamento e dirigenza, indicando i maggiori punti di debolezza in:

- scarsità di supporto del management aziendale al cambiamento organizzativo imposto dalle nuove professioni;
- resistenze dei medici a ripensare il loro lavoro, ambiti di competenza e responsabilità;
- difficoltà del personale infermieristico a esercitare i nuovi ruoli;

– incoerenza fra aspettative maturate nella formazione universitaria e inserimento lavorativo.

Si rende pertanto necessario conoscere le nuove professioni, le specifiche competenze e la loro percezione rispetto ai processi organizzativi in cui sono inseriti. Risulta altrettanto necessario valutarne le reali potenzialità nell'erogazione dell'attività clinico-assistenziale e il possibile impatto nello sviluppo dei servizi sanitari, senza dimenticare che il ridisegno dei modelli organizzativi, comporta anche un ridisegno degli ambiti di competenze e delle responsabilità.

Il riferimento al contesto europeo (specialmente ai descrittori di Dublino: *knowledge and understanding, applying knowledge and understanding, making judgments, communication skills e learning skills*) è fondamentale dal punto di vista della formazione del personale sanitario ma, ancora una volta, trascurando di considerare le condizioni organizzative e gestionali per un corretto inserimento del professionista affinché dia quel valore aggiunto che ci si aspetta dalla riforma delle professioni sanitarie.

Spostandosi invece a livello micro e considerando il regolamento dei dipartimenti ad attività integrata dell'azienda sanitaria scelta come oggetto di studio, si nota come la presenza dei dirigenti e coordinatori infermieristici, ostetrici, della riabilitazione e tecnico-sanitari sia espressamente valorizzata nella partecipazione al Comitato di dipartimento (organo collegiale a supporto del Direttore di dipartimento con funzione consultiva e gestionale in merito all'utilizzo delle risorse tecnologiche, materiali e strutturali del dipartimento). Tuttavia, nel momento in cui si passa alla definizione dello specifico ruolo, dirigenti e coordinatori sono sommati alla dirigenza medica e amministrativa per la promozione dell'attività assistenziale, senza ulteriori specifiche.

La promozione dell'attività assistenziale, a sua volta copre gli ambiti di:

- realizzazione dei piani di attività assistenziali con approccio professionale multidisciplinare,
- governo clinico,
- monitoraggio e valutazione della qualità assistenziale,

- sviluppo e valorizzazione delle competenze professionali,
- continuità assistenziale,
- informazione e comunicazione sanitaria,
- innovazione tecnologica,
- promozione di interventi edilizi e programmazione delle risorse tecnologiche e assistenziali.

Tali statuizioni riconoscono formalmente i professionisti sanitari con ruolo di coordinamento o dirigenza come attori rilevanti in termini di impatto e contributo alla gestione aziendale, e ne motivano contemporaneamente un'indagine esplorativa.

Lo scopo della presente indagine è quello di comprendere nello specifico le caratteristiche e gli equilibri del binomio autonomia-responsabilità che i professionisti sanitari esercitano, e di valutare il loro effettivo grado di coinvolgimento nei processi organizzativi e amministrativi di un'azienda sanitaria.

I risultati dello studio empirico potranno agevolare la definizione di strategie teorico-concettuali suscettibili di applicazione nel contesto di riferimento e permetteranno di studiare empiricamente l'efficacia del modello organizzativo che è stato implementato rispetto a tali figure.

Il lavoro presenta i risultati di uno studio condotto all'interno di una Azienda universitario-ospedaliera, pertanto dopo aver descritto la metodologia seguita e la descrizione delle variabili che sono state osservate tramite l'utilizzo di un questionario, verranno analizzati in modo dettagliato, nelle sue parti, i principali risultati emersi. Infine, si presentano alcune riflessioni e note di chiusura sui principali spunti risultanti dall'analisi.

2. Cenni metodologici

Le professioni sanitarie all'interno delle aziende ospedaliere non sono state oggetto dell'interesse degli studi aziendali, nonostante la centralità che queste hanno sempre più assunto nell'organizzazione e nella gestione dei processi e delle risorse.

L'introduzione di strumenti e processi di organizzazione, programmazione e controllo della gestione coinvolgono coordinatori e RAD⁴ professionali, e molto spesso diventano, consapevolmente o meno, attori fon-

damentali per il perseguimento degli obiettivi aziendali, sia di natura economico-finanziaria, sia relativi a quantità e qualità delle prestazioni sanitarie.

Il presente studio intende supplire alla scarsa conoscenza della percezione e del grado di coinvolgimento nei processi organizzativi e di programmazione e controllo delle professioni sanitarie analizzando il caso dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara.

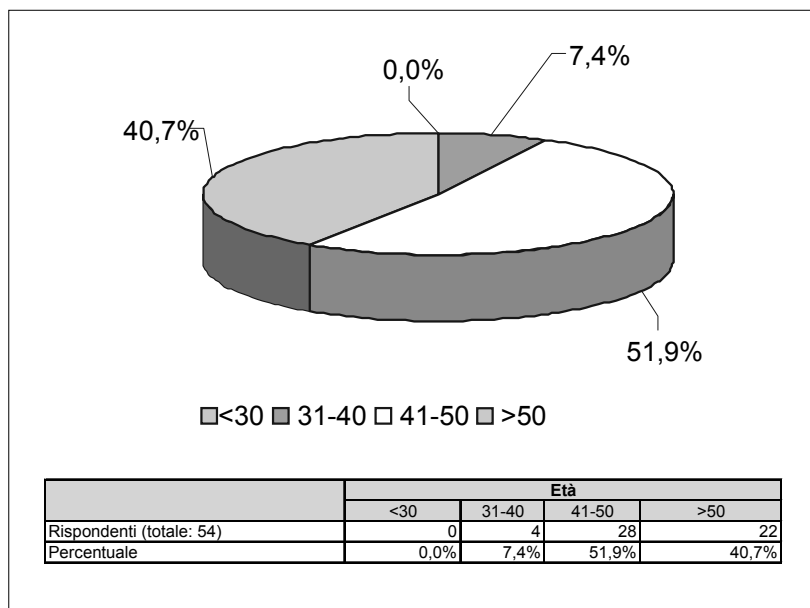
A tal fine, la popolazione di riferimento è stata individuata dall'Azienda stessa, in modo da comprendere le professioni sanitarie di tipo infermieristico, ostetrico, riabilitativo, tecnico, a livello di coordinamento e responsabilità assistenziale di dipartimento, per un totale di 83 persone. La popolazione di riferimento è stata individuata nei ruoli di coordinamento e nei RAD.

È stato quindi elaborato un questionario, che permetta di valutare le percezioni e il coinvolgimento nelle diverse attività delle professioni sanitarie, anche in modo complementare rispetto ai ruoli dei direttori di unità operativa e di dipartimento (peraltro già indagati nel corso di una precedente ricerca presso la medesima azienda). Il questionario è strutturato in tre sezioni principali:

– *SEZIONE I*: intende rilevare gli aspetti anagrafici, la natura e l'esperienza professionale maturata e svolta all'interno dell'azienda.

– *SEZIONE II*: è volta a cogliere la percezione del livello di sviluppo dei principali processi organizzativi e di programmazione e controllo.

– *SEZIONE III*: è volta a quantificare il contributo e lo spazio di autonomia che le professioni percepiscono nell'esercizio dei principali processi organizzativi e gestionali. Per questa ragione la sezione si sviluppa in 9 aree di interesse (organizzativa, gestione risorse umane, formazione, gestione delle scorte, programmazione e controllo, gestione dell'innovazione, valutazione e miglioramento della qualità, sistemi informativi, comunicazione). Inoltre, un'ultima domanda è rivolta a valutare la distribuzione del tempo tra le diverse attività quotidianamente svolte.

**Grafico 1**

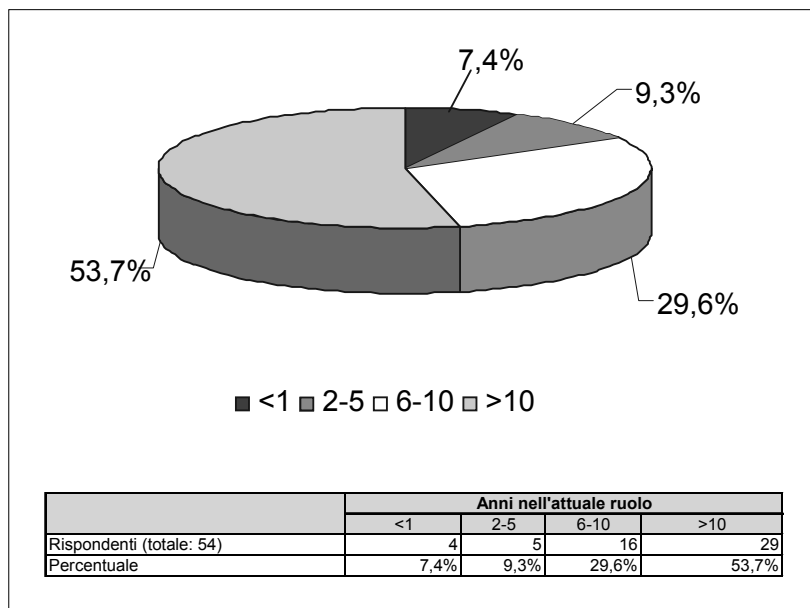
Distribuzione rispondenti per età

Trattandosi di un questionario rivolto alla percezione della popolazione di riferimento rispetto a tematiche organizzative ed economico-aziendali, le domande sono state configurate a risposta chiusa e i valori sono stati assegnati seguendo una Scala Likert da 1 (poco o scarso) a 7 (molto o elevato).

Grafico 2

Anni di esperienza ruolo attuale

Poiché la Scala Likert viene qui utilizzata come scala numerica ordinale, le elaborazioni dei dati constano del calcolo della media



e della deviazione standard. Naturalmente, dette elaborazioni non esimono dai limiti di soggettività intrinseca dei dati.

Il questionario è stato oggetto di validazione attraverso un test con quattro coordinatori professionali di modo tale da verificarne la chiarezza, la comprensibilità e la rilevanza delle domande riportate.

3. Analisi e discussione dei risultati

La somministrazione, avvenuta tra maggio e giugno 2008, è stata rivolta a una popolazione di 83 tra coordinatori professionali e RAD all'interno dell'Aou S. Anna di Ferrara. Il tasso di risposta è stato del 64% con 53 questionari ritornati e utilizzabili al fine dell'analisi. I dati, quindi, si presentano come significativi e rappresentativi della realtà del caso studio particolare.

I rispondenti al questionario si caratterizzano per un'età media intorno ai 50 anni, con più del 90% appartenenti alla fascia superiore ai 41 anni (**grafico 1**). Ciò è rappresentativo della natura professionale del ruolo di coordinatore e/o RAD che presenta una relazione con l'esperienza e lo sviluppo di competenze organizzative e gestionali.

Il dato è in linea con gli anni di esperienza professionale che sono risultati superiori ai 15, nel 92,6% delle risposte e tra i 6 e i 15 nel rimanente 7,4% delle risposte.

Volendo specificamente indagare gli anni di esperienza nel ruolo attualmente ricoperto dai rispondenti, occorre sottolineare che il 92,5% di essi si configurano come responsabili di coordinamento, mentre il 7,5% sono RAD.

Il **grafico 2** esplicita gli anni di esperienza professionale specifica: si tratta di livelli organizzativi che hanno maturato una sostanziale e prolungata esperienza all'interno dell'azienda, cui si associa una cospicua esperienza media nel ruolo di coordinatore professionale o RAD. La maggioranza dei rispondenti (54,7%), infatti, ha più di 10 anni di esperienza nell'attuale ruolo, e solo il 7,5% ha meno di un anno di responsabilità di coordinatore o RAD.

Alla luce dei dati analizzati, le professioni sanitarie nel contesto dell'Aou di Ferrara si caratterizzano per un'elevata esperienza professionale (stimata come numero di anni di servizio) che è stata integrata da una spe-

cifica formazione manageriale per ricoprire posizioni di responsabilità.

L'elevata anzianità di servizio nella posizione di responsabilità attualmente ricoperta dimostra come l'esperienza professionale abbia rappresentato un requisito di scelta fondamentale nell'Azienda e la rilevanza delle professioni sanitarie ne sancisce la loro storica importanza all'interno della struttura organizzativa.

Come atteso, la categoria professionale più coinvolta nel ruolo di coordinamento e RAD è rappresentata da quella infermieristica (68%) e tecnico-sanitaria (25%), mentre nessun rispondente proveniva dalla professione riabilitazione (**grafico 3**).

Di interesse e rilievo è anche il fatto che la grande maggioranza dei rispondenti (88,5%) ha frequentato in passato corsi di formazione con contenuti gestionali o di management. Ciò potrebbe trovare spiegazione nei più recenti dispositivi di legge che richiedono il conseguimento di crediti formativi in tale ambito di specializzazione.

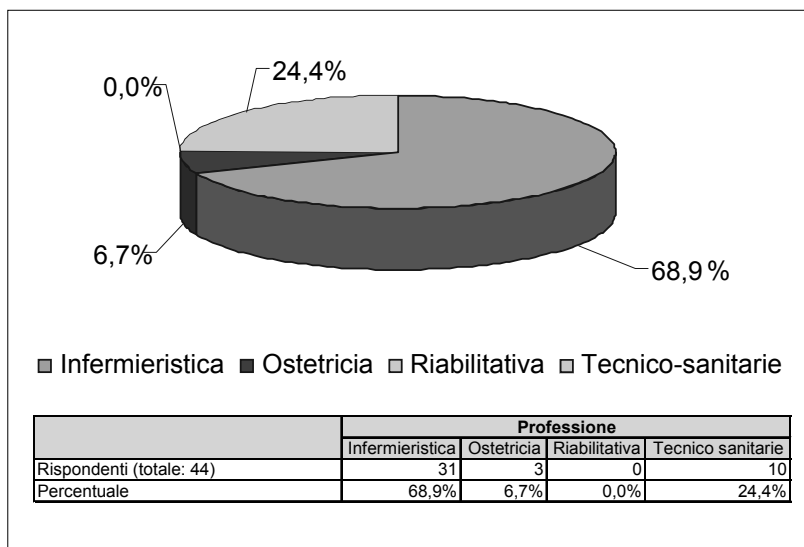
3.1. Conoscenza della struttura aziendale e della collocazione organizzativa ricoperta

I professionisti coinvolti nell'indagine dimostrano di avere piena conoscenza dell'organizzazione interna dell'azienda. In effetti, tutti i rispondenti hanno riconosciuto l'esistenza

- della struttura dipartimentale,
- della Direzione assistenziale,
- del Controllo di gestione,
- dell'Urp,
- dell'Ufficio di valutazione della qualità.

L'analisi è proseguita con riferimento alla conoscenza, nell'ambito della propria posizione organizzativa, del grado di sviluppo di processi e strumenti organizzativo-gestionali (es. piano strategico aziendale, *budget*, gestione scorte, ecc.).

I rispondenti hanno evidenziato un minor grado di effettiva presenza e rilevanza di strumenti organizzativo-gestionali (si vedano le **tabelle 1 e 2** riportate in appendice). Ambiti nei confronti dei quali è possibile riflettere sulle possibili linee di miglioramento e sviluppo. Data una scala Likert da 1 (poco



sviluppato) a 7 (completamente sviluppato) i valori assegnati al grado di sviluppo dei singoli strumenti organizzativo-gestionali si attestano mediamente tra 4 e 5.

Gli strumenti e i processi ritenuti maggiormente sviluppati sono:

- la formulazione del *budget*, e
- il controllo di gestione.

Questa situazione evidenzia come tali processi stiano permeando la struttura, sia in termini tecnici, che in termini di linguaggio, mentre appaiono sotto la media le conoscenze (o la consapevolezza) circa

- la programmazione degli acquisti,
- la determinazione del fabbisogno organico di personale.

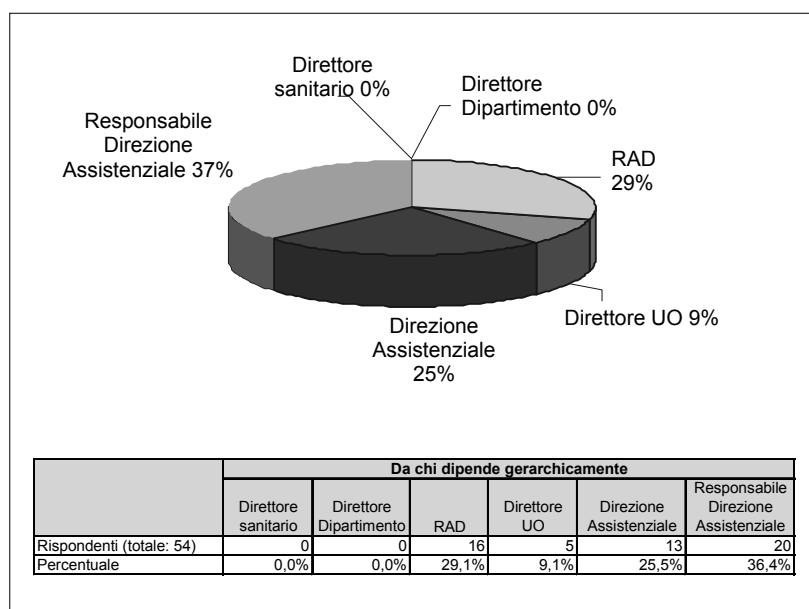
3.2. Il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi organizzativi e gestionali

La Sezione III del questionario è imperniata sulla percezione da parte dei professionisti del loro ruolo in termini non solo di dipendenza gerarchica, ma anche di livello di autonomia o contributo su specifiche aree funzionali.

Poiché il ruolo dei rispondenti si suddivide tra coordinatori (90,7%) e RAD (9,3%), come mostrato nel precedente grafico 4, la discussione dei risultati della Sezione III ter-

Grafico 3

Distribuzione rispondenti per categoria professionale

**Grafico 4**

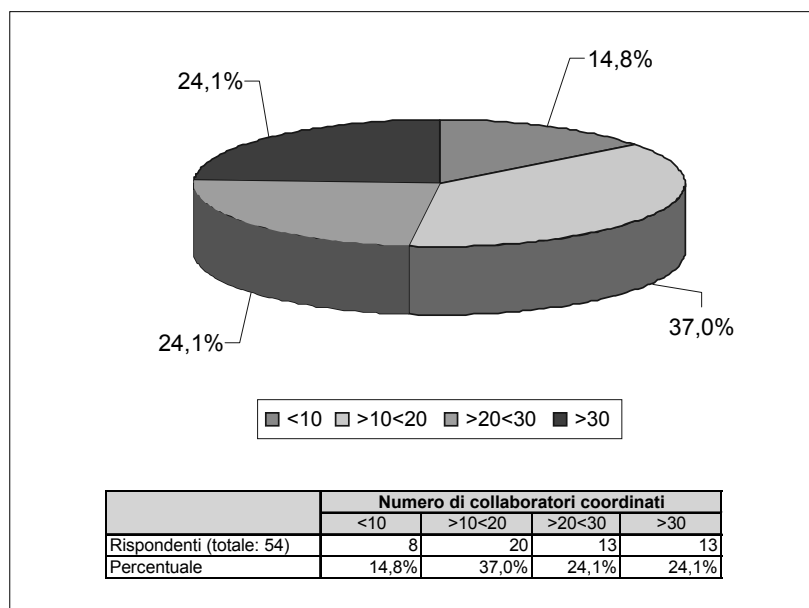
Da chi dipende gerarchicamente?

rà conto della medesima partizione, laddove le percezioni siano significativamente diverse.

Il livello gerarchico più prossimo percepito dai partecipanti all'indagine (**grafico 4**) è risultato essere il Responsabile di direzione assistenziale e il Responsabile assistenziale di dipartimento (ovviamente tranne per i RAD stessi coinvolti). Anche la Direzione assistenziale è stata percepita come un rife-

Grafico 5

Numero di collaboratori coordinati



rimento gerarchico all'interno della struttura. Limitato, sebbene presente, è il riferimento gerarchico al Direttore di unità operativa. Il dato che emerge, sebbene disomogeneo, evidenzia una coerenza complessiva, in quanto il riferimento gerarchico indicato è generalmente riconducibile a soggetti rientranti nell'ambito della direzione assistenziale.

Il panorama abbastanza variegato di posizioni gerarchicamente superiori di riferimento induce, comunque, a pensare come all'interno dell'organizzazione i *network* e le relazioni intra-organizzative che si sviluppano possono seguire o meno le norme e la gerarchia formalmente deliberate e comunicate.

In relazione al livello dimensionale medio, i dati mostrano come all'interno delle loro micro-strutture i coordinatori o RAD nella maggior parte dei casi gestiscono una struttura composta da un numero medio di professionisti compreso tra 20 e 30. Il **grafico 5** mette in evidenza come il 37% dei coordinatori gestisca un numero di collaboratori tra 10 e 20, un 24% un numero compreso tra 20 e 30, e un altro 24% un numero superiore ai 30 professionisti. Le unità con meno di 10 collaboratori rappresentano il caso meno diffuso (14,8%).

3.3. Il coinvolgimento delle professioni sanitarie nell'organizzazione e gestione delle risorse umane

In termini di grado di autonomia e del contributo su talune aree gestionali, i professionisti hanno dato risposte diversificate a seconda dell'area funzionale presa in considerazione. A seguire sono presentati e descritti i dati, attraverso l'ausilio di grafici.

In merito all'area organizzazione, si conferma lo scarso coinvolgimento e contributo che gli operatori sentono in relazione all'analisi delle posizioni di lavoro, dei carichi di lavoro. Buona è invece la percezione del coinvolgimento nella definizione dei processi assistenziali integrati dove ovviamente devono operare in integrazione con altre figure professionali (**grafico 6**).

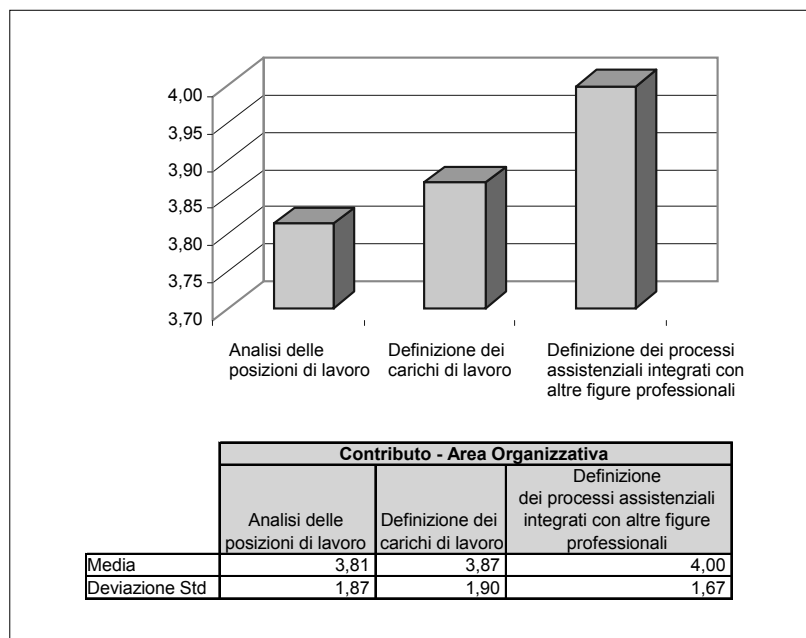
Come rilevato in precedenza, la definizione del fabbisogno di organico è percepita come un processo dove il livello di autonomia e il coinvolgimento risultano essere limitati. Al contrario, in altri ambiti della gestione

delle risorse umane, il ruolo dei coordinatori risulta essere molto elevato, dalla valutazione del personale (5,71), alla programmazione delle modalità di impiego del personale (4,89), all'inserimento del personale (4,87) (grafico 7).

Il grafico 8 presenta tre ulteriori aspetti riconducibili al più ampio tema delle risorse umane e della loro gestione relativamente alla formazione. In tale area si evidenziano i valori maggiori in assoluto, rilevando l'elevato grado di autonomia e il contributo che i coordinatori garantiscono in tema di:

- individuazione e definizione del fabbisogno di formazione all'interno della struttura di competenza (5,49);
- individuazione dei partecipanti al corso di formazione (5,62);
- individuazione di momenti per la valutazione e la condivisione delle esperienze formative (4,93).

In linea generale, quindi, i dati evidenziano un ruolo elevato delegato ai coordinatori e RAD per quanto concerne i momenti di valutazione del personale e di sviluppo, in termini di formazione e condivisione di esperienze e *best-practice*. Tale situazione non trova corrispondenza, invece, con funzioni



più di tipo programmatico e gestionale, quali l'analisi delle posizioni di lavoro, dei carichi, la programmazione dell'impiego del personale e così via. Ciò può essere legato a una precisa scelta nel modello organizzativo scelto dall'azienda oggetto di analisi.

Nell'ambito delle loro posizioni organizzative, i professionisti sanitari rilevano uno

Grafico 6
Grado di autonomia e contributo - Area 1 Organizzazione

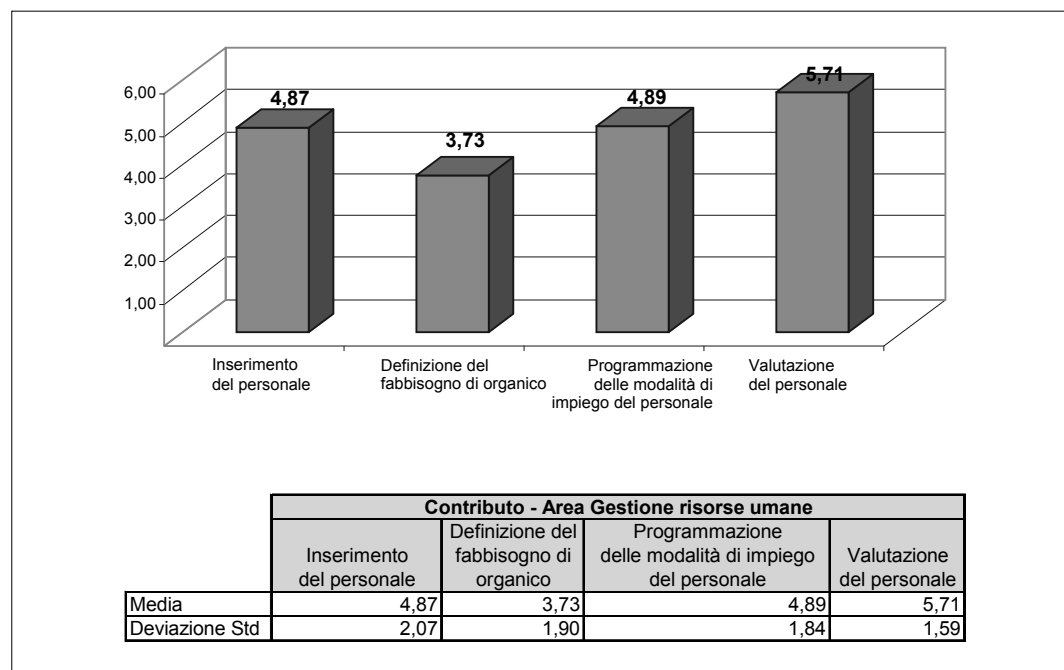
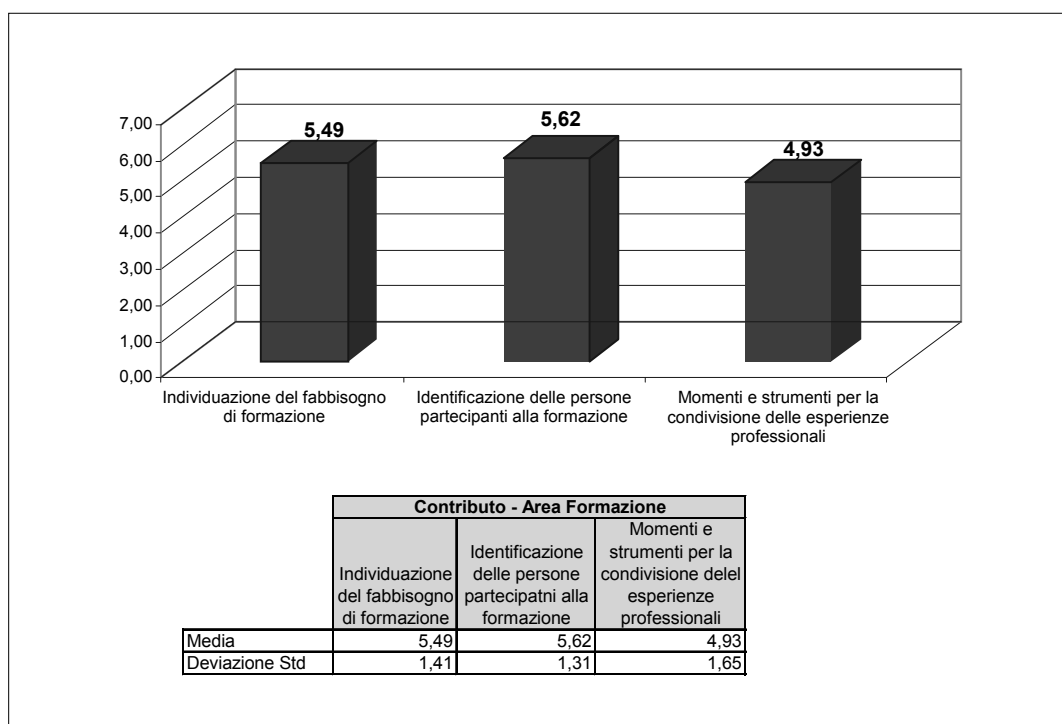


Grafico 7
Grado di autonomia e contributo - Area 2 Gestione delle risorse umane

Grafico 8

Grado di autonomia
e contributo - Area 3
Formazione



scarso sviluppo della determinazione del fabbisogno di organici (Sezione II) e della programmazione degli acquisti (Sezione II).

Partendo dallo scarso sviluppo della determinazione del fabbisogno di organici, il fatto che il dato sia in linea con un basso contributo all'analisi delle posizioni di lavoro (area organizzazione), conferma quanto la risorsa umana sia importante all'interno della struttura, ma altresì come sia un fattore di criticità per i professionisti stessi.

Tuttavia il dato è in parte contraddittorio: se analizziamo contemporaneamente il contributo sulla definizione dei carichi di lavoro (area organizzazione) e quello sulla programmazione delle modalità di impiego del personale (area gestione risorse umane), nonché sull'elaborazione di piani di lavoro (area programmazione e controllo), appare che il primo è scarso, mentre gli altri due sono elevati. Anche suddividendo i dati medi generali a seconda del ruolo (coordinatore o RAD), le percezioni sono perfettamente convergenti.

C'è da domandarsi se la causa di ciò possa essere ricercata nel fatto che i carichi di lavoro fanno parte di una procedura che non com-

pete formalmente ai professionisti, mentre le altre due (modalità di impiego del personale e piani di lavoro) sono sotto il loro diretto controllo. Questo potrebbe essere il frutto di uno scollamento tra la gestione formale e quella effettiva delle risorse umane, sia che si parli di coordinatori sia che si parli di RAD, oppure del fatto che altre pressioni organizzative agiscono in modo poco controllabile rispetto ai carichi di lavoro. Se si accetta la prima interpretazione, lo scollamento potrebbe essere limitato da un maggiore coinvolgimento dei professionisti nella definizione dei carichi di lavoro (magari anche solo dei RAD), se si accetta invece la seconda interpretazione occorre comprendere quali altre pressioni organizzative incidono per limitarle.

In ogni caso, risulta significativo che, se i professionisti non detengono tutte le leve gestionali per quanto concerne il personale, dall'altra parte si sentono fortemente coinvolti nella formazione dello stesso.

Risulta comunque chiara l'importanza dei coordinatori/RAD nella formazione (che occupa una parte rilevante del tempo dei professionisti) del personale, sia in caso di nuovi ingressi, che nel caso di aggiornamento per coloro già in ruolo.

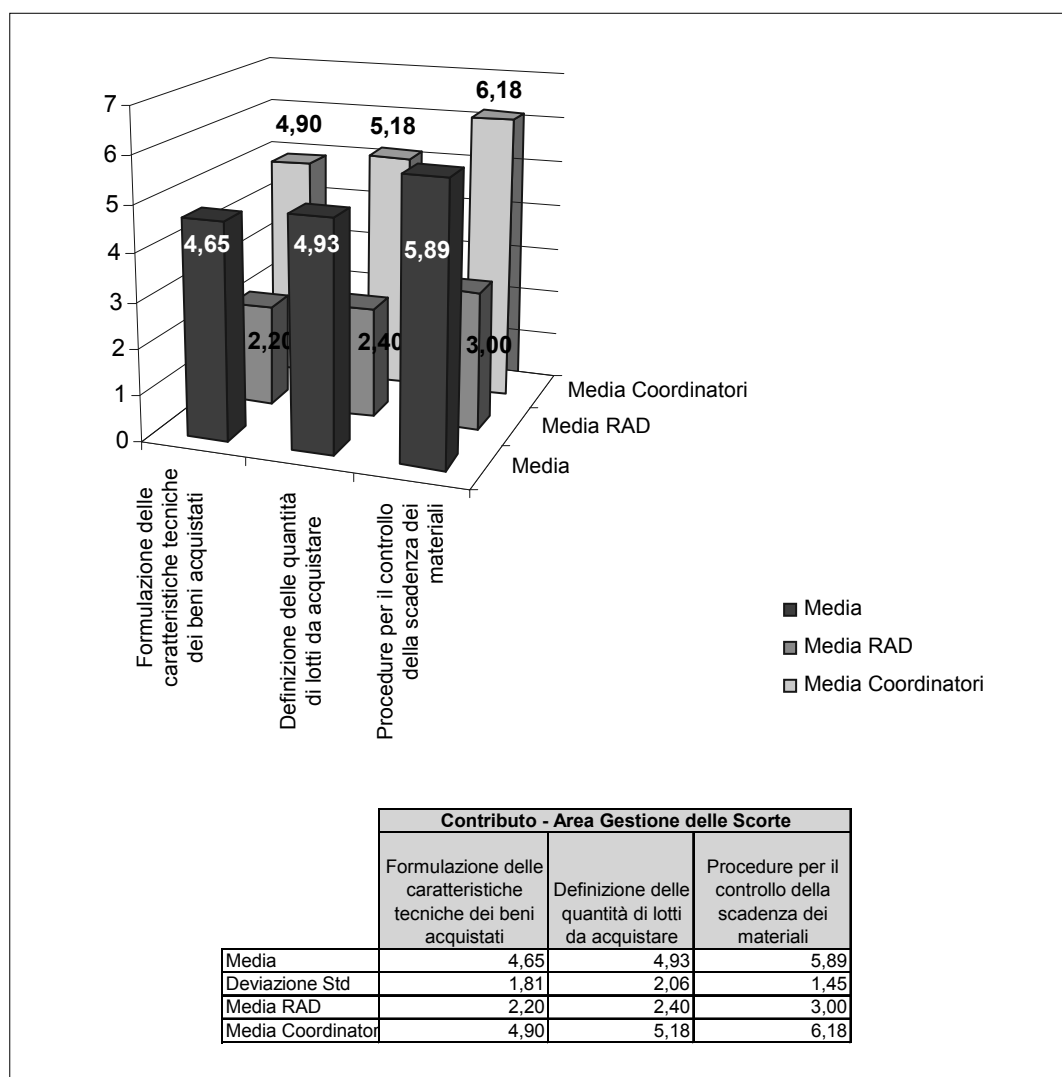


Grafico 9
Grado di autonomia
e contributo - Area 4
Gestione scorte

Passando all'area relativa alla gestione delle scorte, il **grafico 9** presenta i dati dei rispondenti distinguendo tra coordinatori e RAD, con particolare riferimento ai beni di loro diretta competenza gestionale. Complessivamente (vedasi la media generale), l'autonomia e il contributo dei coordinatori appaiono elevati, sia per quanto concerne la formulazione delle caratteristiche tecniche dei beni acquistati, sia nella definizione della quantità e dei lotti da acquisire, sia nelle procedure per il controllo della scadenza dei materiali. Entrando nel dettaglio del dato, però, appare chiaro che i RAD si occupano marginalmente della gestione delle scorte, mentre i coordinatori si sentono molto responsabilizzati, eccedendo addirittura la media per tutte

le variabili di gestione delle scorte analizzate e in particolare per il controllo delle scadenze. Questo dato conferma le attese rispetto alle competenze tra RAD e coordinatori.

Per quanto concerne la programmazione degli acquisti si può rilevare che, a differenza dello scarso contributo su detta programmazione (Sezione II), il coinvolgimento dei professionisti appare elevato nella gestione delle scorte (area gestione scorte: caratteristiche tecniche, quantità di lotti di acquisto, controllo della scadenza dei materiali). Appare rilevante che la gestione delle scorte sia in gran parte demandata ai coordinatori piuttosto che ai RAD, infatti, la gestione delle scorte è un'area dove risulta evidente lo scollamento tra i coordinatori, che si sentono for-

temente coinvolti, e i RAD il cui contributo è alquanto scarso. Ciò evidenzia l'importanza operativa dei coordinatori rispetto ai RAD.

L'incrocio dei dati della Sezione II con quelli dell'area gestione scorte rivela che, dal punto di vista organizzativo, ci si trova di fronte allo sdoppiamento delle competenze sugli acquisti piuttosto che sulla gestione di magazzino, mentre una maggiore integrazione delle due funzioni potrebbe portare a risultati positivi.

L'unica convergenza negativa si ha sui RAD per i quali sia la gestione acquisti sia la gestione scorte è di bassissima percezione. Mentre per i coordinatori è scarso il contri-

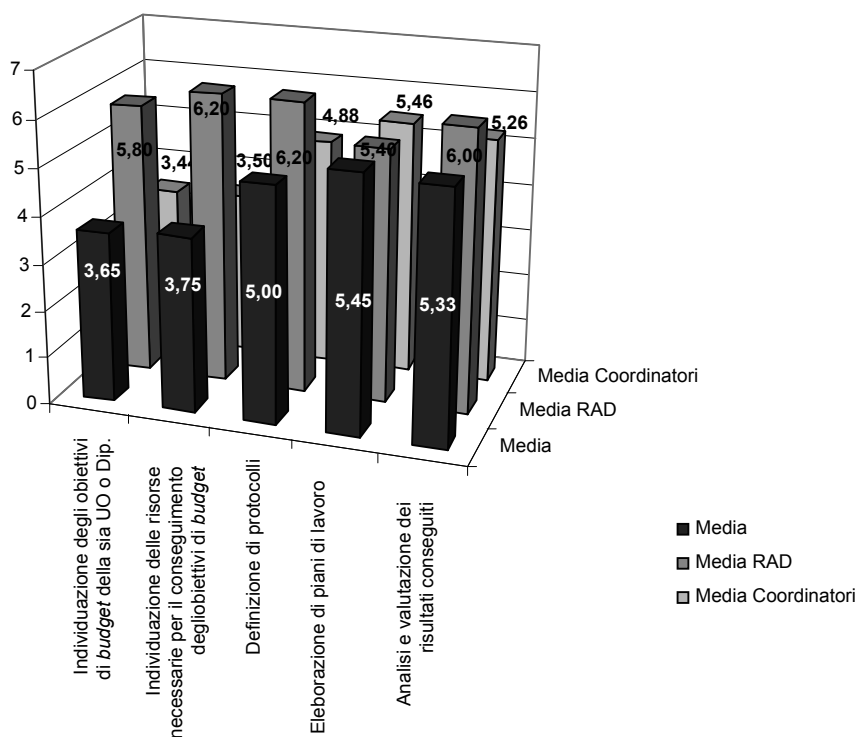
buto sulla gestione acquisti ed elevato quello della gestione scorte. In entrambi i casi è evidente come la gestione acquisti sia al di fuori di questi ruoli, invece sulla gestione delle scorte solo i coordinatori sono interessati a mantenere un adeguato margine di autonomia e responsabilizzazione.

3.4. Il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei sistemi di programmazione e controllo

L'area relativa ai processi legati al sistema di programmazione e controllo (**grafico 10**) presenta risultati non univoci. Se si osserva

Grafico 10

Grado di autonomia e contributo - Area 5 Programmazione e controllo



Contributo - Area Programmazione e controllo

	Individuazione degli obiettivi di budget della sia UO o Dip	Individuazione delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi di budget	Definizione di protocolli	Elaborazione di piani di lavoro	Analisi e valutazione dei risultati conseguiti
Media	3,65	3,75	5,00	5,45	5,33
Deviazione Std	1,85	1,99	1,73	1,65	1,43
Media RAD	5,80	6,20	6,20	5,40	6,00
Media Coordinatori	3,44	3,50	4,88	5,46	5,26

la media generale, sia nell'individuazione degli obiettivi di *budget* che delle risorse necessarie, i rispondenti percepiscono di avere una limitata autonomia e un limitato grado di coinvolgimento. Questo dato contrasta con i precedenti (relativi ad aspetti simili, ma anche agli ulteriori item presenti nella medesima area). Nella media generale viene rilevato un buon grado di autonomia per quanto concerne la definizione di protocolli (5,0), la elaborazione di piani di lavoro (5,45) e l'analisi e valutazione dei risultati (5,33).

Entrando nel dettaglio della media generale, appare che sull'individuazione degli obiettivi di *budget* e delle relative risorse i RAD si sentono molto più coinvolti dei coordinatori, il cui ruolo, in tal caso, è marginale e sposta la media generale delle risposte verso il basso.

Nella definizione di protocolli e nell'analisi e valutazione dei risultati conseguiti, il ruolo dei RAD rimane ancora superiore rispetto ai coordinatori, ma il distacco è minore.

Solo nell'elaborazione dei piani di lavoro la percezione del contributo e dell'autonomia di coordinatori e RAD risulta praticamente identica e in linea con la media generale segnalata. Ciò denota che solo nell'elaborazione dei piani di lavoro, tra tutte le possibili attività incluse nella programmazione e controllo, vi è sostanziale collaborazione e autonomia da parte delle due figure professionali.

In tutte le altre attività e soprattutto in quelle più critiche e maggiormente legate alla programmazione (obiettivi di *budget* e risorse) prevale il contributo dei RAD; poiché i RAD sono numericamente inferiori rispetto ai coordinatori, ciò fa sì che la media generale sia spostata verso il basso e cioè verso la percezione decisamente meno rilevante dei coordinatori stessi.

Passando a valutare criticamente i punti forti segnalati dai professionisti stessi, ovvero l'elevato sviluppo dei processi di formulazione del *budget*, controllo di gestione e definizione di protocolli (Sezione II), l'incrocio dei risultati (con Sezione III - area programmazione e controllo) ci porta a chiarire che solamente la definizione dei protocolli è totalmente in linea con il percepito dei professionisti stessi nella loro posizione organizzativa (siano essi coordinatori o RAD, poi-

ché le percezioni sono abbastanza simili), mentre per gli altri due (*budget* e controllo di gestione) i risultati appaiono contraddittori.

Nello specifico, la percezione media generale del contributo nella definizione degli obiettivi di *budget* dell'U.O. di riferimento e delle risorse per raggiungere tali obiettivi appare alquanto scarsa, ma questi fattori sono fondamentali per qualsiasi formulazione del *budget*.

Su questi ultimi aspetti, occorre correggere il dato medio per tener conto delle diverse percezioni di RAD e coordinatori. È evidente, infatti, che il contributo su definizione di obiettivi di *budget* e individuazione delle risorse è elevato per i RAD, per i quali ciò sarebbe dunque in linea con quanto affermato nella Sezione II.

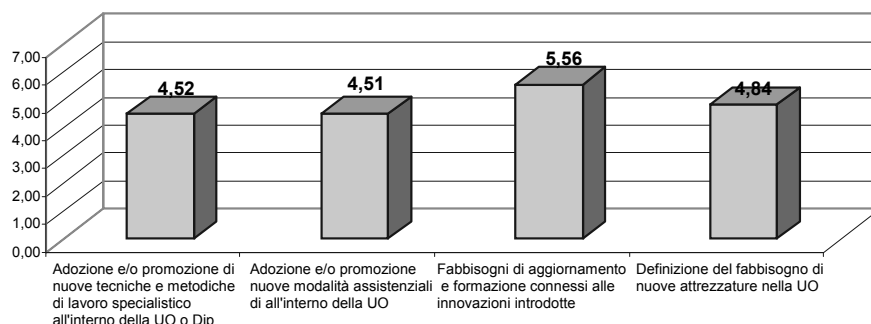
Invece, il ruolo dei coordinatori sulle stesse tematiche è molto basso, dunque solo per i coordinatori si manifesterebbe la divergenza tra i dati della Sezione II e quelli della Sezione III - area programmazione e controllo.

Se ne deduce che i RAD, pur non percependo un grande coinvolgimento negli acquisti e nella gestione scorte, partecipano a pieno titolo nei processi di programmazione (obiettivi di *budget* e relative risorse), mentre i coordinatori partecipano molto meno ai processi di programmazione su *budget* e risorse e, perciò, si ritagliano notevoli spazi di autonomia sulla gestione scorte e valorizzazione delle risorse umane.

Gli aspetti ulteriormente evidenziati dai risultati dell'area programmazione e controllo fanno desumere che il distacco tra RAD e coordinatori venga man mano colmato passando alle attività di definizione dei protocolli e valutazione dei risultati conseguiti, risultando essere completamente nullo nell'elaborazione dei piani di lavoro, dove la collaborazione tra le due figure professionali è massima (identica percezione del grado di autonomia e contributo su questa attività).

3.5. Il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi di innovazione e qualità

Il **grafico 11** rappresenta la situazione in tema di contributo e coinvolgimento nei processi di Innovazione percepito dai rispondenti. I risultati, mediamente alti, pongono in evidenza il ruolo determinante che i coor-



Contributo - Area Gestione della Innovazione				
	Adozione e/o promozione di nuove tecniche e metodiche di lavoro specialistico all'interno della UO o Dip	Adozione e/o promozione di nuove modalità assistenziali all'interno della UO	Fabbisogni di aggiornamento e formazione connessi alle innovazioni introdotte	Definizione del fabbisogno di nuove attrezzature nella UO
Media	4,52	4,51	5,56	4,84
Deviazione Std	1,93	1,82	1,40	1,85

Grafico 11

Grado di autonomia e contributo - Area 6 Innovazione

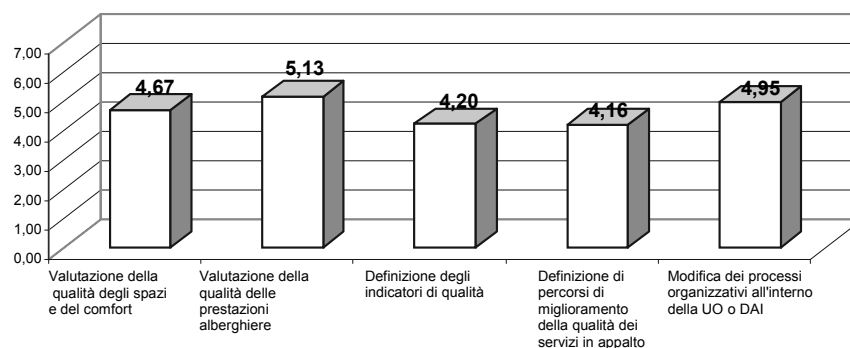
dinatori e i loro collaboratori assumono sia nella proposizione di innovazione, sia nella loro successiva adozione e messa in opera. In particolare, coerentemente con i risultati dell'area 3 formazione, il punteggio più elevato si registra in relazione alla individuazione del fabbisogno di formazione e aggiornamento collegato alle innovazioni introdotte (5,56). Altresì importante sono i contributi che i coordinatori garantiscono in tema di adozione e promozione di nuove tecniche e metodiche di lavoro (4,52), di adozione e promozione di nuove modalità assistenziali (4,51), così come nella definizione del fabbisogno di nuove attrezzature nella Uo (4,84).

Il **grafico 12** presenta i risultati medi registrati circa il grado di autonomia e il contributo percepito dai rispondenti in tema di gestione e valutazione della qualità. Trattandosi di un'area fortemente legata all'operatività, alle metodiche, ai protocolli e all'organizzazione degli spazi e delle persone, le attese di un medio-alto coinvolgimento dei coordinatori sono state confermate. Il dato più elevato si registra in relazione alla valutazione della

qualità delle prestazioni alberghiere (5,13), ovviamente legato alla natura dell'attività svolta dai professionisti coinvolti. Da segnalare il dato elevato in tema di modifica dei processi organizzativi all'interno della Uo o D.A.I. (4,95), che denota un importante ruolo organizzativo attribuito nella forma e/o assunto nella sostanza dalle professioni sanitarie. Infatti, anche in tema di individuazione di percorsi di miglioramento della qualità dei servizi in appalto (4,16) i rispondenti rilevano un buon grado di autonomia e la possibilità di essere contributivi. Infine, valori medio-alti si registrano anche negli ulteriori due item dell'area 7, ovvero in tema di contributo nella valutazione della qualità degli spazi e del comfort (4,67), e nella definizione di indicatori di qualità (4,2).

3.6. Il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi di informazione e comunicazione

L'elevata informatizzazione che ha caratterizzato l'Aou di Ferrara negli ultimi anni,



Contributo - Area Valutazione e miglioramento Qualità					
	Valutazione della qualità degli spazi e del comfort	Valutazione della qualità delle prestazioni alberghiere	Definizione degli indicatori di qualità	Definizione di percorsi di miglioramento della qualità dei servizi in appalto	Modifica dei processi organizzativi della UO o DAI
Media	4,67	5,13	4,20	4,16	4,95
Deviazione Std	1,93	1,87	1,81	1,75	1,53

e tuttora in corso, ha trovato una ricaduta anche nel grado di autonomia e contributo dei coordinatori nell'area dei sistemi informativi. I valori medi generali rilevati sono elevati (**grafico 13**) sia per il contributo in termini di identificazione di strumenti informativi per gli utenti (5,02), sia in termini di gestione tramite inserimento nel sistema informatico dei dati di attività (4,19), ovvero valori relativi al processo di approvvigionamento e/o dei consumi dei materiali utilizzati nella Uo (4,83). Analizzando le medie generali rispetto al ruolo di coordinatore o di RAD, si può notare come la percezione dei RAD rispetto al loro contributo nell'area dei sistemi informativi sia molto inferiore comparata a quella dei coordinatori. Tra le diverse attività previste, solo nell'identificazione di strumenti informativi per gli utenti della Uo il contributo dei RAD risulta essere più elevato.

Il contributo nel sistema informativo per l'inserimento dei dati di attività (area sistemi informativi) non è elevato (a dispetto della quantità di tempo dedicato ai sistemi infor-

mativi stessi: ultima domanda della Sezione III), ma ciò risulta in contraddizione con lo sviluppo di un appropriato sistema di controllo di gestione.

Si può notare, anche in questo caso, una divergenza tra le percezioni dei RAD e dei coordinatori che appesantisce il valore della contraddizione.

Infatti, i RAD percepiscono un bassissimo contributo sia all'inserimento a sistema dei dati di attività e di quelli inerenti il processo di approvvigionamento e/o i consumi dei materiali nella Uo, che invece risulta più elevato in corrispondenza dell'identificazione di strumenti informativi per gli utenti della Uo.

Al contrario, i coordinatori sentono un peso più importante delle prime due attività rispetto alla terza. Ciò chiarisce sicuramente due punti:

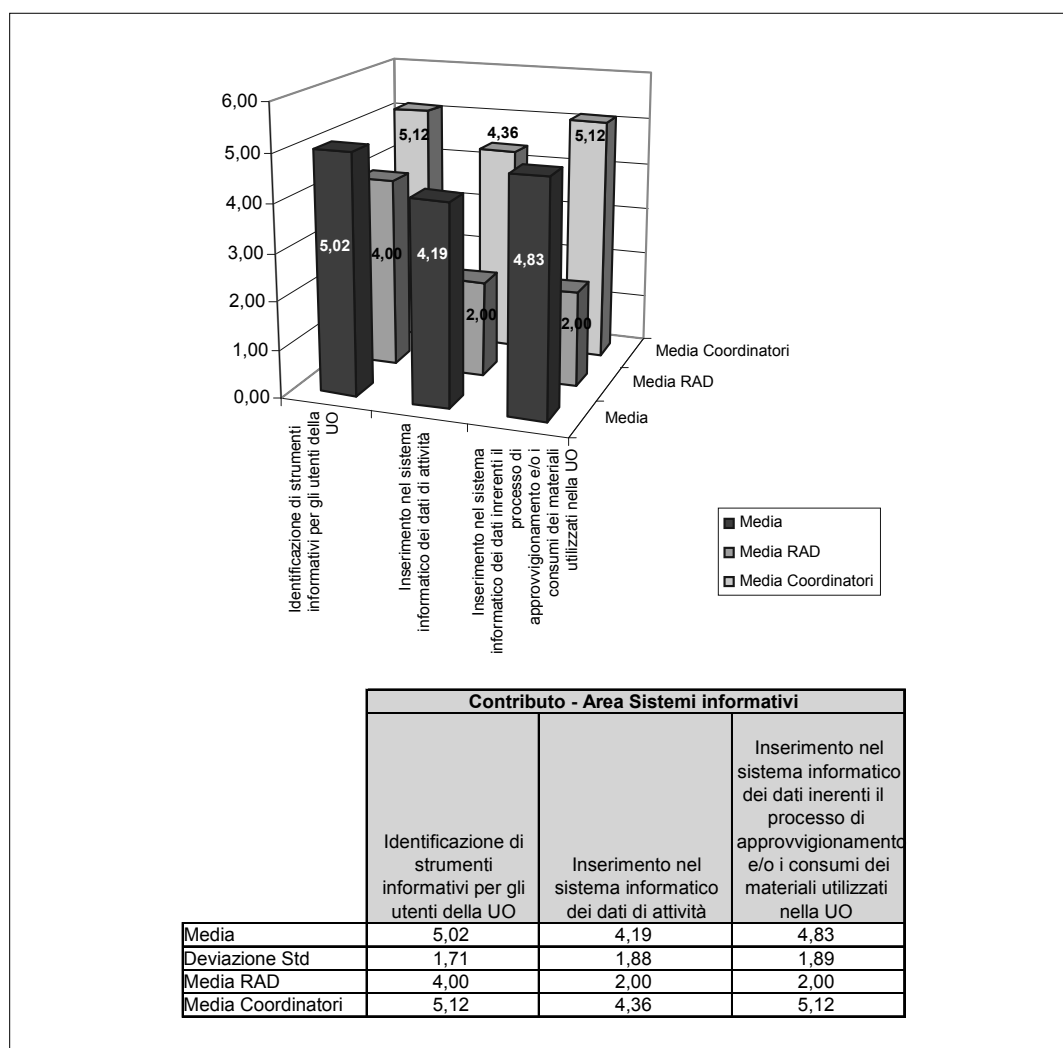
- i RAD continuano a identificarsi in un ruolo più strategico rispetto ai coordinatori,
- i coordinatori confermano la loro posizione più operativa.

Grafico 12

Grado di autonomia e contributo - Area 7 Gestione e valutazione qualità

Grafico 13

Grado di autonomia e contributo - Area 8 Sistemi informativi

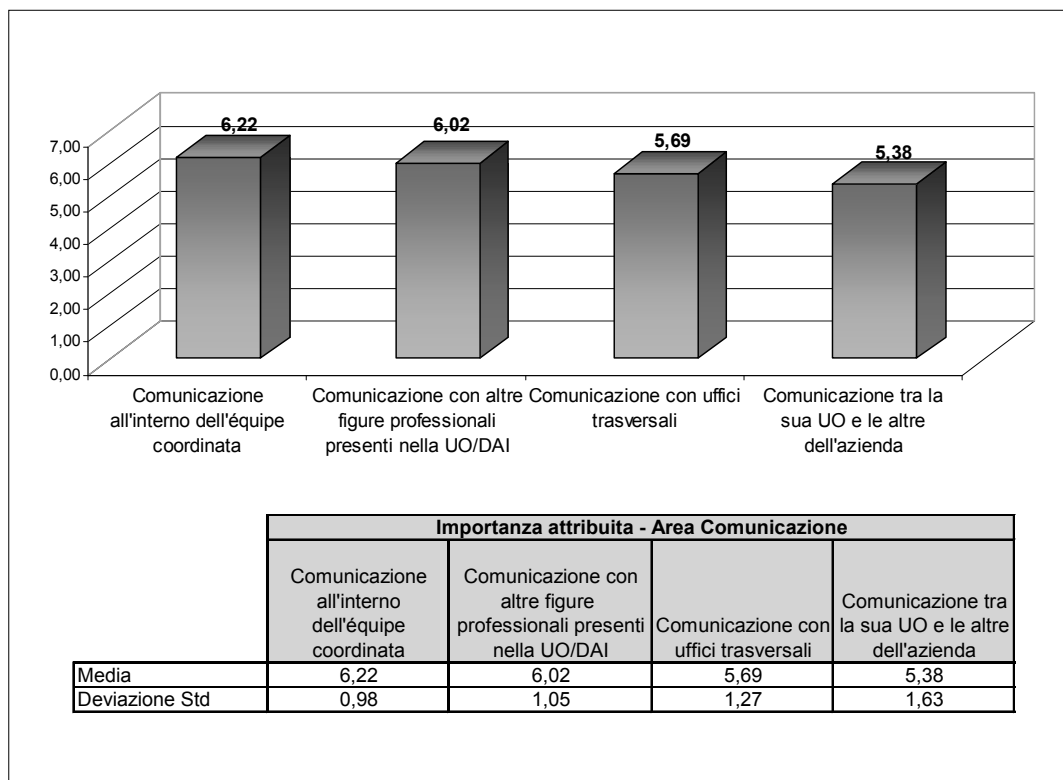
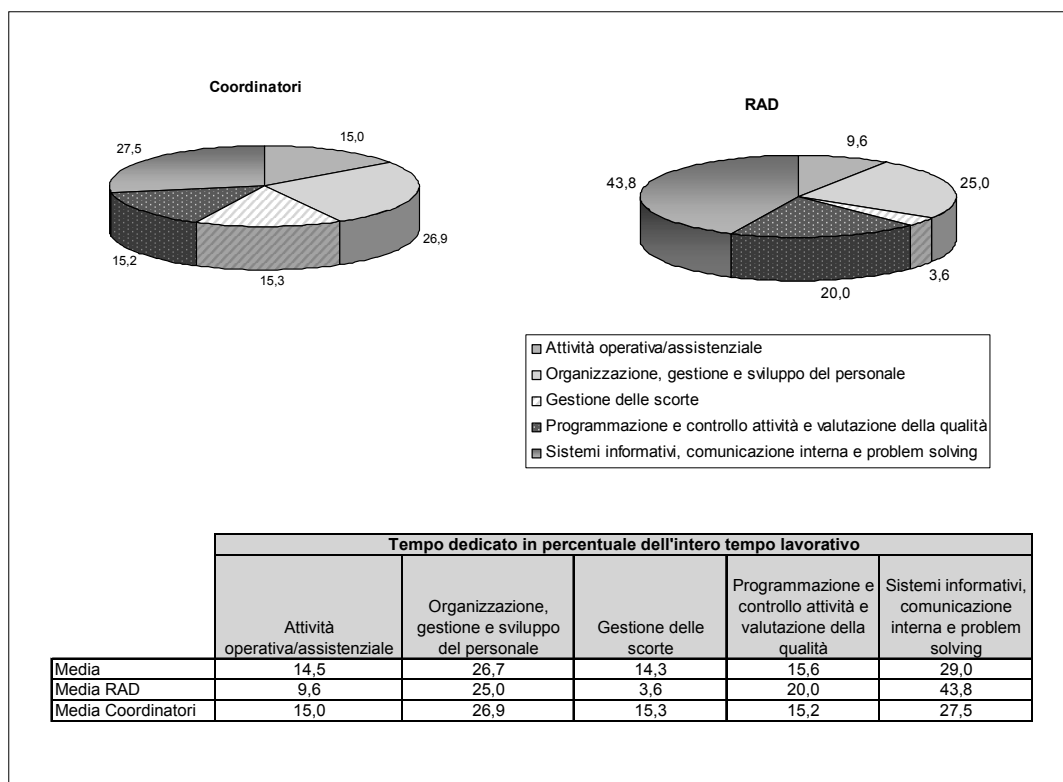


Collegato al tema dell'informatizzazione, si ritrova l'area relativa alla comunicazione e, in particolare, al grado di rilevanza percepito dai coordinatori su tali processi (**grafico 14**). Il tema della comunicazione inter-organizzativa è senza dubbio uno dei più dibattuti per la sua importanza, ma anche per la difficoltà con cui può essere gestita e realizzata. La comunicazione ha, infatti, un ruolo decisivo nei flussi informativi e di conoscenza, così come per l'efficienza e la qualità dei processi lavorativi. Non sorprende, quindi, trovare in questa area valori tra i più elevati dell'analisi. Inoltre, è interessante sottolineare come i processi di comunicazione diventano sempre più importanti mano a mano che ci si avvicina alla gestione e al punto di erogazione del servizio. La

comunicazione all'interno dell'*équipe* registra un valore di 6,22, contro il 5,38 relativo al processo di comunicazione tra la Uo in questione e le altre dell'azienda. La comunicazione intra-professionale assume una rilevanza molto elevata (6,02), così come con le altre professioni presenti in uffici trasversali (5,69), ovvero di supporto all'operatività all'interno delle proprie Uo.

3.7. Analisi delle modalità di impiego del tempo

Il **grafico 15** presenta la percezione dei professionisti rispetto a come distribuiscono mediamente il loro tempo tra diverse attività organizzative e operative. Ne risultano dati interessanti, sebbene occorra rilevare una

Grafico 14Grado di rilevanza attribuita
a - Area 9 Comunicazione**Grafico 15**Distribuzione del tempo
fra le attività

certa variabilità tra i rispondenti, con deviazione standard intorno al 15%.

Il dato medio di sintesi va letto alla luce della diversità tra coordinatori e RAD.

Come ci si poteva attendere, i coordinatori dedicano molto tempo all'alimentazione dei sistemi informativi, alla comunicazione, alla risoluzione di problemi (27,5%), così come all'organizzazione e alla gestione delle risorse umane (26,9%).

Rilevante risulta essere anche il tempo da loro dedicato ad attività riconducibili alla gestione delle scorte (15,3%), mentre il processo di programmazione e controllo e l'attività operativo-assistenziale hanno i valori più bassi anche se la differenza rispetto alle altre aree è minima (15,2% e 15%). In generale il tempo dei coordinatori è equamente distribuito.

I RAD, invece, sono quasi completamente proiettati sulle attività di comunicazione interna e *problem solving* (43,8%, possiamo escludere il contributo all'alimentazione dei sistemi informativi, perché già rilevato nell'area sistemi informativi) e sulla gestione del personale. Quest'ultima attività è l'unica in linea con i coordinatori e qualifica entrambe le posizioni organizzative come di criticità e interesse per il loro coinvolgimento a tutto tondo sull'aspetto di formazione e sviluppo delle risorse umane. Segue, per i RAD una buona fetta di tempo dedicata alla programmazione (che dall'area programmazione e controllo abbiamo visto essere dedicata maggiormente al *budget* e alla programmazione delle risorse) e valutazione delle attività e della qualità, mentre la gestione delle scorte e l'attività operativo-assistenziale sono del tutto marginali.

Nuovamente, si segnala come il dato medio generale simoleggi una effettiva diffusione dei processi gestionali e dei collegati strumenti all'interno dell'organizzazione. Di minor impegno temporale risultano essere per entrambe le figure professionali (coordinatori o RAD) le attività assistenziali.

I dati sulla distribuzione del tempo per attività, nella loro media generale sono maggiormente rappresentativi dei coordinatori rispetto ai RAD. La diversità di ruolo tra RAD e coordinatori è resa evidente dai dati sulla distribuzione del tempo tra attività: per i coordinatori tale distribuzione è abbastanza omogenea, con picchi sull'alimentazione dei

sistemi informativi e sulla gestione delle risorse umane.

Per i RAD la distribuzione è alquanto spostata sulla comunicazione interna e sul *problem solving*, poi viene la gestione delle risorse umane e la programmazione e controllo (con attenzione a *budget* e risorse, che invece manca per i coordinatori). Al contrario dei coordinatori, la gestione delle scorte non è affatto importante e l'attività operativo-assistenziale copre una parte minima.

4. Riflessioni conclusive

Le professioni sanitarie e il loro coinvolgimento in ruoli di coordinamento e gestione all'interno delle aziende sanitarie sono stati oggetto di riflessione da parte della letteratura solo recentemente. Inoltre, la prospettiva prevalentemente adottata è stata quella di tipo organizzativo o di *budgeting*, nonostante l'importante ruolo che tali professioni hanno da sempre ricoperto nel nucleo operativo di una burocrazia professionale quale è l'azienda sanitaria.

L'esplicita previsione di coordinatori e RAD nel Regolamento dei dipartimenti ha tuttavia lasciato all'autonomia dei professionisti la capacità di ritagliarsi e di legittimare uno specifico ruolo organizzativo.

Il lavoro di carattere esplorativo presentato ha inteso mettere in luce proprio la percezione e il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi organizzativi e gestionali attraverso lo studio di un caso aziendale. Per tale ragione, la metodologia e lo strumento del questionario finalizzato a rilevare la percezione risentono di limiti legati alla inevitabile soggettività dei rispondenti. Ne consegue che i risultati e le riflessioni non permettono di giungere a generalizzazioni; tuttavia, data la limitata letteratura sul tema, lo studio consente di approfondire la conoscenza del settore delle professioni sanitarie e di individuare possibili sviluppi e linee di approfondimento della ricerca.

Si evidenzia, in particolare, l'importanza delle loro competenze e del loro percorso di professionalizzazione sia nei processi clinico-assistenziali (che continuano a occupare un'importante arco del loro tempo lavorativo) che in quelli di comunicazione e gestione del sistema informativo, così come già in letteratura (Mintzberg, 1985; Spencer, Spencer, 1995).

Proprio l'intensità (in termini di tempo lavorativo) dei processi di inserimento e gestione delle informazioni dà una misura dell'importanza finora attribuita allo sviluppo di strumenti tecnico-gestionali, la cui efficacia (al di là dei dati destinati agli organi di *staff*) sembra dipendere strettamente dal coinvolgimento dei professionisti coerentemente con quanto sostenuto da altri autori (Valotti, 2000).

Tuttavia le interpretazioni che possono essere date ai risultati della ricerca inerenti il coinvolgimento nei sistemi di *budget* e di controllo di gestione, possono essere di vario tipo, ad esempio:

- i sistemi di *budget* e controllo di gestione sono stati sviluppati ma vengono utilizzati in modo preponderante da chi ha un ruolo strategico (es. RAD), soprattutto per quanto concerne il coinvolgimento nella definizione degli obiettivi e nelle risorse da utilizzare;

- i sistemi di *budget* e controllo di gestione sono stati sviluppati, ma la pluralità di ruoli gerarchici superiori di riferimento rallenta alcuni processi di comunicazione rispetto agli obiettivi e alle risorse;

- i sistemi di *budget* e controllo di gestione sono stati sviluppati, ma l'alimentazione del *database* di questi sistemi e il loro utilizzo fanno capo a soggetti diversi (coordinatori nel primo caso, che si ritagliano la loro autonomia sull'operativo della gestione scorte e RAD nel secondo caso, che privilegiano i processi di comunicazione e *problem solving* gestendo soprattutto obiettivi e risorse).

Una delle modalità più importanti attraverso le quali i coordinatori trovano legittimazione e coinvolgimento è la gestione operativa delle scorte e la formazione del nuovo personale. Il mancato collegamento con la programmazione degli acquisti, da una parte, e con la determinazione del fabbisogno di organici, dall'altra, limita la spinta innovativa del loro nuovo ruolo gestionale.

Di fatto, sarebbe importante anche il loro pieno coinvolgimento nella didattica e nella ricerca che, nei dipartimenti ad attività integrata, risulta rilevante per la legittimazione dei dipartimenti stessi (integrazione fra attività universitaria e clinico-assistenziale).

Per i RAD e per i coordinatori si configurano dunque fabbisogni formativi specifici,

a seconda del livello di autonomia decisionale.

Pertanto, risulta necessario indagare:

- il reale livello di autonomia decisionale;
- il livello di efficacia della comunicazione.

Per quanto concerne la possibilità di reale autonomia l'analisi mette in luce quanto questa sia limitata dall'accesso ad alcune importanti leve decisionali e dalle capacità dei professionisti stessi di legittimare il proprio ruolo manageriale.

Tale limite viene ampiamente discusso nei risultati laddove emerge una dissonanza o una contraddizione fra lo strumento o la decisione analizzata e l'utilizzo dello strumento stesso o l'*outcome* effettivo della decisione (es. sistemi di programmazione e controllo).

In particolare, come già sottolineato nella prima parte del lavoro, si rileva il rischio di scollamento tra le indicazioni della normativa in termini di ruoli, funzioni, autonomia e responsabilità dei coordinatori e RAD, e quanto attuato all'interno dei regolamenti organizzativi aziendali. Ciò, come evidenziato nei risultati, può portare a situazioni ibride, disomogeneità nelle percezioni e nei comportamenti, nelle competenze e capacità richieste e per le quali si struttura la selezione e formazione del personale, impedendo di far assumere loro un effettivo ruolo di *boundary-spanning* (Fitzgerald, Dufour, 1996). In tal senso, l'analisi fa emergere talune incoerenza tra responsabilità assegnate, autonomia e grado di coinvolgimento in processi quali il *budget*, l'individuazione e condivisione degli obiettivi annuali che rimangono ancora legati prevalentemente alle aree medica e amministrativa dell'organizzazione.

Avendo individuato i processi di definizione degli obiettivi più critici, sarebbe a tal punto necessario valutare più approfonditamente le cause del mancato coinvolgimento e le modalità più adeguate per il loro superamento, sia a livello di *policy* che a livello di gestione aziendale. Inoltre, la possibilità di migliorare il dettaglio di ricerca per area professionale (i.e. infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnica) consentirebbe una maggiore focalizzazione delle esigenze informative e formative legate alle diversità oltre che mappare l'ampio panorama organizzativo delle aziende sanitarie.

Note

1. Secondo De Pietro, Tereanu (2005) la logica professionale insiste su due fattori fondamentali: l'autonomia professionale del singolo operatore e la codificazione professionale data dalla comunità scientifica di riferimento, che naturalmente trascende i confini aziendali. Rimane anche vero l'assunto per cui tale professionalità fa parte integrante del *core service* dell'azienda perché garantisce la qualità dell'*output* erogato, nonché la sua efficacia e appropriatezza (Macinati, 2007). Pallotti (2007) sottolinea la professionalizzazione attraverso il lungo *iter* formativo ed esperienziale che rappresenta l'unica modalità di pervenire a un processo decisionale corretto. La differenza fra il *framework* decisionale di un medico o professionista sanitario e un manager è ben messa in evidenza da Kurtz (1992), Davies, Harrison (2003), Degeling *et al.* (2003) che vedono i medici come espressione di autonomia professionale, autoregolazione dei comportamenti e orientamento al paziente, mentre i manager hanno un orientamento all'efficienza, al controllo e alla responsabilità pubblica.
2. È necessario sottolineare che l'evoluzione delle funzioni di coordinamento e dirigenza nell'ambito delle professioni sanitarie segue di pari passo la riclassificazione e il reinquadramento professionale delle stesse. Sinteticamente: il CCNL 01/09/1995 sancisce la contrattazione collettiva del rapporto di lavoro e dei suoi contenuti giuridici ed economici. Il CCNL 07/04/1999 introduce le categorie e le relative equiparazioni rispetto alle qualifiche precedenti, il CCNL 20/09/2001 richiama i requisiti di competenze e professionali del ruolo sanitario per reinquadrare di nuovo gli operatori professionali del ruolo sanitario (in particolare le categorie C e D), inoltre prevede l'indennità di coordinamento come riconoscimento economico di quest'attività, fissando le modalità di calcolo della parte fissa e variabile. Il CCNL 19/04/2004 continua a regolamentare il livello economico della dirigenza e del coordinamento, nonché le modalità di selezione, la qualifica e lo sviluppo professionale.
3. Si legge, infatti, all'art. 8 CCNL 17/10/2008 SPTA: «le attribuzioni dei dirigenti di nuova istituzione e la regolazione, sul piano funzionale ed organizzativo, dei rapporti interni con le altre professionalità della dirigenza sanitaria, saranno definite dall'azienda, nel rispetto delle attribuzioni e delle competenze degli altri dirigenti già previste dalla normativa nazionale vigente, nell'ambito di un apposito regolamento, previa consultazione obbligatoria delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente contratto, sulla base dei contenuti professionali del percorso formativo indicato nell'art. 6, co. 3 del D.L.vo 502/1992 e nel Decreto del MURST del 2/4/2001, pubblicato sul supplemento ordinario della G.U. del 5/5/2001 n. 128, nonché delle attività affidate in concreto a tali dirigenti. Le attribuzioni del dirigente di nuova istituzione di cui al presente articolo dovranno consentire un adeguato livello di integrazione e collaborazione con le altre funzioni dirigenziali, garantendo il rispetto dell'unicità delle responsabilità dirigenziali per gli aspetti professionali e organizzativi interni delle strutture di appartenenza. In particolare, a tale ultimo fine, dovranno essere evitate sovrapposizioni e duplicazioni di competenze e attribuzioni che, sul piano organizzativo, possano ostacolare o impedire un regolare avvio e funzionamento dei nuovi servizi nonché l'ottimale organizzazione aziendale. Il regolamento di cui al presente comma dovrà essere adottato dall'Azienda prima di procedere all'assunzione dei dirigenti di nuova istituzione».
4. Nel caso oggetto di analisi i RAD sono scelti tra le professioni sanitarie e non tra le funzioni amministrative come talvolta avviene in altre realtà aziendali. All'interno della struttura dirigenziale, i coordinatori rappresentano il 90,7% e i RAD il 9,3%.

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2006), «Towards an interoperable healthcare information infrastructure working from the bottom up», *BT Technology Journal*, 24(3), pp. 17-32.
- ABERNETHY M.A., VAGNONI E. (2004), «Power, organization design and managerial behaviour», *Accounting, Organizations and Society*, (29), pp. 207-225.
- ANNESI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), «Whither managerialism in the Italian National Health Service?», *The international journal of health planning and management*, 21(4), pp. 327-355.
- BLOOR K., MAYNARD A. (2003), *Planning human resources in health care: towards an economic approach: an international comparative review*. Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa.
- COSTA G., PIOVESAN P. (1986), *La gestione del personale nelle Unità Sanitarie Locali*, Cedam, Padova.
- DAVIES H.T.O., HARRISON S. (2003), «Trends in doctor-manager relationship», *BMJ*, 326, pp. 646-649.
- DE PIETRO C. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche e la valutazione del personale», *Mecosan*, (43), pp. 67-81.
- DE PIETRO C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw Hill, Milano.
- DE PIETRO C. (2006), «La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura», *Mecosan*, (57), pp. 141-159.
- DE PIETRO C., TEREANU C. (2005), «Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive», *Mecosan*, (55), pp. 65-84.
- DEGELING P., MAXWELL S. KENNEDY J., COYLE B. (2003),

- «Medicine, management and modernization: a *danse macabre*?», *BMJ*, 326, pp. 649-652.
- DEL VECCHIO M., PRANDI F. (2004), «Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario», *Mecosan*, (55), pp. 99-106.
- DOOLIN B. (2001), «Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand hospital», *Public Management Review*, 3(2), pp. 231-254.
- DRAGONETTI ET AL. (2002), *Il personale delle aziende sanitarie*, II edizione, Giuffrè, Milano.
- FITZGERALD L. (1994), «Moving clinicians into management: a professional challenge or threat?», *Journal of Management in Medicine*, 8(6), pp. 32-44.
- FITZGERALD L., DUFOUR Y. (1996), «Clinical management as boundary management: a comparative analysis of Canadian and UK health care institutions», *International Journal of Public Sector Management*, 10(12), pp. 5-20.
- GIARELLI G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.
- GUERRA G. (1992), *Psicosociologia dell'ospedale*, La Nuova Italia Scientifica, Milano.
- KURTZ M.E. (1992), «The dual role dilemma» in D.A. KINDIG, A.R. KONVER (1992), *The role of physician executive*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- LEGA F. (1998), «Gestire il personale delle aziende ospedaliere pubbliche: dal criterio di legittimità allo sviluppo di una possibile imprenditorialità governata», *Sanità Pubblica*, pp. 903-944.
- LONGO F. (2000), «Organizzazione e gestione del personale» in M. BERGAMASCHI (2000) (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano.
- MACINATI M.S. (2007), «Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale», *Mecosan*, (64), pp. 41-52.
- MARTINI M., RICCÒ D., PRANDI F., COSMI L., DEL VECCHIO M., MARTINI M., PRANDI F. (2004), «Un'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi. Il caso Ausl Reggio Emilia», *Mecosan*, (50), pp. 95-121.
- MCDERMOTT R., CALLANAN I., BUTTIMER A. (2002), «Involving Irish clinicians in hospital management roles towards a functional integration model», *Clinicians in management*, 11, pp. 37-46.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione organizzativa*, Il Mulino, Bologna.
- NORMANN R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano, trad. it. di *Service management. Strategy and leadership in service business*, 1984.
- PALLOTTI F. (2007), «L'attitudine manageriale dei medici tra caratteristiche attributive e relazionali. Evidenze da un'indagine empirica», *Mecosan*, (63), pp. 49-68.
- PLANE J.-M. (2003), *La gestion des ressources humaines*, Economica, Paris.
- RAPIAU M.-T., RIONDET J., BIOT-PAQUEROT G. (2006), «Il reclutamento degli infermieri in formazione in Francia tra programmazione nazionale e bisogni locali», *Mecosan*, (60), pp. 81-89.
- RUFFINI R. (1998), «La Sanità» in G. COSTA, R.C.D. NACAMULLI (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino.
- RUGIADINI A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano.
- SPENCER L.M., SPENCER S.M. (1995), *Competenza nel lavoro*, Franco Angeli, Milano.
- SPURGEON P. (2001), «Involving clinicians in management: a challenge of perspective», *Health Care Information Review*, 5(4), Publication 7998.
- SVEIBY K.E. (1997), *The new organizational wealth: managing and measuring knowledge-based assets*, Berrett-Koheler, New York.
- TARONI F., GRILLI R. (2000), «E' possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?», *Politiche sanitarie*, 1(2).
- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.
- TOUSIJN W. (2003), «Infermieri e logica professionale: verso la frammentazione della professione infermieristica», *Salute e Società*, II(1), pp. 39-46.
- TOUSIJN W. (2004), «Le professioni sanitarie», in C. CIPOLLA (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- VAGNONI E. (2001), «The Italian Health Care Reform Experience: Which Role for Nursing?», *Policy Politics Nursing Practice*, Vol.2, pp. 52-57.
- VALOTTI G. (2000), *La riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*, Egea, Milano.
- VAN DER BIJ J. D., DIJKSTRA L., DE VRIES G., WALBURG J. (1999), «Improvement and renewal of healthcare processes: results of an empirical research project», *Health Policy*, (48), pp. 135-152.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

5. Appendice

Tabella 1 - In che misura i seguenti processi gestionali sono attualmente sviluppati in azienda
(1 = poco sviluppato - 7 = completamente sviluppato)

	Definizione piano strategico aziendale	Comunicazione degli obiettivi strategici a tutti i livelli	Formulazione del budget	Controllo di gestione	Definizione di protocolli	Valutazione sulla qualità dei servizi	Analisi soddisfazione degli utenti
Media	4,58	4,57	5,06	4,96	4,83	4,43	4,69
Varianza	1,73	1,90	1,85	1,60	1,64	1,75	1,58
Media RAD	6,00	6,20	6,40	6,00	5,20	5,40	5,80
Media coordinatori	4,44	4,40	4,92	4,85	4,79	4,33	4,57

Tabella 2 - In che misura i seguenti processi gestionali sono attualmente sviluppati in azienda
(1 = poco sviluppato - 7 = completamente sviluppato)

	Determinazione fabbisogno organico	Gestione risorse umane	Progettazione e revisione delle modalità di comunicazione interna	Programmazione acquisti	Gestione scorte	Manutenzione delle attrezzature	Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici
Media	3,77	4,58	4,25	3,85	4,62	4,89	4,63
Varianza	1,93	1,74	1,72	1,84	1,73	1,54	1,61
Media RAD	5,80	6,20	5,60	5,40	5,80	5,20	5,20
Media coordinatori	3,56	4,40	4,10	3,69	4,49	4,85	4,57

Tabella 2a - Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse aree

	Contributo - Area organizzativa			Contributo - Area gestione risorse umane			
	Analisi delle posizioni di lavoro	Definizione dei carichi di lavoro	Definizione dei processi assistenziali integrati con altre figure professionali	Inserimento del personale	Definizione del fabbisogno di organico	Programmazione delle modalità di impiego del personale	Valutazione del personale
Media	3,81	3,87	4,00	4,87	3,73	4,89	5,71
Deviazione Std	1,87	1,90	1,67	2,07	1,90	1,84	1,59
Media RAD	4,40	4,40	5,00	5,40	5,80	6,00	5,60
Media coordinatori	3,76	3,82	3,90	4,82	3,52	4,78	5,72

Tabella 2b - Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse aree

	Contributo - Area formazione				Contributo - Area gestione delle scorte			
	Individuazione del fabbisogno di formazione	Identificazione delle persone partecipanti alla formazione	Momenti e strumenti per la condivisione delle esperienze professionali	Formulazione delle caratteristiche tecniche dei beni acquistati	Definizione delle quantità di lotti da acquistare	Procedure per il controllo della scadenza dei materiali		
Media	5,49	5,62	4,93	4,65	4,93	5,89		
Deviazione Std	1,41	1,31	1,65	1,81	2,06	1,45		
Media RAD	6,00	5,00	4,80	2,20	2,40	3,00		
Media coordinatori	5,44	5,68	4,94	4,90	5,18	6,18		

Tabella 2c - Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse aree

	Contributo - Area programmazione e controllo						Contributo - Area gestione della Innovazione			
	Individuazione degli obiettivi di budget della sia UO o Dip	Individuazione delle risorse per il conseguimento degli obiettivi di budget	Definizione di protocolli	Elaborazione di piani di lavoro	Analisi e valutazione dei risultati conseguiti	Adozione e/o promozione di nuove tecniche e metodiche di lavoro specialistico nella UO o Dip	Adozione e/o promozione di nuove modalità assistenziali nella UO	Fabbisogni di aggiornamento e formazione connessi alle innovazioni introdotte	Definizione del fabbisogno di nuove attrezzature nella UO	
Media	3,65	3,75	5,00	5,45	5,33	4,52	4,51	5,56	4,84	
Deviazione Std	1,85	1,99	1,73	1,65	1,43	1,93	1,82	1,40	1,85	
Media RAD	5,80	6,20	6,20	5,40	6,00	5,80	5,80	6,00	4,40	
Media coordinatori	3,44	3,50	4,88	5,46	5,26	4,39	4,38	5,52	4,88	

Tabella 2d - Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse aree

	Contributo - Area valutazione e miglioramento qualità						Contributo - Area sistemi informativi			
	Valutazione della qualità degli spazi e del comfort	Valutazione delle prestazioni alberghiere	Definizione degli indicatori di qualità	Definizione di percorsi di miglioramento della qualità dei servizi in appalto	Modifica dei processi organizzativi all'interno della UO o DAI	Identificazione di strumenti informativi per gli utenti della UO	Inserimento nel sistema informativo dei dati di attività	Inserimento nel sistema informativo di dati inerenti il processo di approvvigionamento e/o i consumi dei materiali nella UO		
Media	4,67	5,13	4,20	4,16	4,95	5,02	4,19	4,83		
Deviazione Std	1,93	1,87	1,81	1,75	1,53	1,71	1,88	1,89		
Media RAD	5,20	5,20	5,40	5,40	5,40	4,00	2,00	2,00		
Media coordinatori	4,62	5,13	4,08	4,04	4,90	5,12	4,36	5,12		

Tabella 2e - Descrizione analitica della rilevanza attribuita alla comunicazione

	Comunicazione all'interno dell'équipe coordinata	Comunicazione con altre figure professionali presenti nella UO/DAI	Comunicazione con uffici trasversali	Comunicazione tra la sua UO e le altre dell'azienda
Media	6,22	6,02	5,69	5,38
Deviazione Std	0,98	1,05	1,27	1,63
Media RAD	6,80	6,60	6,00	6,40
Media coordinatori	6,16	5,96	5,66	5,27

Tabella 2f - Distribuzione % del tempo tra le attività gestionali

	Attività operativa/assistenziale	Organizzazione, gestione e sviluppo del personale	Gestione delle scorte	Programmazione e controllo attività e valutazione della qualità	Sistemi informativi, comunicazione interna e problem solving
Media	14,5	26,7	14,3	15,6	29,0
Media RAD	9,6	25,0	3,6	20,0	43,8
Media coordinatori	15,0	26,9	15,3	15,2	27,5

Questionario. Percezione e coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi organizzativi e gestionali

Indagine coordinata e svolta dal



Crisal (Centro di Ricerca sull'economia ed il Management della Salute)

e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara

SEZIONE I

Questa sezione è destinata a raccogliere informazioni di carattere generale.

La prego di fornire le seguenti informazioni

1. La sua età	<input type="checkbox"/> < 30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41- 50	<input type="checkbox"/> > 50
2. Da quanti anni lavora presso questa azienda (anzianità di servizio)	<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> 6-15	<input type="checkbox"/> > 15	
3. Da quanti anni ricopre l'attuale ruolo	<input type="checkbox"/> < 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> > 10
4. Indicare il ruolo ricoperto:				
a. Coordinamento	<input type="checkbox"/>			
b. Responsabile assistenziale di dipartimento (RAD)	<input type="checkbox"/>			
5. Indicare la classe professionale di appartenenza:				
a. Professioni sanitarie infermieristiche	<input type="checkbox"/>			
b. Professione sanitaria ostetrica	<input type="checkbox"/>			
c. Professioni sanitarie riabilitative	<input type="checkbox"/>			
d. Professioni tecnico-sanitarie	<input type="checkbox"/>			
6. Indicare se negli ultimi 5 anni ha frequentato corsi di formazione manageriale, per sviluppare le sue competenze gestionali	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	

SEZIONE II

Questa sezione è destinata a raccogliere informazioni relative alle vostre conoscenze sulla struttura aziendale ed alla collocazione organizzativa della posizione ricoperta.

Domande relative alla vostra conoscenza della struttura organizzativa aziendale

La prego di rispondere alle seguenti domande

1. Indicare se nella vostra azienda sono stati introdotti i Dipartimenti come modello organizzativo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Indicare se nella vostra struttura è presente la Direzione Assistenziale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Indicare se nella vostra struttura è presente l' Ufficio Controllo di Gestione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Indicare se nella vostra struttura è presente l' Ufficio Relazioni con il Pubblico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Indicare se nella vostra struttura è presente l' Ufficio Valutazione della Qualità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Domande relative alla posizione organizzativa

La prego di rispondere alle seguenti domande

Indicare, secondo la sua opinione, in che misura i seguenti processi gestionali sono attualmente sviluppati presso la sua azienda (1= poco sviluppato – 7 = completamente sviluppato):

	Poco sviluppato				Completamente sviluppato			
	1	2	3	4	5	6	7	
a. definizione del piano strategico aziendale	1	2	3	4	5	6	7	
b. comunicazione degli obiettivi strategici aziendali a tutti i livelli della struttura organizzativa	1	2	3	4	5	6	7	
c. formulazione del budget	1	2	3	4	5	6	7	
d. controllo di gestione	1	2	3	4	5	6	7	
e. definizione di protocolli	1	2	3	4	5	6	7	
f. valutazioni sulla qualità dei servizi	1	2	3	4	5	6	7	
g. monitoraggio della soddisfazione degli utenti (pazienti)	1	2	3	4	5	6	7	
h. determinazione del fabbisogno di organici	1	2	3	4	5	6	7	
i. gestione risorse umane	1	2	3	4	5	6	7	
j. progettazione e revisione delle modalità di comunicazione interna	1	2	3	4	5	6	7	
k. programmazione acquisti	1	2	3	4	5	6	7	
l. gestione delle scorte	1	2	3	4	5	6	7	
m. manutenzione delle attrezzature	1	2	3	4	5	6	7	
n. definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici	1	2	3	4	5	6	7	

SEZIONE III

Questa sezione è destinata a raccogliere informazioni relative ai processi organizzativi e gestionali che coinvolgono la figura del Coordinatore/Collaboratore Professionale, nonché il grado di autonomia attribuito allo stesso nei diversi processi o funzioni gestionali.

La prego di rispondere alle seguenti domande

1. Indicare, secondo la sua opinione e scegliendo una delle possibili alternative, da chi dipende gerarchicamente:				
a. Dal Direttore Sanitario				<input type="checkbox"/>
b. dal Direttore di Dipartimento				<input type="checkbox"/>
c. dal Responsabile Assistenziale di Dipartimento (RAD)				<input type="checkbox"/>
d. dal Direttore della sua Unità Operativa				<input type="checkbox"/>
e. dalla Direzione Assistenziale				<input type="checkbox"/>
f. dal Responsabile della Direzione Assistenziale				<input type="checkbox"/>
2. Indicare il numero di collaboratori da Lei direttamente coordinati	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10-20	<input type="checkbox"/> 21- 30	<input type="checkbox"/> > 30

Le domande seguenti sono raggruppate in 9 aree funzionali. Le risposte sono graduate in una scala Likert 1 – 7

Rispondere con riferimento alla vostra area di competenza

Area 1 - Organizzativa

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo				Elevato contributo			
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Analisi delle posizioni di lavoro	1	2	3	4	5	6	7	
2. Definizione dei carichi di lavoro	1	2	3	4	5	6	7	
3. Definizione dei processi assistenziali integrati con altre figure professionali	1	2	3	4	5	6	7	

Area 2 – Gestione delle risorse umane

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Inserimento del personale	1	2	3	4	5	6	7
2. Definizione del fabbisogno di organico	1	2	3	4	5	6	7
3. Programmazione delle modalità di impiego del personale	1	2	3	4	5	6	7
4. Valutazione del personale	1	2	3	4	5	6	7

Area 3 – Formazione

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Individuazione del fabbisogno di formazione	1	2	3	4	5	6	7
2. Identificazione delle persone che partecipano ai corsi di formazione	1	2	3	4	5	6	7
3. Momenti e strumenti per la condivisione delle esperienze professionali	1	2	3	4	5	6	7

Area 4 – Gestione delle scorte

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Formulazione sulle caratteristiche tecniche dei beni acquistati	1	2	3	4	5	6	7
2. Definizione delle quantità dei lotti da acquistare	1	2	3	4	5	6	7
3. Procedure per il controllo della scadenza dei materiali	1	2	3	4	5	6	7

Area 5 – Programmazione e controllo

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Individuazione degli obiettivi di budget della sua Unità Operativa (o del Dipartimento)	1	2	3	4	5	6	7
2. Individuazione delle risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi di budget	1	2	3	4	5	6	7
3. Definizione di protocolli	1	2	3	4	5	6	7
4. Elaborazione di piani di lavoro	1	2	3	4	5	6	7
5. Analisi e valutazione dei risultati conseguiti	1	2	3	4	5	6	7

Area 6 – Gestione della innovazione

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Adozione e/o promozione di nuove tecniche e metodiche di lavoro specialistico all'interno della UO/ del Dipartimento	1	2	3	4	5	6	7
2. Adozione e/o promozione di nuove modalità assistenziali all'interno della UO	1	2	3	4	5	6	7
3. Fabbisogni di aggiornamento e formazione connessi alle innovazioni introdotte	1	2	3	4	5	6	7
4. Definizione del fabbisogno di nuove attrezzature nella UO	1	2	3	4	5	6	7

Area 7 – Valutazione e miglioramento della qualità

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Valutazione della qualità degli spazi e del comfort	1	2	3	4	5	6	7
2. Valutazione della qualità delle prestazioni alberghiere	1	2	3	4	5	6	7
3. Definizione degli indicatori di qualità	1	2	3	4	5	6	7
4. Definizione di percorsi di miglioramento della qualità dei servizi in appalto	1	2	3	4	5	6	7
5. Modifica dei processi organizzativi all'interno della sua UO/DAI	1	2	3	4	5	6	7

Area 8 – Sistemi informativi

Indicare, secondo la sua opinione e dato il suo grado di autonomia, in che misura contribuisce alle seguenti decisioni aventi per oggetto:

	Scarso contributo						Elevato contributo
1. Identificazione di strumenti informativi per gli utenti della U.O.	1	2	3	4	5	6	7
2. Inserimento nel sistema informatico dei dati di attività (domanda per le sole U.O. di degenza)	1	2	3	4	5	6	7
3. Inserimento nel sistema informatico dei dati inerenti il processo di approvvigionamento e/o i consumi dei materiali utilizzati nella UO	1	2	3	4	5	6	7

Area 9 – Comunicazione

Indicare, secondo la sua opinione e con riferimento all'ambito di sua competenza, quale rilevanza assumono le tipologie di comunicazione indicate

	Scarsa rilevanza						Elevata rilevanza
1. Comunicazione all'interno dell'équipe coordinata	1	2	3	4	5	6	7
2. Comunicazione con altre figure professionali presenti nella UO/DAI	1	2	3	4	5	6	7
3. Comunicazione con uffici trasversali	1	2	3	4	5	6	7
4. Comunicazione tra la sua UO e le altre UO dell'Azienda							

Area 10 – Tempo dedicato alle singole funzioni gestionali

Indicare il tempo da Lei dedicato, espresso in percentuale, alle seguenti funzioni gestionali:

1. Attività operativa/assistenziale	%
2. Organizzazione e gestione e sviluppo del personale	%
3. Gestione delle scorte	%
4. Programmazione e controllo attività e valutazione della qualità	%
5. Sistemi informativi, comunicazione interna e problem solving (risoluzione di problemi come gestione dei conflitti intraorganizzativi, emergenze, ecc.)	%
Totale	100%

Le organizzazioni come culture: metodi, tecniche di analisi e applicazione per il settore sanitario

BEATRICE FIORE

The paper is an extensive review of literature about organizations as cultures, considered the relevant contribution that this approach can offer to the understanding of organizational dynamics in the healthcare sector. The main focus is on methodological issues characterizing the specific approach. In this perspectives different methodologies for collecting data and evidences for ethnographic researches as well as for researches on organizational climate are explored and discussed. In particular quantitative approaches are presented and analyzed with an emphasis on their utilization for the comprehension of healthcare organizations. Conclusions underline the importance of appropriate and complementary use of different methodologies, both quantitative and qualitative when trying to understand the life of real organizations.

Keywords: organizations as cultures - methods and techniques of analysis

Parole chiave: organizzazioni come culture - metodi e tecniche di analisi

Note sull'autrice

Beatrice Fiore è docente a contratto di Contesti organizzativi presso il corso di Laurea specialistica in Comunicazione pubblica, sociale e politica e nel Master di II livello in «Politiche e sistemi sociosanitari: organizzazione, management e coordinamento», presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi di Napoli «Federico II»

1. Premessa

In questo articolo saranno trattati i principali *profili metodologici* riguardanti l'analisi delle organizzazioni come culture.

In particolare, lo scopo del presente contributo è individuare e discutere i metodi e gli strumenti di indagine della cultura e del clima organizzativo, con attenzione al contesto delle aziende sanitarie.

Come si evince dalla letteratura (Pettigrew, 1979; Alvesson, Berg, 1992; Gagliardi, 1995; Bolognini, 2006) ai molti lavori, scritti dagli studiosi per definire il concetto di cultura organizzativa, non corrisponde una razionalizzazione integrata e condivisa di modelli, metodi e strumenti per la raccolta, l'analisi e la scrittura dei dati, ovvero per una ricerca organizzativa fondata oltre che teoricamente, anche metodologicamente.

Tuttavia, è possibile individuare a questo proposito due distinti approcci: il primo è l'approccio *etnografico*, che tende a considerare la cultura di un'organizzazione in una prospettiva essenzialmente simbolica; il secondo riguarda un approccio di tipo *quantitativo*, tendente a consentire, attraverso l'individuazione di indicatori, l'analisi quantitativa delle organizzazioni.

Si può affermare che, qualunque siano i presupposti epistemologici cui si fa riferimento e, conseguentemente, qualunque siano le metodologie adottate, l'analisi culturale di un'organizzazione può rivelarsi particolarmente importante nel caso in cui si ipotizzi che il sistema di valori e credenze che orienta

SOMMARIO

1. Premessa
2. L'approccio etnografico
3. L'approccio quantitativo
4. Metodologia e strumenti di ricerca sul clima organizzativo
5. Conclusioni
6. Appendice 1
7. Appendice 2
8. Appendice 3

il comportamento degli attori sociali rappresenta un fattore determinante per il compimento di determinati processi organizzativi. In questo contributo, ci si riferisce soprattutto alle aziende sanitarie, in cui la qualità e l'efficacia dei servizi resi, ovvero il perseguimento delle finalità istituzionali, dipendono in modo evidente dalla motivazione, dal coordinamento e dalle competenze delle persone che erogano tali prestazioni (De Pietro, 2006). Pertanto, le condizioni di efficienza e di economicità nella gestione non possono prescindere da un'adeguata valorizzazione delle risorse umane. In tal senso, l'approccio teorico scelto – che guarda alla «cultura» e al «clima» organizzativo come fattori determinanti del funzionamento organizzativo – risulta utile nell'ambito di una strategia finalizzata al cambiamento dell'organizzazione fondata su una rimodulazione delle relazioni delle persone che lavorano al suo interno.

È necessario sottolineare che al centro dell'analisi vi sono le interazioni fra soggetti. La cultura organizzativa esiste non nei processi cognitivi delle singole persone, ma nelle interazioni che si sviluppano tra gli individui. L'approccio culturale, infatti, parte esplorando le dinamiche attraverso cui si produce una coscienza condivisa, coscienza di come le dinamiche sociali si ripetano sino a divenire significative per l'organizzazione. Il clima organizzativo si crea proprio in queste dinamiche: nell'interazione tra i membri dell'organizzazione, in cui nasce e si rigenera ogni volta. Il clima organizzativo, dunque, rappresenta l'insieme delle percezioni comuni ai membri del gruppo riguardo al sistema di valori, credenze e aspettative dell'organizzazione; ovvero, rappresenta l'espressione tangibile di tali aspetti della cultura. Pertanto, come è stato analizzato in un recente contributo (cfr. Fiore, 2007) – nel quale si è tentato di costruire un profilo teorico sistematico della teoria sociale intorno ai temi suddetti riconducendo l'analisi del «clima organizzativo» all'interno delle teorie sulla cultura organizzativa – si può affermare che uno studio contemporaneo di cultura e clima possa essere auspicabile, se si considera il clima come un potente indicatore della cultura.

Nella prospettiva culturale il clima penetra la realtà organizzativa, mentre la cultura, si trova a un livello più profondo della coscienza degli individui, ma una comprensio-

ne vera dell'agire organizzativo non avrebbe senso, se non tenesse conto di entrambi i livelli di analisi.

Il coinvolgimento diretto degli operatori può, infatti, a parità di altri fattori, aumentare la probabilità che il cambiamento della realtà lavorativa si verifichi effettivamente e produca i risultati attesi. Come afferma Hofstede e collaboratori (1990) e Schein (1990), senza il concetto di cultura non si può capire davvero il cambiamento e le resistenze ad esso che ne conseguono. Tanto più si è coinvolti nell'aiutare le organizzazioni a progettare le loro strategie di maggior rilievo, specie quelle nell'area della gestione delle risorse umane, tanto più sarà importante l'abilità nell'assisterle a interpretare le loro culture e a comprendere il modo in cui la cultura organizzativa interviene sul funzionamento dell'organizzazione.

Il presupposto è che un servizio di qualità consiste nel servire al meglio il cliente, da quando entra in contatto con l'azienda, e in modo ancora più evidente per le aziende di servizi, fino al momento in cui viene dimesso. Un servizio con queste caratteristiche può essere prestato solo da operatori soddisfatti, fiduciosi, coesi e produttivi; operatori che si sentono considerati dall'organizzazione di appartenenza come risorse di valore e che possono così, a loro volta, considerare i clienti come risorsa di valore (Fiore, 2008).

Segue, pertanto, una trattazione dei due approcci – quello etnografico e quello di tipo quantitativo – e l'illustrazione dei principali rispettivi strumenti metodologici; per gli aspetti tecnici si vedano le appendici.

2. L'approccio etnografico

Il metodo per approfondire la conoscenza della cultura di un'organizzazione raccomandato da Schein (1990, 1999) è quello qualitativo. Si parte dal presupposto che ogni organizzazione ha una propria cultura specifica e che non ci sono criteri per ricondurla a categorie predefinite. Capire una cultura, secondo l'autore, significa adottare un approccio clinico ed etnografico per identificare chiaramente il tipo di dimensioni e di variabili che possono portare a misurare empiricamente e a verificare ipotesi più precise. Sino a quando non si avrà una comprensione più elevata dei processi culturali, sostiene ancora Schein

(1990), la cosa migliore è, probabilmente, lavorare con approcci qualitativi alla ricerca che combinino metodi di lavoro sul campo derivati dall'etnografia con i metodi dell'intervista e dell'osservazione derivati dal lavoro clinico e dalla consulenza di processo. È necessario, innanzitutto, osservare le manifestazioni più esteriori, gli artefatti, – il primo dei tre livelli relativi al concetto di cultura organizzativa individuati da Schein (1984) – e cercare di capire se sono espressione autentica di quella cultura. Tuttavia, per approfondire la conoscenza di una cultura, occorre andare oltre l'osservazione delle sue manifestazioni superficiali e cercare di cogliere i significati che le persone attribuiscono alle situazioni che vivono. In questo caso le interviste in profondità con testimoni chiave consentono di ricavare informazioni sul modo di pensare proprio dei membri dell'organizzazione. Questa seconda fase corrisponde alla rilevazione del secondo livello della cultura organizzativa: i valori espressamente dichiarati. Questi coincidono per lo più con i principi generalmente apprezzati e considerati positivi: ad esempio, la qualità dei prodotti e dei servizi e la soddisfazione del cliente sono fra i valori più comunemente affermati (Bolognini, 2006), ed è proprio per questo che, se ci si limita a questo secondo livello, risulta difficile distinguere le organizzazioni e le loro culture. La cultura di un'organizzazione va cercata a un livello ancora più profondo: il terzo, quello che Schein definisce degli *assunti fondamentali* sui quali costruisce la sua definizione di cultura organizzativa: «*La cultura organizzativa è l'insieme coerente di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto e sviluppato imparando ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna, e che hanno funzionato abbastanza bene da poter essere considerati validi, e perciò tali da essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi*» (Schein, 1984).

In altri termini, la cultura è il prodotto di un'esperienza di gruppo, è presente laddove esiste un gruppo stabile che, attraverso un processo di apprendimento organizzativo, ha imparato a dare risposte alle sfide sia interne che esterne all'organizzazione; è quel modo di vedere le «cose» che caratterizza ciascuna organizzazione e che, attraverso i processi di

socializzazione, viene interiorizzato da tutti i membri dell'organizzazione.

Una ricerca di tipo etnografico parte dal presupposto citato da Schein: che ogni organizzazione costituisca un *unicum* e, in quanto tale, vada studiata nel profondo delle sue caratteristiche fondanti. L'etnografia organizzativa, nello specifico, fa riferimento essenzialmente a due aspetti:

- all'esplorazione della natura di un particolare fenomeno sociale all'interno di una realtà organizzata. Tale esplorazione è realizzata dal ricercatore che partecipa in prima persona alla vita e alle attività dell'organizzazione in esame;

- alla ricerca esplicita dell'interpretazione dei significati e delle funzioni delle azioni umane più che della loro quantificazione e analisi statistica.

Il metodo etnografico assegna un ruolo privilegiato all'osservazione come fonte primaria di raccolta delle informazioni. A tale scopo l'etnografo può utilizzare sul campo anche altre fonti di informazione, quali colloqui informali, interviste individuali o di gruppo, materiali documentari. È però prioritario il proposito di osservare le azioni dei soggetti nel loro concreto svolgersi (Gobo, 2001). Per questo motivo nel realizzare la ricerca assume un ruolo fondamentale la relazione di *fiducia (trust)* che si riesce ad instaurare con i membri dell'organizzazione. In tal senso, occorre costruire accanto a una rete di relazioni formali, legata a coloro che hanno permesso al ricercatore di entrare in azienda, anche una rete di relazioni informali, che consenta di ricostruire il significato che gli attori attribuiscono agli eventi. L'analisi del linguaggio – inteso come il più importante artefatto della cultura, in quanto rappresenta la realtà esterna storicamente sperimentata da un gruppo (Schein, 1999) – è un'ulteriore dimensione da indagare. Il lavoro di ricerca sul campo, di fatto, implica una prospettiva analitica di tipo temporale, che concepisce l'organizzazione come un'entità con un passato, un presente ed un futuro.

Una volta definito il ruolo del ricercatore, i luoghi e il periodo di tempo in cui avrà luogo l'osservazione, occorre attivare le fonti dei dati e mettere a punto gli strumenti per la loro raccolta. Le fonti dei dati possono essere

articolate in tre categorie: (a) le *tracce della vita organizzativa*, distinte in artefatti fisici e testi scritti; (b) gli *eventi collettivi*, ovvero le riunioni, gli incontri annuali, le *convention*, i riti, le cerimonie, le celebrazioni di ricorrenze significative, ecc.; (c) i *soggetti* stessi, sia nel loro agire naturale – in tal caso i soggetti sono detti *informatori* – che in situazioni guidate dal ricercatore – in quest’altro caso i soggetti vengono detti *rispondenti*. Gli strumenti di lavoro del ricercatore, relativi alla raccolta dei dati e alle loro fonti, sono sostanzialmente tre (**tabella 1**):

- a) l’analisi del contenuto dei testi scritti;
- b) l’osservazione partecipante;
- c) l’intervista etnografica.

Le documentazioni scritte, che ogni organizzazione produce, rappresentano «tracce fisiche» della cultura che le ha prodotte (Corbetta, 1999), esse rappresentano – benché non sia facile riuscire ad ottenerne l’accesso – un’importante fase preliminare all’analisi dell’organizzazione oggetto di indagine. Nel corso della loro vita istituzionale le organizzazioni, di fatto, producono tutta una serie di documenti che sono in grado di fornire una completa rappresentazione del pezzo di società alla quale appartengono: bilanci, lettere, circolari, organigrammi, elenchi dei soci, denunce dei redditi, verbali di riunioni, relazioni annuali, resoconti finanziari, ecc. Il livello di conservazione e formalizzazione del materiale che si raccoglie, nonché la sua quantità, rappresenta già di per sé dati culturali da annotare accuratamente. Gli *artefatti fisici e visivi*, ovvero i prodotti comunicativi e le espressioni linguistiche degli attori sociali impegnati nelle organizzazioni, sono prodotti dell’azione umana, intenzionali e percepibili attraverso i sensi; essi rappresentano i mezzi attraverso i quali la cultura si esprime, si diffonde e si evolve, nonché i luoghi dove si sedimenta, si cristallizza e si

stratifica (Piccardo, Benozzo, 1996; Schein, 1999).

I vantaggi più evidenti dell’utilizzazione di documenti ai fini della ricerca sociale si possono sintetizzare in tre punti: a) non reattività; b) possibilità di analisi diacronica; c) costi ridotti (Corbetta, 1999). In primo luogo si tratta di informazioni non reattive, nel senso che non risentono dell’interazione ricercatore - intervistati e dei suoi possibili effetti distorcenti. Così il bilancio di un’azienda, una cartella clinica, il verbale di una riunione, ecc. sono documenti che, pur dando una visione particolare della realtà studiata, sono tuttavia esenti da alterazioni dovute all’atto della rilevazione. Il secondo vantaggio sta nel fatto che attraverso l’analisi dei documenti si può studiare anche il passato. Quanto al terzo vantaggio, per definizione l’uso dei documenti non comporta costi di produzione dell’informazione (come per esempio nel caso di un’intervista), in quanto si tratta di utilizzare del materiale già prodotto.

Sono, però, evidenti anche gli svantaggi legati all’uso dei documenti, che è possibile riassumere in: a) incompletezza dell’informazione; b) ufficialità della rappresentazione. Essendo il documento pre-esistente, il ricercatore deve accontentarsi di quanto in esso è contenuto, anche se risulta incompleto ai fini conoscitivi che si è posto. Quanto al secondo problema, va detto che spesso i documenti non sono rappresentazioni oggettive della realtà istituzionale cui essi si riferiscono, ma ne danno una rappresentazione «ufficiale», che è certamente diversa dalla dimensione personale.

Al pari di ogni altro artefatto, il linguaggio dei testi non è semplicemente il riflesso di un modo strumentale di conoscere e di comunicare ma anche l’espressione di un investimento connesso con la ricerca e la costruzione di significato comune dell’esperienza (Piccardo, Benozzo, 1996).

È possibile individuare tre livelli di analisi del testo: a) *operativa-pragmatica* (Watzlawick, 1971; Ghiglione, Blanchet, 1991; Ghiglione, Trognon, 1993) volta a decodificare i messaggi, e a individuare i codici dell’autore; b) *semantica*, relativa ai prodotti linguistici che rinvia alla presenza di messaggi impliciti oltre che espliciti; c) *interpretativa* (Eco, 1979; Valesio, 1986; Bruner, 1992), dove il ricercatore non è solo un decodifica-

Tabella 1

Riepilogo delle fonti di raccolta dei dati e degli strumenti

Fonte: Piccardo, Benotto, 1996

Fonti	Strumenti	Trascrizioni
I soggetti informanti	Osservazione	Appunti sul campo
I soggetti rispondenti	Intervista etnografica	Protocolli d’intervista
Gli artefatti fisici	Osservazione	Appunti sul campo

tore ma un attore nel processo di costruzione del significato. A partire da questo modello, Piccardo e Benozzo (1996) esplicitano una griglia di lettura attraverso la quale il ricercatore entra in dialogo con il testo. Ci sono domande che attengono alle specificità linguistiche; altre riguardano le specificità lessicali; le specificità strutturali volte alla ricerca della costruzione delle frasi, delle ripetizioni insistenti, della struttura logica, della struttura tematica e, infine, dei contenuti specifici (cfr. Piccardo, Benozzo, 1996).

2.1. L'osservazione partecipante

Il metodo etnografico si compone di due strategie di ricerca: l'osservazione *non partecipante* e l'osservazione *partecipante*.

Nella prima si prescrive il non coinvolgimento diretto del ricercatore, il quale osserverà a distanza le azioni degli attori senza interagire con loro, ad esempio attraverso uno specchio unidirezionale, o con una telecamera puntata da lontano (Bales, 1951; Collet, Marsh, 1974). Chi adotta questa strategia non sembra interessato ad indagare il mondo simbolico dei soggetti ed è preoccupato di non interferire per non influenzarne, con la sua presenza, i comportamenti. Esistono fra i due estremi diversi tipi di partecipazione cui corrispondono diversi gradi di coinvolgimento (Spradley, 1980), anche se Atkinson e Hammersley (1994), sostengono che tutta la ricerca sociale sia una forma di osservazione partecipante dal momento che non si possono studiare i fenomeni sociali senza esserne parte.

Il paradigma cui si riferisce l'osservazione partecipante è quello *interpretativo*. Il ricercatore «scende sul campo», si immerge nel contesto sociale che vuole studiare e interagisce con gli attori sociali, ne condivide la quotidianità, li interroga, al fine di *comprendere* le concezioni del mondo e le motivazioni all'agire.

La specificità dell'osservazione partecipante consiste nel fatto di avere luogo in un ambiente naturale, essere inevitabilmente intrusiva e avere tra i suoi oggetti l'interazione sociale. L'osservatore entra, infatti, a far parte della comunità che lo ospita temporalmente e, come è stato già detto, avrà accesso alla vita di quella organizzazione in funzione della relazione di fiducia (*trust*) che riuscirà

a stabilire, a partire dalla sua identità di ricercatore.

L'osservazione partecipante si può definire come una strategia di ricerca nella quale il ricercatore si inserisce in maniera diretta e per un periodo di tempo relativamente lungo in un determinato gruppo sociale preso nel suo ambiente naturale, instaurando un rapporto di interazione personale con i suoi membri, allo scopo di descriverne le azioni e di comprenderne, mediante un processo di immedesimazione, le motivazioni (Corbetta, 1999). Il processo di immedesimazione è realizzabile solo attraverso una piena e completa partecipazione alla quotidianità degli attori sociali studiati, in un'interazione continua e diretta con essi. In questo processo di coinvolgimento, però, il ricercatore deve riuscire a mantenere un equilibrio fra due prospettive: *coinvolgimento* e *distacco*, equilibrio che gli permette di svolgere adeguatamente il lavoro scientifico (Gobo, 2001). Di fatto, se un'eccessiva distanza impedisce la comprensione, anche l'immedesimazione completa può essere un ostacolo, in quanto la peculiarità del ricercatore sta nel saper portare nella situazione studiata interrogativi che nascono dalla sua cultura e dalla sua esperienza (Corbetta, 1999), in modo da far emergere aspetti dei quali gli intervistati stessi non hanno consapevolezza. Dal punto di vista pratico e professionale, afferma Duranti (1992), una totale immedesimazione è impossibile, poiché il dover riflettere, prendere appunti, fare domande, ecc., impediscono di essere completamente dentro alla cultura che si vuole studiare.

Va detto che questa tecnica non procede secondo un itinerario lineare, l'osservazione partecipante, di fatto, risulta una tecnica difficilmente codificabile. Essa si configura piuttosto come un'esperienza la cui successione dipende essenzialmente dalla complessa interazione, ogni volta nuova, che si realizza sul campo tra ricercatore, problema studiato, soggetti studiati.

È importante, a questo punto, mettere in evidenza anche le numerose difficoltà relative all'osservazione partecipante cui bisogna prestare la dovuta attenzione: le restrizioni all'accesso e all'interazione; le proprie trasfigurazioni; l'ignoranza degli effetti di disturbo; l'inconsapevolezza dei propri assunti e delle proprie priorità rispetto a quelle

degli intervistati; le difficoltà di riconoscere le menzogne e le informazioni distorcenti, quelle omesse o occultate.

Le osservazioni alla base delle interpretazioni debbono essere ripetute nel tempo per evitare che si facciano interpretazioni precoci. Le proprie ipotesi debbono essere sempre controllate, sottoposte a confutazioni più che a verifiche, procedendo a una loro ricalibratura, annotando ogni elemento della propria osservazione e prestando particolare attenzione a non assumere le opinioni degli intervistati come interpretazioni.

Riconoscere la soggettività dell'osservazione e i rischi che questa comporta significa riconoscere che ogni osservatore guarda ai fatti da uno dei punti di vista da cui è possibile considerarli. La soggettività, se cosciente e dichiarata, può essere una risorsa e un contributo conoscitivo molto importante. In questo contesto, il confronto con gli altri membri dell'*équipe* di ricerca diventa fondamentale, poiché impone all'osservatore di argomentare e giustificare le proprie opinioni e, quindi, di superare tutte quelle impressioni momentanee e soggettive. Ciò, naturalmente, non significa che si debba eliminare la soggettività, ma che essa va controllata. In tale prospettiva la soggettività dell'interazione e perciò dell'interpretazione è proprio una delle caratteristiche della tecnica; sono *cercati* coinvolgimento e immedesimazione, mentre oggettività e distanza, che sono i presupposti degli approcci di derivazione neopositivista, non sono considerati più dei valori (Corbetta, 1999).

2.2. L'intervista etnografica

Lo strumento dell'intervista etnografica, nella visione costruttivista, concepisce sia l'intervistato che l'intervistatore come soggetti che costruiscono attivamente il loro mondo cognitivo e producono una versione del mondo sociale che tentano di capire insieme (Spradley, 1979). L'ipotesi costruttivista, sostiene la necessità di abbandonare l'illusione positivista dell'*oggettività* e di accettare il carattere costruttivo dell'interazione con l'intervistato. Il metodo migliore considerato da Piccardo e Benozzo (1996) è quello dell'intervista non strutturata o semi-strutturata, possibilmente preceduta da un lavoro di analisi dei testi e di osservazione.

L'intervista in questo caso è considerata un evento sociale basato sulla reciproca osservazione partecipante. Il contesto è ritenuto fondamentale per capire e interpretare i dati ottenuti.

Le interviste etnografiche si differenziano per diversi aspetti dalle interviste discorsive classiche. Innanzitutto, nell'intervista etnografica intervistatore e intervistato si conoscono già e hanno avuto modo di conversare in precedenza. Questo contribuisce a creare un clima e una situazione emotiva diversi. In secondo luogo le interviste non sono necessariamente programmate, ma possono svolgersi all'improvviso, nel corso dell'osservazione partecipante. Inoltre, esse possono risultare più brevi e focalizzate su argomenti più circoscritti. L'intervista etnografica, svolta all'inizio di una ricerca, può essere utilizzata come strategia per essere accettati e per instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione con i membri dell'organizzazione (Gobo, 2001).

2.3. L'analisi del materiale etnografico

L'analisi dei dati dell'osservazione partecipante è un processo continuo, che in parte si sviluppa nel corso della stessa interazione. Secondo alcuni autori (Glaser, Strauss, 1967; Wiseman, 1970; Spradley, 1980) le due fasi non sono separate ma fanno parte di un processo circolare in un'interazione reciproca. È questa l'impostazione di fondo che fa capo alla *grounded theory*, la quale sostiene che concetti e ipotesi non devono precedere la rilevazione in quanto la teoria è radicata nella realtà osservata e compito del ricercatore è quello di scoprirla. Di conseguenza l'analisi dei dati man mano che procede ritorna su elementi osservativi già analizzati, per rileggerli alla luce di nuove informazioni acquisite.

Passando agli aspetti più operativi, la prima fase relativa all'analisi del materiale empirico è costituita dalla *descrizione*, che assume nell'osservazione partecipante il carattere pieno di prodotto scientifico. La descrizione nell'osservazione partecipante non è solo il resoconto sensoriale del ricercatore, ma si configura come una descrizione densa, una *thick description*, arricchita del significato che spesso non è univoco in quanto il ricercatore si trova di fronte a una molteplicità

di strutture concettuali complesse. Per cui la stessa descrizione è un racconto dalla trama complessa, che offre diversi livelli di lettura (Geertz, 1983).

A ciò va aggiunto il fatto che la descrizione dell'osservatore partecipante non è fatta del solo racconto che egli ha visto. È una vera e propria *costruzione* dove si comincia a riaggregare il diverso materiale raccolto e ad interpretarlo (Spradley, 1980; Hodder, 1994), fino a penetrarne il senso (Geertz, 1973).

Il problema è mantenere un adeguato livello di complessità, ovvero fare in modo sia di non essere sommersi dai dati, sia di non rendere sterile il processo di elaborazione degli stessi affrettando razionalizzazioni.

Questo processo di traduzione delle informazioni raccolte e osservate implica l'andare oltre la descrizione dei dati attivando un passaggio da un primo livello, che attiene alla raccolta e all'osservazione di dati operativi, a un secondo livello relativo alla rappresentazione e all'interpretazione dei dati da parte del ricercatore, sulla base dell'incontro tra le sue strutture di senso e quelle degli indagati (Van Maanen, 1979). Tutto ciò si realizza attraverso la creatività del ricercatore ed è caratterizzato, in genere, da una fase di caos. I concetti di secondo livello rappresentano un nuovo ordine che deve essere utile a promuovere una teoria locale di limitata applicabilità, ma rilevante nel contesto in cui i dati sono stati forniti (Geertz, 1983; Agar, in Piccardo, Benozzo, 1996).

Il passaggio successivo alla descrizione attiene alla *classificazione* del materiale etnografico in base al criterio di somiglianza/dissomiglianza. L'obiettivo della classificazione è quello di decostruire gli eventi e le azioni osservate, segmentandoli in una serie di concetti e individuando sequenze temporali. Nell'osservare, il ricercatore coglierà delle ricorrenze nel tempo così come delle similitudini fra diversi oggetti sociali che gli permetteranno di costruire delle classificazioni.

Un passo successivo è quello dell'individuazione delle dimensioni della classificazione: individuazione di *tipi* e costruzione di *tipologie*. Questo modo di procedere, individuato da molti autori (cfr. Lofland, 1971; Spradley, 1980; Hammersley, Atkinson, 1983), ha l'obiettivo di trovare degli itinerari di sintesi delle informazioni con-

divisi dai ricercatori. D'altra parte, questa è anche la soluzione suggerita nell'approccio interpretativo di ispirazione weberiana (Corbetta, 1999), con la formulazione del concetto di *tipo ideale*, evidenziando tuttavia la dovuta distinzione. Il tipo ideale weberiano è un'astrazione teorica, anche se stimolata dall'esperienza per poi essere *purificata*, mentre la tipologia e i tipi di cui si sta parlando attengono alla classificazione di dati empirici. La *tipologia*, nel contesto dell'analisi dei dati, è legata alla realtà empirica rilevata, anche se la scelta delle variabili che la definiscono e l'interpretazione dei *tipi* sono guidate dalla teoria. In questo caso la realtà non è semplicemente descritta, ma viene interpretata, letta, analizzata e alla fine ricomposta e sintetizzata a partire dalle categorie classificatorie o dai tipi individuati (Marradi, 1992; Corbetta, 1999).

Il lavoro etnografico presenta, come qualunque metodologia analitica, vantaggi e svantaggi. È indubbio che un'analisi svolta con queste premesse consente una conoscenza profonda e irripetibile dell'organizzazione e, soprattutto, restituisce una descrizione densa – una *thick description* (Geertz, 1983) – che tenta di comprendere la cultura organizzativa in tutte le sue espressioni, sia a livello di artefatti che di valori e credenze, che di assunti fondamentali. È forse lecito affermare che solo attraverso queste descrizioni profonde è realmente possibile giungere al cuore di una cultura, ai suoi *assunti fondamentali*, anche di quelli di cui i membri dell'organizzazione non sono consapevoli.

In generale, possiamo affermare che la scelta delle metodologie d'analisi da adottare è una questione legata a vari fattori, tutti ugualmente influenti per l'impostazione della ricerca e per i suoi risultati: le basi epistemologiche di riferimento; le esigenze conoscitive della ricerca; le finalità della ricerca stessa; la disponibilità di risorse. Un ricercatore che intenda avviare lo studio di una cultura organizzativa dovrà necessariamente tenere conto di questi elementi, qualunque sia la metodologia che adotterà in seguito.

Queste riflessioni hanno identico valore anche nel caso di ricerche che utilizzino metodologie di tipo quantitativo.

3. L'approccio quantitativo

A partire dall'inizio degli anni novanta, alcuni autori (Ouchi, Wilkins, 1985; Hofstede, Neuijen, Ohayv, Sanders, 1990; Denison, 1996; Chatman, 1998; Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003) hanno cominciato a considerare valida la possibilità che la cultura organizzativa fosse studiata con metodologie quantitative e non più, solo ed esclusivamente, con gli strumenti tipici della ricerca etnografica. Tale scelta nasceva dall'esigenza di rendere i risultati delle ricerche quanto meno confrontabili, ed è apparsa, in un primo momento, come totalmente in contrasto con quanto affermato fino a quel momento. È pur vero che l'idea stessa di cultura organizzativa era nata in contrasto con tutto quanto fosse direttamente o indirettamente riconducibile al paradigma funzionalista e contingentista e, quindi, anche in aperta critica nei confronti di metodologie essenzialmente quantitative fondate sulla *certezza* degli indicatori statistici.

In un noto lavoro degli anni novanta, Hofstede *et al.* (1990) hanno avanzato una proposta circa un modo appropriato per misurare la cultura organizzativa, con il progetto di uno strumento di misura, evidenziando alcune caratteristiche emerse dall'esame di un campione di venti aziende, dieci olandesi e dieci danesi. Il questionario utilizzato era costituito da domande che riguardavano in parte i valori e in parte le pratiche organizzative. Attraverso l'analisi dei dati emerse un risultato importante (Bolognini, 2006): mentre le risposte riguardo ai valori non evidenziavano grandi differenze fra le organizzazioni, nelle risposte sulle pratiche di gestione organizzativa tali differenze emergevano in modo rilevante. Le conclusioni di Hofstede e collaboratori, ribadite in altri saggi pubblicati successivamente (Hofstede, Bond, Luk, 1993; Hofstede, 1999), hanno messo in evidenza che è possibile misurare la cultura delle organizzazioni, ma per cogliere le differenze fra queste culture è necessario analizzare le pratiche organizzative così come vengono percepite e interpretate dai soggetti che operano quotidianamente nell'organizzazione piuttosto che limitarsi alla valutazione della cultura sulla base dei valori dichiarati dai più alti dirigenti e/o dagli stessi fondatori.

I risultati di queste ricerche mostrano che i metodi basati su strumenti di rilevazione standardizzati, come i questionari, consentono di individuare alcuni aspetti rilevanti della cultura organizzativa, ma non possono cogliere aspetti particolari di una specifica realtà che invece emergono con i metodi di ricerca qualitativi.

Considerato ciò, si analizzano ora alcuni aspetti dell'applicazione di metodologie di ricerca quantitativa allo studio delle culture organizzative. A tale scopo si farà essenzialmente riferimento agli articoli di Scott, Mannion, Davies e Marshall (2003), Hofstede, Neuijen, Ohayv, Sanders (1990) e Denison (1996).

Scott e colleghi hanno realizzato un importante lavoro di analisi e classificazione dei principali strumenti quantitativi disponibili per la misurazione della cultura organizzativa e la valutazione del cambiamento culturale, in particolare in ambito sanitario. Nel corso di questo lavoro è stata condotta una ricerca sulla letteratura, utilizzando una serie di canali tematici e motori di ricerca specializzati (*MedLine, Cinahl Helms, Psychlit, Dhddata, King's found database*), con l'utilizzo del termine «cultura organizzativa».

L'indagine effettuata ai fini di questo contributo si è concentrata sugli strumenti, in particolare su quelli in grado di rilevare dati in ambiente sanitario. Per ogni strumento sono state esaminate le dimensioni della cultura estratte, il numero di *item* per ogni questionario, le scale di misura adottate, esempi di studi che si sono avvalsi di tali strumenti, le proprietà scientifiche, i loro punti di forza e debolezza (si vedano le tabelle 2 e 3 e l'appendice 1). I principi che hanno guidato la scelta degli strumenti analizzati sono quattro:

- lo strumento doveva essere di tipo quantitativo;
- doveva avere un buon livello di validità per stimare l'ampia gamma di dimensioni della cultura, tra cui *leadership, comunicazione, lavoro di gruppo, impegno per l'innovazione, attitudine al cambiamento*, e inoltre lo strumento doveva risultare in grado di stimare i diversi strati della cultura, artefatti, valori e assunti;
- priorità è stata data a quegli strumenti per i quali erano disponibili dati sulla vali-

dità statistica e credibilità come strumenti di misura;

– priorità per gli strumenti utilizzati in ambito sanitario.

Dall'analisi degli strumenti si evince che:

a) gli strumenti di misurazione adottano o un approccio tipologico (in cui la stima risulta in uno o più tipi di cultura organizzativa), o un approccio dimensionale (che descrive una cultura in base alla sua posizione su un certo numero di variabili continue);

b) solo alcuni degli strumenti hanno forti basi teoriche;

c) gli strumenti hanno obiettivi differenti: alcuni si concentrano su aspetti particolari di una cultura, altri cercano di valutare il fenomeno in maniera più ampia;

d) non tutti gli strumenti hanno lo stesso potenziale in termini di valutazione di espressioni profonde della cultura: in pratica, molti questionari si limitano a domande di tipo superficiale, che mirano a valutare le percezioni dei soggetti, pochi valutano i valori, e nessuno si spinge al livello degli assunti;

e) non tutti gli strumenti vengono utilizzati allo stesso modo in ricerche empiriche e la loro validità e credibilità non sono sempre state valutate allo stesso modo.

Il *Competing Values Framework* (tabella 2) (Cameron, Freeman, 1991) costituisce un esempio di approccio tipologico, in quanto caratterizza la cultura in quattro possibili tipi: *Clan*, *Gerarchica*, orientata al *Market* e *Adhocratica*. Questo questionario è stato realizzato partendo dal modello degli archetipi psicologici di Jung, cui in seguito è stata affiancata un'analisi dei valori condivisi dagli individui riguardo alle performance organizzative. Il *Quality Improvement Implementation Survey* (QIIS) (tabella 2), è stato originariamente sviluppato nel 2000 da Shortell *et al.* ed è ritenuto in letteratura uno dei migliori strumenti fino ad oggi realizzati per la rilevazione della cultura organizzativa. Questo strumento, inoltre, è stato sviluppato appositamente per le organizzazioni sanitarie e si è rivelato valido per gli studi in questo settore.

Nella concezione degli autori di questo strumento il clima organizzativo occupa una posizione importante quale indicatore deter-

minante della cultura di una organizzazione: esso, infatti, compare tra i quattro elementi organizzativi presenti in ogni cultura: *clima di gruppo*, *stili di leadership*, *sistemi di appartenenza* e *obiettivi dell'organizzazione*.

Il QIIS è stato utilizzato in una recente indagine condotta in Italia (Fiore, 2008), dopo essere stato tradotto e adattato al contesto del Ssn italiano.

L'indagine in questione ha coinvolto tre ospedali di Napoli, uno pubblico, uno privato *non profit* e un ospedale privato *profit*. Il campione di somministrazione di 90 operatori, era composto da medici e infermieri, ed estratto attraverso un procedimento di selezione casuale equidistribuita tra strutture e reparti. Uno dei fattori critici emerso dall'analisi dei dati è che il successo a lungo termine dei processi di cambiamento dipende, in buona parte, dal livello di adesione al cambiamento da parte degli operatori. Allo stesso modo, l'adesione dipende in modo significativo dal livello di fiducia (*trust*) che la *leadership* riesce a costruire. Di fatto, dai dati è emerso che la fiducia rappresenta – per la maggioranza del campione – la base della coesione nell'ospedale (cfr. Fiore, 2008).

Sia il *Competing Values Framework* (C.V.F.) che il Q.I.I.S. sono stati utilizzati in molte ricerche, in ambiti differenti e testati da più autori; in tal senso la loro affidabilità pare essere molto alta.

L'*Harrison Organizational Ideology Questionnaire* (tabella 2) è anch'esso «tipologico», ma pone attenzione ai fattori ideologici retrostanti le culture. Entrambi i questionari sono stati applicati in svariati ambiti e sono stati sviluppati successivamente da altri autori.

Un esempio di questionario che utilizza un approccio «dimensionale» è fornito dal *Hospital Culture Questionnaire* (tabella 2), in cui la cultura organizzativa si «posiziona» in base ad una serie di variabili continue che vengono rilevate in ambito organizzativo.

In generale, la ricerca di Scott, Mannion, Davies e Marshall (2003) ha individuato 13 strumenti di rilevazione in grado di soddisfare i criteri di inclusione presi in considerazione. Gli strumenti sono risultati essere molto differenti per teorie di base, *format*, scopi e proprietà scientifiche. Per chi voglia studiare la cultura organizzativa nel sistema sanitario, così come anche in altri ambiti, sono dispo-

Tabella 2

Strumenti per la misurazione della cultura organizzativa utilizzati in ambito sanitario*

Fonte: Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003

Nome e riferimenti chiave	Dimensioni della cultura e misure dei risultati	N. degli item	Caratteristiche delle scale di misura	Esempi di usi in ambito sanitario	Punti di forza	Punti di debolezza	Commenti
Competing Values Framework (Cameron, Freeman, 1991; Gerowitz <i>et al.</i> , 1996; Gerowitz, 1998)	Le dimensioni chiave sono: il clima di gruppo, lo stile di leadership, i sistemi di appartenenza e la scelta degli obiettivi prioritari . La stima si risolve in 4 differenti tipi di cultura, descritti come: clan, adhocracia, gerarchica, market . Ogni organizzazione solitamente ha più di uno di questi tipi di cultura	16	Scenari riassuntivi descrivono le caratteristiche principali di ogni tipo di cultura. I rispondenti dividono 100 punti tra questi scenari, in base a quanto questi sono simili alla propria organizzazione	Questo questionario è stato applicato ai <i>top manager</i> di 265 ospedali in Inghilterra, negli Stati Uniti e in Canada	È semplici e veloce da completare, alta validità, è stato utilizzato in vari studi in ambito sanitario, ha forti basi teoriche, valuta sia la conformità che la forza di una cultura	Limitata classificazione di tipi organizzativi	Originariamente è stato sviluppato per essere utilizzato per analizzare organizzazioni scolastiche
Quality Improvement Implementation Survey (Shortell <i>et al.</i> , 2000)	Le dimensioni chiave sono: il carattere dell'organizzazione, lo stile manageriale, la coesione, la scelta degli obiettivi, le remunerazioni. La stima si risolve in 4 differenti tipi di cultura, descritti come: di gruppo, rivolta allo sviluppo, gerarchica, razionale	20	Scenari riassuntivi descrivono le caratteristiche principali di ogni tipo di cultura. I rispondenti dividono 100 punti tra questi scenari, in base a quanto questi sono simili alla propria organizzazione	È stato utilizzato per valutare la relazione tra cultura e implementazione del <i>TQM (Total Quality Management)</i> in 16 ospedali (Shortell <i>et al.</i> , 2000), ed esamina la relazione tra l'implementazione e la propria organizzazione	È semplici e veloce da completare, alta validità, è stato utilizzato in vari studi in ambito sanitario, aggiunge una dimensione extra della medicina e cultura basate sull'evidenza	Limitata classificazione di tipi organizzativi	Si basa prettamente sul <i>Competitive Values Framework</i> , ma alcuni termini sono stati modificati per risultare più rilevanti in ambito sanitario
Organizational Culture Inventory (Cooke, Lafferty, 1987; Thomas <i>et al.</i> , 1990; Seago, 1997; Ingersoll <i>et al.</i> , 2000)	Norme ed aspettative condivise, che guidano il pensiero ed il comportamento dei membri del gruppo, si risolvono in 12 stili di pensiero degli individui all'intero del gruppo: umanistico-collaborativo, associativo, che cerca approvazione, convenzionale, dipendente, risolutivo, oppositivo, di potere, competitivo, competente-perfezionista, rivolto all'impresa, rivolto alla realizzazione di sé. L'analisi di questi 12 stili di pensiero si risolve in tre fattori: cultura rivolta alla sicurezza personale, cultura rivolta alla soddisfazione, cultura rivolta alla sicurezza del compito	120	Scale Likert a 5 punti	Vari	Alta validità, largamente utilizzato, fornisce un'illustrazione grafica dei risultati	L'analisi restituisce un limitato numero di aspetti della cultura, l'impressione iniziale è che il questionario sia lungo e complesso, è coperto da <i>copyright</i> e può essere costoso	È stato utilizzato in svariati settori
Harrison's Organizational Ideology Questionnaire (Harrison, 1975; Ott, 1989; Litwinenko, Cooper, 1994)	Valuta l'ideologia dell'organizzazione in termini di orientamento verso il potere, i ruoli, i compiti e gli individui	15	I rispondenti classificano 4 affermazioni per ogni <i>item</i> in base a quanto risultano rappresentative riguardo l'organizzazione e riguardo le credenze e le attitudini proprie del rispondente stesso	È stato utilizzato per valutare le implicazioni culturali del cambiamento organizzativo in Inghilterra (Litwinenko, Cooper, 1994)	Buona validità, cerca di rilevare sia la cultura esistente che quella preferibile	Limitato numero di tipi di cultura	È stato largamente utilizzato in svariati settori, molto forte teoricamente

segue Tabella 2

Strumenti per la misurazione della cultura organizzativa utilizzati in ambito sanitario*

Fonte: Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003

Nome e riferimenti chiave	Dimensioni della cultura e misure dei risultati	N. degli item	Caratteristiche delle scale di misura	Esempi di usi in ambito sanitario	Punti di forza	Punti di debolezza	Commenti
Hospital Culture Questionnaire (Sieveking, Bellet, Marston, 1993)	Valuta le opinioni dei lavoratori in otto differenti dimensioni: supervisione, attitudini del lavoratore, importanza del ruolo, immagine dell'ospedale, competitività, benefici per lo staff, coesione, capacità lavorativa	50	Scale a 6 punti	Utilizzato in ospedali privati in Inghilterra. (Sieveking, Bellet, Marston, 1993)	È stato sviluppato per l'uso in ambito sanitario	Sviluppato per il settore privato bisognerebbe applicarlo nel settore pubblico, ma è coperto da <i>copyright</i>	Sviluppo limitato dopo lo studio iniziale
Nursing Unit Cultural Assessment Tool (Coeling, Simms, 1993; Rizzo, Gilman, Mersmann, 1994; Goodridge, Hack, 1996; Seago, 1997)	Comportamenti preferiti dall'individuo e dal gruppo, classificati dai rispondenti come quei comportamenti che loro stessi preferiscono in confronto a quelli che tipicamente si riscontrano all'interno dell'unità lavorativa	50	Scale Likert a 4 o 6 punti	Unità infermieristiche	Valutazione dettagliata di un gruppo all'interno dell'organizzazione	Si limita alla valutazione di un solo gruppo di comprimari	Utile per la valutazione di una cultura professionale, ma meno buono per la cultura organizzativa
Practice culture Questionnaire (Stevenson, 2000)	Attitudine a e implicazione con l'aumento della qualità e resistenza al cambiamento	25	Scale a 5 punti	Analisi pilota in 110 unità di primo intervento in Inghilterra	Valutazione dettagliata incentrata sulle unità di primo intervento	Origine degli <i>item</i> è poco chiara, non è sicuro che sia utilizzabile al di fuori dell'Inghilterra, esamina solo manifestazioni superficiali della cultura	È stato sviluppato di recente ed è ancora in fase di studio
MacKenzie's Culture Questionnaire (MacKenzie, 1995)	Incarichi dei lavoratori, attitudini e credenze riguardo l'innovazione, attitudini al cambiamento, stili riguardo la risoluzione dei conflitti, stili di direzione, confidenza con la <i>leadership</i> , apertura e fiducia, lavoro di gruppo e cooperazione, orientamento all'azione, orientamento verso le risorse umane, orientamento al cliente, direzione organizzativa	76	I rispondenti indicano tutte le affermazioni che ritengono siano vicine alla loro organizzazione	Un solo studio	Semplice da completare	L'origine degli <i>item</i> è poco chiara, non sono note le proprietà scientifiche	Realizzato per valutare specifiche unità all'interno dell'ospedale
Survey of Organizational Culture (Tucker, McCoy, Evans, 1990).	Descrive la cultura in termini di 13 dimensioni: orientamento verso i clienti, orientamento verso i dipendenti, congruenza tra i dipendenti, impatto della missione, profondità-maturità manageriale, processi decisionali-autonomia, comunicazione-apertura, scale umane, incentivi-motivazione, cooperazione vs. competizione, congruenza organizzativa, performance sotto pressione, teoria S - teoria T	55	Scale a 5 punti	Applicato all'interno di 3 ospedali negli Stati Uniti (Tucker, McCoy, Evans, 1990)	È stato condotto un lavoro qualitativo dettagliato come parte dello sviluppo, è stato usato sia in ambito pubblico che privato	È stato utilizzato solo negli U.S.A. e principalmente su dirigenti anziani, piuttosto che su tutti i dipendenti	È stato usato sia in ambito sanitario che non

* La discussione dei questionari presentati in tabella è rimandata alle appendici metodologiche.

nibili svariati strumenti con differenti caratteristiche.

La scelta dello strumento dovrà partire dalla valutazione di come la cultura organizzativa viene concettualizzata dal *team* di ricerca, dagli scopi della ricerca, dagli usi che si intende fare dei risultati e dalle risorse disponibili. Uno strumento che risulti essere valido in una determinata ricerca, infatti, potrebbe dimostrarsi fallace se applicato in un altro ambito. Inoltre, secondo il settore professionale che si intende analizzare, sarà possibile inserire domande prettamente attinenti a quell'ambito. Come suggerisce Scott (2003), un utile contributo all'analisi culturale potrebbe derivare dall'utilizzo di metodologie differenti per l'approfondimento del costruito. L'idea dell'autore è che approcci quantitativi e qualitativi possano coesistere per sviluppare una comprensione più approfondita della cultura a tutti i suoi livelli. In particolare, afferma Scott (2003), metodi differenti potranno essere validamente utilizzati per analizzare differenti strati della cultura. Per esempio, le manifestazioni super-

ficiali della cultura e gli artefatti potrebbero essere esaminati attraverso l'osservazione; i valori potrebbero essere compresi con l'uso di questionari quantitativi; mentre gli assunti fondamentali potrebbero essere esplorati effettuando interviste in profondità.

Un rigoroso approccio multimetodologico potrebbe rivelare aspetti inimmaginati delle organizzazioni. In particolare, sono tre le ragioni che giustificano l'utilizzo di un approccio multimetodologico:

a) approcci quantitativi e qualitativi possono essere utilizzati in maniera complementare quale supporto nello sviluppo di una più dettagliata comprensione di tutti gli strati di una cultura all'interno di una organizzazione. Inoltre, in tal modo, differenti livelli di una cultura potranno essere testati fra di loro;

b) un approccio multimetodologico può favorire il superamento degli inevitabili limiti di un questionario chiuso e standardizzato;

c) i risultati derivanti dall'analisi qualitativa possono essere utilizzati per raffinare e

Tabella 3

Strumenti potenzialmente utilizzabili per la misurazione della Cultura organizzativa in ambito sanitario

Nome e riferimenti chiave	Dimensioni della cultura e misure dei risultati	N. degli items	Caratteristiche delle scale di misura	Esempi di usi in ambito sanitario	Punti di forza	Punti di debolezza	Commenti
Corporate Culture Questionnaire (Walker, Simon, Davis, 1996)	4 dimensioni principali: performance, risorse umane, processi decisionali, relazioni	69 o 126	Scale tipo Likert a 5 punti	Utilizzato largamente come strumento di consultazione del management (Walker, Simon, Davis, 1996)	Sviluppato sistematicamente analizzando strumenti precedenti	Lungo	Ha alcune potenzialità per l'utilizzo in ambito sanitario, ma commercialmente sono disponibili solo versioni lunghe
Hofstede's Organizational Culture Questionnaire (Hofstede et al., 1990)	Si basa su tre valori: bisogno di sicurezza, importanza del lavoro e bisogno di autorità . All'interno di questi ci sono 6 fattori correlati ad elementi pratici: processo vs. risultati, lavoratori vs. compito, parrocchiale vs. professionale, sistema aperto vs. chiuso, perdita del controllo vs. mantenimento del controllo, normativo vs. pragmatico	135	Scale a 5 punti	Usato nel campo di aziende pubbliche e private in Danimarca e nei Paesi Bassi (Hofstede et al., 1990)	Buone basi teoriche e validità, dei valori e degli elementi pratici	Non viene utilizzato molto nei Paesi a lingua inglese	Potenziale significativo per l'utilizzo nel settore sanitario
Organizational Culture Survey (Glaser, Zamanou, Hacker, 1987)	Individua 6 fattori empirici: lavoro di gruppo e conflitto, clima e morale, flusso di informazioni, coinvolgimento, supervisione, incontri	31	Scale a 5 punti	È stato utilizzato nel settore commerciale e nelle agenzie governative negli USA (Glaser, Zamanou, Hacker, 1987)	Facile da usare, comprende i processi di sviluppo	Individua solo elementi superficiali	Potenziale per l'utilizzo nel settore sanitario

testare le ipotesi che saranno verificate con metodi quantitativi, e inoltre la ricerca qualitativa potrà essere proficuamente utilizzata per esplorare il significato di quanto emerso dall'analisi quantitativa.

Nella pratica questo tipo di ricerca è stato realizzato dal già citato lavoro di Hofstede e collaboratori nel 1990. Il loro progetto, infatti, prevedeva essenzialmente tre fasi d'analisi. Nella prima fase sono state condotte interviste in profondità della durata di due o tre ore, realizzate con gruppi di 9 informatori per volta, per un totale di 180 interviste, con cui i ricercatori hanno conseguito una conoscenza qualitativa dell'organizzazione e in base alle quali hanno poi organizzato la seconda fase. Nella seconda fase sono stati somministrati questionari standardizzati, precedentemente riadattati in base ai risultati delle interviste, i cui risultati sono stati poi successivamente ridiscussi con i soggetti intervistati per ottenere altri elementi qualitativi. Nella terza fase i questionari, seguiti da interviste personali, sono stati utilizzati per aggregare i dati a un livello superiore, di gruppo, in modo da evidenziare i fattori di maggiore importanza, attraverso un'analisi multivariata dei risultati.

È interessante l'affermazione conclusiva di Hofstede in merito ai risultati della sua ricerca: «*crediamo che i nostri risultati contribuiscono alla demistificazione del costrutto di cultura organizzativa, trasformandolo da una moda passeggera in un elemento regolare della teoria e della pratica del management delle organizzazioni*» (Hofstede, 1990, p. 314).

4. Metodologie e strumenti di ricerca sul clima organizzativo

Una differenza, che inizialmente distingueva le ricerche sulla cultura organizzativa da quelle sul clima organizzativo, è l'uso prevalente di metodi qualitativi piuttosto che quantitativi. Questa differenza è oggi molto meno evidenziata e ciò conferma il fatto che, nella pratica, la distinzione fra i due campi di ricerca sta perdendo il suo peso.¹

Dopo gli studi iniziali degli anni cinquanta del secolo scorso le ricerche sul clima hanno privilegiato il metodo di analisi quantitativo,

basato sulla raccolta di dati mediante questionari.

In questo paragrafo si intende affrontare i possibili aspetti applicativi della nozione di clima organizzativo. Per cercare di chiarire alcune delle problematiche rilevabili nello svolgimento di un'analisi del clima organizzativo verranno analizzati, di seguito, alcuni strumenti utilizzati nel corso di alcune ricerche effettuate negli ultimi anni.²

In alcuni studi, la diagnosi del clima organizzativo è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario strutturato, il *Majer D'Amato Organizational Questionnaire* (M_DOQ). L'M_DOQ è un questionario messo a punto per la diagnosi del clima organizzativo ed è stato utilizzato in diverse ricerche, tra cui l'analisi del clima organizzativo dell'Università di Padova e lo studio di un'azienda di servizi (Majer, Marocci, 2003). Il questionario si declina nella rilevazione di tredici fattori indipendenti (D'Amato, Majer, 2001) (Appendice 3).

Le informazioni raccolte grazie all'utilizzo di questo questionario forniscono una descrizione della popolazione in esame e sono state utilizzate come variabili indipendenti per la lettura, con finalità descrittivo-interpretative e inferenziali, degli *outcome* del questionario.

Nell'ultima parte del questionario vengono, inoltre, richieste informazioni relative a quattro variabili socio-anagrafiche, suddivise in categorie:

- realtà lavorativa di provenienza;
- livello di inquadramento contrattuale;
- età;
- anzianità di servizio.

In generale l'M_DOQ è stato utilizzato per analizzare il clima in situazioni di riorganizzazione e cambiamento degli assetti in particolari aziende o istituzioni.

Dall'analisi delle ricerche realizzate con questo strumento è emersa una particolare attenzione per il concetto di cultura. Secondo gli autori, infatti, se con la diagnosi del clima sono state delineate situazioni organizzative ben definite, con l'introduzione del concetto di cultura è possibile semplificare e reinterpretare gli eventi convogliandoli in categorie note.

«La cultura indirizza le percezioni, i pensieri e le sensazioni dei membri dei gruppi organizzativi e, insieme a fattori contingenti, ne influenza il comportamento» (Majer, Marocci, 2003, p. 92).

Come indicano i due autori, analizzando il clima sarà possibile comprendere se e come il cambiamento organizzativo verrà accettato, perché sarà proprio a livello di clima che il cambiamento verrà metabolizzato dai membri dell'organizzazione. È in questa prospettiva che è stato fondato il gruppo di lavoro interaziendale che ha realizzato il questionario ICONAS - Indagine sul clima organizzativo nelle aziende sanitarie.

Il questionario esplora aree che, sulla base dell'esperienza del gruppo regionale di lavoro, sono risultate particolarmente critiche (motivazione, comunicazione interna, sistemi premianti, stili di *leadership*, ecc.). È composto da 55 domande suddivise in tre sezioni: la prima comprende domande relative al rapporto con il proprio lavoro, la seconda domande relative ai rapporti con l'azienda e la direzione, la terza quelle relative all'unità operativa di appartenenza.

Delle 55 domande, 50 sono costruite con una scala autoancorante (valori da 1 – corrispondente a poco, basso – a 10 – corrispondente a molto, alto –), 3 domande prevedono risposte di tipo «sì» o «in parte», due domande sono aperte.

Lo strumento è stato applicato in due aziende dell'Emilia-Romagna per le quali il clima è stato individuato come fattore critico di successo per la riuscita della riorganizzazione aziendale. L'indagine è stata condotta tra il 2000 e il 2002 presso l'Azienda UsI di Ravenna e il personale dell'Azienda ospedaliera di Ferrara.

È importante sottolineare come, secondo gli autori della ricerca, nel momento in cui si intenda avviare un'analisi del clima, sia fondamentale dimostrare, a quanti vi hanno partecipato, di voler realmente utilizzare i risultati della ricerca per effettuare cambiamenti mirati nell'organizzazione. Ciò per evitare perdite di fiducia sia nei confronti della direzione aziendale che della ricerca stessa.

Il questionario utilizzato si è rivelato un valido strumento per misurare i fattori che influenzano lo stato delle relazioni interne dell'azienda. È stata inoltre rilevata una alta partecipazione all'indagine, elemento

questo che denota un forte bisogno di esprimere le proprie percezioni, di sentirsi partecipi, espresso dai dipendenti. Un elemento negativo deriva dalla mancanza di ricerche precedenti cui fare riferimento e, quindi, dall'impossibilità di rendere le affermazioni «assolute».

Una delle critiche rivolte alle analisi basate su questionari standardizzati riguarda la loro pretesa di ricostruire una caratteristica qualitativa di un'organizzazione traducendola in valori numerici. A tale proposito si sottolinea che l'analisi quantitativa non ha la pretesa di cogliere l'unicità di un contesto organizzativo, piuttosto lo scopo è quello di evidenziare le caratteristiche comuni ad alcune organizzazioni e le differenze con altre. Di fatto, l'approccio quantitativo consente di svolgere analisi comparative attuate attraverso il confronto fra più settori di una stessa organizzazione, fra differenti organizzazioni e, nel tempo, per verificare eventuali modifiche intervenute. Attraverso il confronto fra le risposte dei singoli membri di un'organizzazione è possibile misurare il grado del loro accordo e valutare in questa maniera il livello di consenso e l'omogeneità nel modo di percepire il clima.

5. Conclusioni

Dal punto di vista metodologico, se la cultura è un fenomeno multilivello, allora avrà senso adottare strumenti di rilevazione differenti a seconda sia delle finalità della ricerca che del livello analitico adottato. In particolare, nella discussione metodologica affrontata, si fa riferimento a un utilizzo di metodologie quantitative, soprattutto se si intende rilevare la cultura a livello di valori e credenze. È naturale che, se si desidera approfondire gli assunti fondamentali di una data cultura organizzativa, sarà necessario gestire la ricerca con metodologie che consentano di andare oltre le espressioni coscienti e manifeste, tramite interviste in profondità e osservazione partecipante.

L'attenzione posta al metodo quantitativo e ai questionari standardizzati parte dalla considerazione che tali strumenti possano restituire risultati confrontabili e categorizzabili. In particolare, il *Competing Values Framework* e il *Quality Improvement Implementation Survey* presentano una caratteristica im-

portante evidenziata dagli autori (Cameron, Freeman 1991; Shortell, 2000) secondo cui il clima organizzativo occupa una posizione importante quale indicatore determinante della cultura di una organizzazione.

Tali strumenti sono coerenti sia con le indicazioni presenti in letteratura in tema di cultura (Schein, 1984; Denison, 1996; Glisson, James, 2002; Fiore, 2007), sia con le indicazioni di metodo (Hofstede *et al.*, 1990; Scott, Mannion, Davies, Marshall, 2003) secondo le quali è possibile realizzare un'analisi quantitativa della cultura con le tecniche della ricerca-intervento, finora utilizzate prevalentemente, per rilevare il clima organizzativo.

Posto ciò, se da un punto di vista teorico può esserci la tendenza a considerare le metodologie quantitative e quelle qualitative come contrapposte, nella pratica spesso si utilizzano in modo complementare, al fine di evidenziare gli aspetti positivi e negativi di entrambe, confrontando fra loro le informazioni raccolte e cercando di ricostruire un quadro il più completo possibile per una migliore comprensione della realtà analizzata (Bolognini, 2006). Allo stesso modo, la distinzione fra i due tipi di metodi, che attiene alla fase di raccolta dei dati e a quella della loro analisi, suggerisce di considerare l'uso di strumenti standardizzati in modo molto meno meccanico poiché, anche se le risposte ai questionari si trasformano in dati numerici, i quali vengono poi sottoposti ad elaborazioni statistiche, i risultati di tali elaborazioni sono comunque soggetti alle interpretazioni del ricercatore.

Infine, va sottolineato che intraprendere una ricerca sulla cultura e sul clima organizzativo in base ai principi della ricerca-intervento avrà senso se si presuppone la volontà di intervenire sull'assetto organizzativo in base ai risultati della ricerca, se si considera, quindi, la ricerca come rivolta al cambiamento organizzativo.

In particolare, l'ambiente nel quale le istituzioni sanitarie si trovano ad operare sta imponendo loro cambiamenti radicali. I recenti

sviluppi rendono sempre più pressante per le aziende sanitarie la necessità di passare dall'amministrazione – il modello di gestione ordinario in assenza di rischi finanziari ed economici – alla gestione manageriale. La capacità di affrontare questa difficile sfida dipende soprattutto dalle competenze di chi ha la responsabilità dei servizi, delle unità operative, ecc. In sostanza, il cambiamento richiede agli attori di relazionarsi in un diverso modo all'interno e all'esterno dell'organizzazione, acquisendo nuove competenze lavorative.

Le competenze rilevanti sembrano divenire la gestione dei conflitti, l'ascolto, la negoziazione, il coordinamento del lavoro di squadra, la *leadership* (De Pietro, 2006). Ma in che modo queste competenze possono essere apprese e diventare attive nell'ambito di un determinato processo organizzativo? (Cerese, 2002). La cultura organizzativa, così come è stata definita da Schein, è il luogo privilegiato in cui i processi di apprendimento organizzativo si sedimentano poiché essa tiene conto del ruolo della *leadership* e dei processi di diffusione e socializzazione attraverso i quali le esperienze dei singoli divengono patrimonio dell'organizzazione nel suo complesso (Zan, 1988).

Itami afferma che «le risorse invisibili costituiscono la base sommersa che sostiene la parte emergente dell'*iceberg organizzativo* e sono altrettanto fondamentali ai fini dell'efficacia operativa rispetto alle altre risorse più visibili; anzi [...] quelle invisibili sono le risorse più rilevanti per il successo a lungo termine» (Itami, 1988, p. 35). Le risorse invisibili postulate da Itami, sono essenzialmente costituite dai medesimi aspetti dell'organizzazione definiti da Schein come cultura organizzativa.

Note

1. Per un maggiore approfondimento sull'argomento si rimanda a Fiore (2007).
2. Cfr. A. D'Amato (2003), *La riforma del giudice unico: cambiamento organizzativo e analisi del clima*.

6. Appendice 1. Schede analitiche sugli strumenti per la misurazione della Cultura organizzativa¹

A. Strumenti utilizzati in ambito sanitario

1. Competing Values Framework (CVF)

Riferimenti chiave: Cameron, Freeman (1991); Gerowitz et al. (1996); Gerowitz (1998).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 16.

Caratteristiche delle scale di misura: scenari riassuntivi descrivono le caratteristiche principali di ogni tipo di cultura. I rispondenti dividono 100 punti tra questi scenari, in base a quanto questi sono simili alla propria organizzazione.

Misura: tipi di cultura. Lo schema definisce 4 tipi di cultura:

- a) clan;
- b) gerarchia;
- c) adocrazia;
- d) market.

Fattori empirici: non chiari.

Utilizzo: ambito sanitario e dell'istruzione.

Dimensioni della cultura: 4 elementi organizzativi sono incastonati in ogni cultura: clima di gruppo, stili di leadership, i sistemi di appartenenza e organizzazione degli obiettivi che definiscono il successo e le priorità dell'organizzazione.

Utilizzo in ambito sanitario: questo questionario è stato somministrato ai top manager di 265 ospedali, 100 in Inghilterra, 120 negli Stati Uniti e 45 in Canada.

Validità: non chiara.

Affidabilità: non chiara.

Punti di forza: versatile.

Limiti: indica solo 4 tipi di cultura.

2. Quality Improvement Implementation Survey (QIIS)

Riferimenti chiave: Shortell et al. (2000).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 20.

Caratteristiche delle scale di misura: i rispondenti dividono 100 punti tra le quattro descrizioni, in base a quante questi sono simili alla propria organizzazione.

Misura: tipi di cultura organizzativa. Lo schema definisce 4 tipi di cultura:

- a) cultura di gruppo;
- b) cultura rivolta allo sviluppo;
- c) cultura gerarchica;
- d) cultura razionale.

Fattori empirici: non chiari.

Utilizzo: è stato utilizzato per valutare la relazione tra cultura e implementazione del TQM (Total Quality Management) in 16 ospedali (Shortell et al., 2000), ed esamina la relazione tra l'implementazione della qualità e la propria organizzazione.

Dimensioni della cultura: carattere dell'ospedale, manager dell'ospedale, coesione nell'ospedale, enfasi e obiettivi dell'ospedale.

Utilizzo in ambito sanitario: Shortell (2000).

Validità: non chiara.

Affidabilità: consistenza interna e coefficiente di affidabilità (alfa di Cronbach) per le scale della cultura di gruppo è stata stimata pari a 0,79.

Punti di forza: è stato utilizzato nei maggiori studi realizzati in ambito sanitario di recente.

Limiti: indica solo 4 tipi di cultura.

Altro: QIIS è una variante del CVF. Le etichette dei 4 tipi di cultura sono state modificate in seguito con alcune delle espressioni utilizzate. È stata inoltre aggiunta una quinta dimensione - obiettivi dell'ospedale. Di questo questionario verrà fornita in seguito traduzione.

Il *Quality Improvement Implementation Survey*, rappresenta uno dei migliori strumenti fino ad oggi realizzati per la rilevazione della cultura organizzativa, e non solo in ambito sanitario.

Le ragioni alla base di queste affermazioni sono le seguenti:

- 1) sia il C.V.F. che il Q.I.I.S. sono stati utilizzati in svariate ricerche, in ambiti differenti e testati da più autori, in tal senso la loro affidabilità pare essere maggiore;
- 2) per chi voglia studiare la cultura organizzativa in ambito sanitario, questo strumento si rivelerà particolarmente valido, in quanto è stato sviluppato appositamente per le organizzazioni sanitarie;
- 3) nella concezione degli autori di questo strumento, il clima organizzativo occupa una posizione importante quale indicatore determinante della cultura di una organizzazione; esso infatti compare tra i quattro elementi organizzativi incastonati in ogni cultura:

1. Le elaborazioni contenute in queste appendici si basano sui lavori del Prof. T. Scott dell'Università di York, Inghilterra, autore del saggio «The Quantitative Measurement of Organizational culture in Health Care: a review of the Available Instruments» apparso sulla rivista Health Care Research, n. 38:3, del giugno 2003. Si ringrazia il Prof. Scott per la collaborazione e la disponibilità.

clima di gruppo, stili di *leadership*, sistemi di appartenenza e obiettivi dell'organizzazione;

- 4) uno strumento così costruito si adatta perfettamente sia alle conclusioni teoriche – secondo cui, data la natura «multistrato» della cultura, è possibile considerare il clima come una sua espressione, un suo indicatore, che si posiziona ad un particolare «livello» della cultura, e quindi uno studio contemporaneo di cultura e clima risulta essere auspicabile, se si considera il clima come un potente indicatore della cultura – che metodologiche – è possibile realizzare un'analisi quantitativa sulla cultura, svolta con le tecniche della ricerca-intervento sul clima, se si presuppone la natura multilivello e stratificata del fenomeno culturale, i cui vari livelli di «profondità» saranno meglio compresi con l'utilizzo di differenti metodologie. Quindi rileveremo la cultura organizzativa – a livello di valori e credenze – con questionari costruiti con i principi della ricerca intervento, che valutino contemporaneamente clima e cultura, considerando il clima come un indicatore manifesto del sistema di valori e credenze della cultura;
- 5) i principi della ricerca intervento hanno senso se si presuppone la volontà di intervenire sull'assetto organizzativo in base ai risultati della ricerca, se si considera, quindi, la ricerca come rivolta al cambiamento organizzativo. Posto ciò, le metodologie quantitative forniscono la possibilità di un confronto tra organizzazioni differenti e, quindi, sono le uniche in grado di fornire i dati perché tale cambiamento abbia luogo.

3. Organizational Culture Inventory (OCI)

Riferimenti chiave: Cooke, Lafferty (1987); Thomas *et al.* (1990); Seago (1997); Ingersoll *et al.* (2000).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 120.

Caratteristiche delle scale di misura: scale Likert da 1 a 5.

Misura: 12 stili di pensiero degli individui nei gruppi: umanistico-collaborativo, associativo, che cerca approvazione, convenzionale, dipendente, risolutivo, oppositivo, di potere, competitivo, competente-perfezionista, rivolto all'impresa, rivolto alla realizzazione di se.

Fattori empirici: cultura rivolta alla sicurezza delle persone (ci si aspetta stili di pensiero rivolti all'approvazione, alle convenzioni, dipendenti e risolutivi); cultura rivolta alla soddisfazione (con norme ed aspettative per stili di pensiero rivolti all'impresa, alla realizzazione di se, umanistico-collaborativi e affiliativi); cultura rivolta alla sicurezza del compito (con norme ed aspettative per stili di pensiero oppositivi, di potere, competitivi e competente-perfezionisti).

Utilizzo: è stato utilizzato in varie organizzazioni.

Dimensioni della cultura: «norme e aspettative condivise che guidano il pensiero e il comportamento dei membri del gruppo» (Cooke, Rousseau, 1988).

Utilizzo in ambito sanitario: applicato a varie organizzazioni sanitarie.

Validità: esempi di analisi fattoriale in differenti tipi di organizzazioni. Per questo strumento è stata stabilita anche validità convergente e discriminante.

Affidabilità: coefficiente di affidabilità (alfa di Cronbach) è stato valutato in varie organizzazioni. La consistenza interna per le subscale dell'OCI varia tra 0,67 e 0,92.

Punti di forza: è stato utilizzato spesso, ha una buona validità ed è stato ben organizzato, risulta utile anche per le illustrazioni grafiche della cultura.

Limiti: indica solo 3 aspetti, prettamente specifici, della cultura organizzativa - soddisfazione, sicurezza del compito e sicurezza personale; potrebbe essere costoso.

Altro: i partecipanti rispondono a 120 domande, che producono le 12 scale corrispondenti agli stili di cultura. I partecipanti segnano i loro risultati su di un «circumplex» per visualizzare le loro personali impressioni sulla loro cultura di lavoro. I risultati aggregati sono anche utilizzati per descrivere la valutazione che il gruppo fornisce della cultura. Il profilo che ne risulta potrà essere comparato con un ideale profilo per il tipo di unità o organizzazione sotto esame.

L'OCI è stato successivamente rifinito e dai 12 stili originali sono stati estratti tre tipi generici di cultura: cultura costruttiva, cultura passivo-difensiva e cultura aggressivo-difensiva.

4. Harrison's instrument for diagnosing organizational ideology

Riferimenti chiave: Harrison (1975); Ott (1989); Litwinenko, Cooper (1994).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 15.

Caratteristiche delle scale di misura: i rispondenti classificano 4 affermazioni per ogni *item* in base a quanto risultano rappresentative riguardo l'organizzazione e riguardo le credenze e le attitudini proprie del rispondente stesso.

Misura: ideologia/cultura organizzativa.

Fattori empirici: non applicabili.

Utilizzo: largamente utilizzato.

Dimensioni della cultura: orientamento verso il potere, orientamento verso i ruoli, orientamento verso il compito e orientamento di se.

Utilizzo in ambito sanitario: Litwinenko, Cooper (1994).

Validità: non applicabile.

Affidabilità: non applicabile.

Punti di forza: buona validità apparente e accettabilità. Valuta le culture esistenti e quelle preferite in una amministrazione.

Limiti: indica solo 4 tipi di cultura.

Altro: potrebbe essere organizzato in modo tale da considerare maggiormente gli assunti piuttosto che le credenze.

5. Hospital Culture Questionnaire

Riferimenti chiave: Sieveking *et al.* (1993).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 50.

Caratteristiche delle scale di misura: scale a 5 punti più l'opzione «non saprei».

Misura: opinioni dei lavoratori.

Fattori empirici: 8.

Utilizzo: utilizzato in 10 ospedali privati in Inghilterra.

Dimensioni della cultura: 8: supervisione, attitudini del lavoratore, importanza del ruolo, immagine dell'ospedale, competitività, benefici per lo staff, coesione, capacità lavorativa.

Utilizzo in ambito sanitario: utilizzato in 10 ospedali privati in Inghilterra.

Validità: non chiara.

Affidabilità: le scale derivano da un'analisi fattoriale svolta su 86 items originali somministrati due volte sugli stessi 10 ospedali con un intervallo di 2 anni. Il coefficiente alfa per gli 8 fattori varia tra 0,61 e 0,93.

Punti di forza: è stato sviluppato per l'uso in ambito sanitario.

Limiti: Sviluppato per il settore privato bisognerebbe applicarlo nel settore pubblico, ma è coperto da *copyright*.

Altro: non è utilizzabile nel settore pubblico, a parte alcuni fattori.

6. Nursing Unit Cultural Assessment Tool (NUCAT 2)

Riferimenti chiave: Coeling, Simms (1993); Rizzo, Gilman, Mersmann (1994); Goodridge, Hack (1996); Seago (1997).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 50.

Caratteristiche delle scale di misura: scale Likert a 4 e 6 punti, i rispondenti valutano i comportamenti che loro preferiscono confrontandoli con quelli che, secondo loro, normalmente vengono messi in atto nella loro unità.

Misura: i comportamenti preferiti dai singoli soggetti; i comportamenti preferiti dal gruppo.

Fattori empirici: non chiari.

Utilizzo: gruppi di infermieri.

Dimensioni della cultura: comportamenti preferiti.

Utilizzo in ambito sanitario: gruppi di infermieri.

Validità: la validità del costrutto è stata stabilita attraverso una serie di studi qualitativi e quantitativi.

Affidabilità: non riportata.

Punti di forza: specifico per gruppi di lavoro a livello di unità nel settore sanitario.

Limiti: manca o sviluppo di sottoscale; le risposte tendono a confermare le politiche ufficiali.

Altro: NUCAT 2 è stato sviluppato da Simms e colleghi presso l'istituto di Scienze infermieristiche del Michigan. Identifica i seguenti comportamenti:

- norme culturali importanti per un gruppo di lavoro;
- norme culturali riguardo chi nel gruppo ha differenti opinioni o comportamenti che causano conflitti;
- comportamenti culturali che il gruppo vorrebbe cambiare;
- differenze culturali tra le unità.

Oltre a misurare i comportamenti, questo questionario tende anche a misurare la variabilità di comportamenti all'interno della stessa unità. Simms afferma che la variabilità fornisce un'indicazione circa la «forza» di un comportamento.

7. Practice Culture Questionnaire (PCQ)

Riferimenti chiave: Stevenson (2000).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 25.

Caratteristiche delle scale di misura: scale a 4 punti, non un'opzione «non saprei».

Misura: attitudine alla direzione clinica.

Fattori empirici: non chiari.

Utilizzo: sanità pubblica inglese, unità di primo intervento.

Dimensioni della cultura: attitudini alla direzione clinica.

Utilizzo in ambito sanitario: utilizzo guidato su 40 unità di primo intervento.

Validità: ancora da verificare.

Affidabilità: testata.

Punti di forza: specifico per la direzione clinica.

Limiti: specifico per la direzione clinica. Collezione dati su opinioni, non su assunti di base.

Altro: confonde le attitudini pratiche alla direzione clinica con la cultura pratica.

8. Mackenzie's Culture Survey

Riferimenti chiave: Mckenzie (1995).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 76.

Caratteristiche delle scale di misura: i rispondenti indicano tutte le affermazioni che ritengono siano vicine alla loro organizzazione.

Misura: cultura organizzativa.

Fattori empirici: non noti.

Utilizzo: sanità pubblica inglese.

Dimensioni della cultura: 1) incarichi dei lavoratori, 2) attitudini e credenze riguardo l'innovazione, 3) attitudini al cambiamento, 4) stili riguardo la risoluzione dei conflitti, 5) stili di direzione, 6) confidenza con la leadership, 7) apertura e fiducia, 8) lavoro di gruppo e cooperazione, 9) orientamento all'azione, 10) orientamento verso le risorse umane, 11) orientamento al cliente, 12) direzione organizzativa.

Utilizzo in ambito sanitario: sanità pubblica inglese.

Validità: sconosciuta.

Affidabilità: sconosciuta.

Punti di forza:

Limiti: non testato.

Altro: non è chiaro come siano stati sviluppati gli item.

9. Survey of Organizational Culture (SOC)

Riferimenti chiave: Tucker (1990).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 55.

Caratteristiche delle scale di misura: scale a 5 punti.

Misura: cultura organizzativa.

Fattori empirici: non chiari.

Utilizzo: testato su 1200 lavoratori in 10 organizzazioni statunitensi, inclusi 3 ospedali.

Dimensioni della cultura: 1) orientamento verso i clienti, 2) orientamento verso i dipendenti, 3) congruenza tra i dipendenti, 4) impatto della missione, 5) profondità-maturità manageriale, 6) processi decisionali-autonomia, 7) comunicazione-apertura, 8) scale umane, 9) incentivi-motivazione, 10) cooperazione vs. competizione, 11) congruenza organizzativa, 12) performance sotto pressione, 13) teoria S-teoria T.

Utilizzo in ambito sanitario: delle 10 organizzazioni statunitensi, 3 erano ospedali.

Validità: in tutte le 13 scale, la varianza tra le organizzazioni era significativamente alta, mentre quella interna all'organizzazione non lo era.

Affidabilità: i risultati dell'alfa mediano per le 13 scale variavano tra 0,62 e 0,90.

Punti di forza: sviluppato sulla basi di studi qualitativi.

Limiti: sviluppato negli Stati Uniti e solo per livelli dirigenziali alti.

B. Strumenti potenzialmente utilizzabili per la misurazione della Cultura Organizzativa in ambito sanitario

10. Corporate Culture Questionnaire

Riferimenti chiave: Walzer, Simon, Davis (1996).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 126 0 69.

Caratteristiche delle scale di misura: scale a 5 punti da «concordo fortemente» a «non sono assolutamente d'accordo».

Misura: cultura organizzativa.

Fattori empirici: 21.

Utilizzo: testato su 1200 lavoratori in 10 organizzazioni statunitensi, inclusi 3 ospedali.

Dimensioni della cultura: 1) orientamento verso i clienti, 2) orientamento verso i dipendenti, 3) congruenza tra i dipendenti, 4) impatto della missione, 5) profondità-maturità manageriale, 6) processi decisionali-autonomia, 7) comunicazione-apertura, 8) scale umane, 9) incentivi-motivazione, 10) cooperazione vs. competizione, 11) congruenza organizzativa, 12) performance sotto pressione, 13) teoria S-teoria T.

Utilizzo in ambito sanitario: delle 10 organizzazioni statunitensi, 3 erano ospedali.

Validità: in tutte le 13 scale, la varianza tra le organizzazioni era significativamente alta, mentre quella interna all'organizzazione non lo era.

Affidabilità: i risultati dell'alfa mediano per le 13 scale variavano tra 0,62 e 0,90.

Punti di forza: sviluppato sulla basi di studi qualitativi.

Limiti: sviluppato negli Stati Uniti e solo per livelli dirigenziali alti.

11. Hofstede's Organizational Culture Questionnaire

Riferimenti chiave: Hofstede *et al.* (1990).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 135.

Caratteristiche delle scale di misura: scale a 5 punti.

Misura: pratiche (simboli, eroi, rituali) e valori.

Fattori empirici: si basa su tre fattori riguardanti i valori: bisogno di sicurezza, importanza del lavoro e bisogno di autorità, e 6 fattori correlati alle pratiche: le pratiche potranno essere orientate al processo vs. risultati, ai lavoratori vs. compito, parrocchiale vs. professionale, sistema aperto vs. chiuso, perdita del controllo vs. mantenimento del controllo, normativo vs. pragmatico.

Utilizzo: è stato sviluppato in 20 unità facenti parte di 10 differenti organizzazioni: 5 in Danimarca, 5 nei Paesi Bassi; le organizzazioni includevano compagnie manifatturiere private, compagnie private di servizi e istituzioni pubbliche (telecomunicazioni e polizia).

Dimensioni della cultura: simboli, eroi, rituali (indicati come pratiche) e valori.

Utilizzo in ambito sanitario: non noto.

Validità: si veda Hofstede *et al.* (1990).

Affidabilità: si veda Hofstede *et al.* (1990).

Punti di forza: si tratta di uno strumento sviluppato con molta attenzione.

Limiti: non sembra abbia riscosso molto successo, è stato poco utilizzato.

Altro: la descrizione dello sviluppo dello strumento è forse eccessivamente densa.

12. Organizational Culture Survey

Riferimenti chiave: Glaser, Zamanou, Hacker (1987).

Strumento quantitativo/qualitativo: quantitativo.

Numero di item: 31.

Caratteristiche delle scale di misura: scale a 5 punti.

Misura: cultura organizzativa.

Fattori empirici: individua 6 fattori empirici: *lavoro di gruppo e conflitto, clima e morale, flusso di informazioni, coinvolgimento, supervisione, incontri.*

Utilizzo: il lavoro di sviluppo dello strumento è stato condotto in una fabbrica di prodotti in legno, in una compagnia manifatturiera privata ed in una agenzia governativa, tutte sita negli Stati Uniti. Lo studio effettivo è stato condotto con 195 impiegati governativi appartenenti ad un dipartimento di sesta divisione negli Stati Uniti.

Dimensioni della cultura: sono le medesime dei fattori empirici.

Utilizzo in ambito sanitario: non noto.

Validità: i risultati dell'alfa di Cronbach per fattori empirici variano tra 0,82 e 0,91.

Affidabilità: è stata positivamente testata con procedimenti statistici di *test-retest*. Le differenze rilevate tra le scale sono risultate essere non significative, a parte che nel caso della scala riguardante il lavoro di gruppo/conflitto.

Punti di forza: si tratta di uno strumento sviluppato con molta attenzione.

Limiti: non è stato applicato in ambito sanitario. Non analizza gli assunti di base. Riguarda più il clima che la cultura.

7. Appendice 2

Stili culturali

Considerando le tipologie presentate nei questionari elencati in Appendice 1, è possibile indicare 3 gruppi di «stili di cultura», all'interno dei quali si trovano le principali categorizzazioni avanzate.

Stili costruttivi: gli stili di tipo «costruttivo» tendono a enfatizzare la soddisfazione dei bisogni dei membri dell'organizzazione e li incoraggiano a interagire con le persone e ad avvicinarsi ai compiti in modi che li favoriscano soddisfacendo i loro bisogni.

1. Cultura del conseguimento dell'impresa	L'organizzazione agisce per il meglio e valorizza quei membri che stabiliscono e realizzano i propri obiettivi. Ci si aspetta che i membri fissino obiettivi che costituiscono una sfida, ma che siano comunque realistici, che stabiliscono piani per raggiungere questi obiettivi, e che li seguano con entusiasmo.
2. Cultura della realizzazione di sé	Si tratta di quelle organizzazioni che valorizzano la creatività, la qualità piuttosto che la quantità, e sia l'adempimento dei compiti che la crescita personale. I membri sono incoraggiati ad appassionarsi al loro lavoro, a sviluppare se stessi e a prendere parte in nuove e interessanti attività.
3. Cultura umanistico-incoraggiante	Si tratta di quelle organizzazioni che sono gestite in modo partecipativo e da porre al centro la persona. Ci si aspetta che i membri supportino l'attività organizzativa, che siano costruttivi e aperti e disposti a influenzarsi l'un l'altro.
4. Cultura affiliativa	Si riscontra in quelle organizzazioni che danno priorità alle relazioni interpersonali costruttive. Ci si aspetta che i membri siano amichevoli, aperti e sensibili alla soddisfazione del proprio gruppo di lavoro.

Stili passivo/difensivi: questo tipo di stili di cultura tendono a promuovere il bisogno di sicurezza dei membri e implicitamente richiedono loro di interagire con le persone in modo da proteggere se stessi, soddisfacendo così il loro bisogno di sicurezza.

1. Cultura dell'approvazione	Si tratta di organizzazioni in cui i conflitti sono evitati e le relazioni interpersonali risultano essere compiacenti – in pratica superficiali. I membri sentono che dovrebbero concordare, cercare di ottenere l'approvazione e piacere agli altri.
2. Cultura convenzionale	Si riscontra in organizzazioni conservatrici, tradizionaliste e controllate burocraticamente. Ci si aspetta che i membri si conformino, seguano i ruoli e facciano una buona impressione.
3. Cultura dipendente	Si riscontra in organizzazioni controllate gerarchicamente e non partecipative. La centralizzazione dei processi decisionali in queste organizzazioni fa sì che i soggetti facciano esclusivamente quello che gli viene esplicitamente richiesto di fare e che demandino qualunque decisione ai superiori.
4. Cultura della fuga	Si riscontra in quelle organizzazioni che mancano di sottolineare i successi, tantomeno di punire gli errori. Questo sistema di controllo negativo autorizza i membri a scaricare le responsabilità sugli altri e evita ogni possibilità di essere richiamato per i propri errori.

Stili aggressivo/difensivi: questo tipo di stili di cultura promuove i bisogni di sicurezza dei membri e richiede loro di affrontare i compiti in modo energico così da proteggere il loro *status* e la loro posizione.

1. Cultura oppositiva	Si rileva in organizzazioni in cui prevale il confronto e atteggiamenti negativi vengono ricompensati. I membri ottengono <i>status</i> e influenza con atteggiamenti critici e opponendosi di continuo alle idee degli altri.
2. Cultura di potere	Si tratta di organizzazioni strutturate in modo non partecipativo sulla base dell'autorità inerente la posizione dei singoli soggetti membri. I membri credono che saranno ricompensati per aver ridotto le spese, controllato i subordinati e, contemporaneamente, aver risposto alle richieste dei superiori.
3. Cultura competitiva	Si dà valore alla vittoria e i membri sono premiati per la competitività interna. I membri operano basandosi su di uno schema «vinci-perdi» e credono di dover lavorare contro (e non con) i loro pari, per essere notati.
4. Cultura perfezionista	Si rileva in organizzazioni in cui vengono valorizzati perfezionismo, persistenza e lavoro duro. I membri sentono di dover evitare gli errori, prendere nota di tutto e lavorare a lungo per ottenere obiettivi strettamente definiti.

8. Appendice 3

I tredici fattori indipendenti del *Majer D'Amato Organizational Questionnaire (M_DOQ)* (D'Amato, Majer, 2001).

1. Team: coesione di gruppo	Insieme dei comportamenti espressi sul lavoro che indicano disponibilità nel <i>team</i> a collaborare, fornire informazioni, supporto e <i>know-how</i> .
2. Leadership: relazioni e comunicazioni con i superiori	Percezioni relative allo stile di comando dei superiori. Alti punteggi indicano che i responsabili esercitano una <i>leadership</i> di tipo democratico, che si concretizza in un ricco scambio di informazioni e comunicazioni che espletano la loro funzione in modo poco direttivo, partecipativo e non inquisitorio.
3. Job involvement: coinvolgimento nel lavoro e nell'organizzazione	Analizza i vissuti relativi all'investimento energetico ed emozionale del singolo nel lavoro e nei confronti dell'azienda di appartenenza e il sentimento di adeguatezza.
4. Autonomia: autonomia e responsabilità nell'organizzazione del lavoro	Percezioni relative all'assunzione di responsabilità, alla sensazione di poter svolgere il proprio lavoro in maniera autonoma, di non dover sottostare a controlli riguardo alle decisioni, di conoscere il proprio campo di intervento e di poter organizzare il lavoro decidendo tempi e modalità operative.

5. Libertà: libertà di manifestare i propri sentimenti e le proprie idee	Libertà di esprimere pubblicamente, sia nel gruppo dei colleghi sia in presenza dei superiori e di altri componenti dell'organizzazione, i propri sentimenti, le proprie emozioni e le proprie opinioni nei confronti dell'azienda e del suo modo di essere gestita.
6. Coerenza: coerenza fra orientamenti strategici e loro declinazione operativa	Valuta le percezioni relative alla coerenza e all'efficacia del funzionamento dell'azienda con riferimento alla coerenza del rapporto tra definizione degli obiettivi, presa di decisione, visione a lungo termine e la loro declinazione operativa in piani di carriera, attività di formazione e sviluppo.
7. Dinamismo: vitalità organizzativa e propensione all'innovazione	Indaga le percezioni in merito al dinamismo e al cambiamento organizzativo e in particolare alla velocità con cui si declinano le scelte operate. Fornisce la stima della sensazione che vengano incoraggiate la produzione di idee e soluzioni di tipo innovativo tanto da rendere orgogliose le persone che in essa operano.
8. Job description: chiarezza dei ruoli e dei compiti	Percezioni relative alla misura in cui i dipendenti conoscono la portata del loro ruolo e le attese dell'organizzazione.
9. Equità: sensibilità sociale e sentimento di imparzialità	Valuta i vissuti relativi all'esistenza di una equanimità e di un sentimento di giustizia riguardante i sistemi di valutazione (remunerazione, promozione, premi, gratificazioni).
10. Sviluppo: apertura al progresso sociale e personale	Atteggiamento e azioni che l'azienda mette in atto per favorire il progresso personale e lo sviluppo organizzativo. Le organizzazioni che ottengono punteggi elevati sono descritte come socialmente avanzate.
11. Comunicazione: disponibilità e chiarezza nella diffusione delle informazioni	Percezioni relative alla diffusione dell'informazione, sia essa verso l'alto o verso il basso, a verificare se si effettua apertamente, facilmente, liberamente, o se vengono posti ostacoli da parte dell'organizzazione o di chi in essa occupa posizioni nodali nelle reti informative.
12. Enviroment: ambiente fisico e psicologico	Rileva i vissuti relativi al contesto fisico e psicologico e comprende tutto ciò che può determinare la qualità della vita dei dipendenti e generare sentimenti di sicurezza e benessere psico-fisico o, al contrario, di disagio, insicurezza, sgradevolezza, incomprensione.
13. Incentivazione: riconoscimento dei meriti e stimolo allo sviluppo professionale	Percezioni relative a come, all'interno dell'organizzazione, le persone sono valutate, sia dal punto di vista del riconoscimento dei meriti personali, sia dello spazio e delle opportunità di crescita professionale.

B I B L I O G R A F I A

- AGAR M. (1986), *Speaking of Ethnography*, Sage, Beverly Hills.
- ALVESSON M., BERG P.O. (a cura di) (1992), *L'organizzazione e i suoi simboli*, Raffaello Cortina, Milano.
- CAMERON K.S., FREEMAN S.J. (1991), «Cultural congruence, strength, and type: Relationships to effectiveness», *Research in Organizational Change and Development*, 5, pp. 23-58.
- ATKINSON P., HAMMERSLEY M. (a cura di) (1994), «Ethnography and Participant Observation», in N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks.
- BALES R.F. (1951), *Interaction Process Analysis. A Method for the Study Small Groups*, Addison-Wisley, Reading (MA).
- BOLOGNINI B. (2006), *L'analisi del clima organizzativo*, Carocci, Roma.
- BRUNER J. (1992), *La ricerca del significato*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino.
- CERASE F.P. (2002), *L'analisi delle competenze nel lavoro amministrativo*, Franco Angeli, Milano.
- CHATMAN J.A. (1998), «Being different yet feeling similar: the influence of demographic composition and organizational culture on work processes and outcomes», *Administrative Science Quarterly*, 4.
- COELING H., SIMMS L. (a cura di) (1993), «Facilitating Innovation at the Nursing Unit Level through Cultural Assessment, Part. 1: How to Keep Management Ideas from Falling on Deal Ears», *Journal of Nursing Administration*, 23, pp. 46-53.
- COLLETT P., MARSH P. (a cura di) (1974), «Patterns of Public Behaviour: Collision Avoidance on a Pedestrian Crossing», *Semiotica*, 12, pp. 281-299.
- COOKE R., LAFFERTY J. (a cura di) (1987), *Organizational Culture Inventory*, Human Synergistics, Plymouth, MI.
- CORBETTA P. (1999), *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- D'AMATO A., MAJER V. (a cura di) (2001), «Metodi per la diagnosi organizzativa, anzianità di servizio e clima», *Risorsa Uomo: Rivista di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione*, Vol. 8, 1-2, pp. 173-177.
- DENISON D.R. (1996), «What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars», *Academy of Management Review*, Vol. 21, 3, pp. 619-654.
- DE PIETRO C. (2006), «La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura», *Mecosan*, pp. 141-160.
- DURANTI A. (1992), *Etnografia del parlare quotidiano*, La nuova Italia Scientifica, Roma.
- ECO U. (1979), *Lector in fibula*, Bompiani, Milano.
- FIGLIORE B. (2007), «Cultura e Clima organizzativo: teorie a confronto e necessità di sintesi», *Sociologia e Ricerca Sociale*, 82.
- FIGLIORE B. (2008), «L'intangibile in sanità: cultura, clima organizzativo e performance», *Mecosan*, 65, pp. 7-32.
- GAGLIARDI P. (1995), *Le imprese come culture*, Isedi, Milano.
- GEROWITZ, M., Lemieux-Charles L., Heginbotham C., Johnson B. (a cura di) (1996), «Top Management Culture and Performance in Canadian, UK and US Hospitals», *Health Services Management Research*, 6 (3), pp. 69-78.
- GEROWITZ M. (1998), «Do TQM interventions change management culture? Findings and implications», *Quality Management in Health Care*, 6 (3), pp. 1-11.
- GEERTZ C. (1983), *Antropologia interpretativa*, tr. it. il Mulino, Bologna, 1988.
- GEERTZ C. (1973), *Interpretazione di culture*, tr. it. il Mulino, Bologna, 1987.
- GHIGLIONE R., BLANCHET A. (1991), *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, Dunod, Paris.
- GHIGLIONE R., TROGNON A. (a cura di) (1993), *Où va la pragmatique?*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.
- GLASER B.G., STRAUSS A.L. (a cura di) (1967), *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago.
- GLASER S., ZAMANOU S., HACKER K. (a cura di) (1987), «Measuring and Interpreting Organizational Culture», *Management Communication Quarterly*, 1 (2), pp. 173-198.
- GLICK W.H. (1985), «Conceptualizing and Measuring Organizational and Psychological Climate: Pitfalls in Multilevel Research», *Academy of Management Review*, Vol. 10, 3, pp. 601-616.
- GOBO G. (2001), *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Carocci, Roma.
- GOODRIDGE D., HACK B. (a cura di) (1996), «Assessing the Congruence of Nursing Models with Organizational Culture: a Quality Improvement Perspective», *Journal of Nursing Care Quality*, 10 (2), pp. 41-48.
- HAMMERSLEY M., ATKINSON P. (a cura di) (1983), *Ethnography: Principles in Practice*, Tavistock, London.
- HARRISON R. (1975), «Diagnosing Organization Ideology», *The Annual Handbook for Group Facilitators*, edited by J. Jones, J. Pfeiffer, La Jolla, CA: University, Associates, pp. 101-107.
- HODDER I. (1994), «The interpretation of documents and material culture», in Denzin N. K., Lincoln Y. S. (a cura di), *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks.
- HOFSTEDE G., NEUIEN B., OHAYV D., SANDERS G. (a cura di) (1990), «Measuring Organizational Culture: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases», *Administrative Science Quarterly*, 35, pp. 286-316.
- HOFSTEDE G., BOND M.H., LUK C.L. (a cura di) (1993), «Individual Perceptions of the Organizational Cultures: A Methodological Treatise of Levels of Analysis», *Organization Studies*, 14, 4, pp. 483-503.
- HOFSTEDE G. (1999), «Problems Remain, But Theories Will Change: The Universal and the Specific in 21st»

- Century Global Management», *Organizational Dynamics*, 2, pp. 34-44.
- INGERSOLL, G.L., KIRSCH J.C., EHRlich MERK S., LIGHTFOOT J. (a cura di) (2000), «Relationship of Organizational Culture and Readiness for Change to Employee Commitment to the Organization», *Journal of Nursing Administration*, 30 (1), pp. 11-20.
- ITAMI H. (1988), *Le risorse invisibili*, Milano, ISEDI.
- LITWINENKO A., COOPER C.L. (a cura di) (1994), «The Impact of Trust Status on Corporate Culture», *Journal of Management in Medicine*, 8 (4), pp. 8-17.
- LOFLAND J. (1971), *Analyzing Social Settings*, Wadsworth, Belmont (CA).
- MACKENZIE'S S. (1995), «Surveying the Organizational Culture in an NHS Trust», *Journal of Management in Medicine*, 9 (6), pp. 69-77.
- MAJER V., MAROCCI G. (2003), *Il Clima Organizzativo*, Carocci Editore, Roma.
- MARRADI A. (1992), «Classificazioni, tipologie, tassonomie, in Enciclopedia delle scienze sociali», *Istituto della Enciclopedia italiana*, Roma, vol. 2, pp. 22-30.
- OTT J. (1989), *The Organizational Culture Perspective*, Chicago: Dorsey.
- OUCHI W.G., WILKINS A.L. (1985), «Organizational Culture», *Annual Review of Sociology*, n. 11, pp. 457-483.
- PETTIGREW A.M. (ed. or. 1979), «Cultura organizzativa: una famiglia di concetti», in Gagliardi P., (a cura di) (1995), *Le imprese come culture*, Isedi, Milano.
- PICCARDO C., BENOZZO A. (a cura di) (1996), *Etnografia Organizzativa*, Milano, Raffaello Cortina.
- PICCARDO C. (2001), «Etnografia organizzativa e psicologia del lavoro: verso un approccio «etn clinico?»», *Risorsa Uomo: Rivista di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione*, Vol. 8, 1-2, pp. 39-40.
- RIZZO J.A., GILMAN M.P., MERSMANN C.A. (a cura di) (1994), «Facilitating Care Delivery: Redesign Using Measures of Unit Culture and Work Characteristics», *Journal of Nursing Administration*, 24 (5), pp. 32-37.
- SCHEIN E.H. (ed. or. 1984), «Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa», in Gagliardi (1995).
- SCHEIN E.H. (1990), *Cultura d'azienda e leadership*, Guerini e Associati, Milano.
- SCHEIN E.H. (1999), *Cultura d'impresa*, Raffaello Cortina, Milano.
- SCHWARTZMAN H.B. (1993), *Ethnography in Organizations*, Sage Publications, London.
- SCOTT T., MANNION R., DAVIES H., MARSHALL M. (a cura di) (2003), «The quantitative measurement of organizational culture in health care: review of available instruments», *Health Service Research*, Vol 38, Issue 3, pp. 923.
- SEAGO J. (1997), «Organizational Culture in Hospitals: Issues in Measurement», *Journal of Nursing Measurement*, 5 (2), pp. 165-178.
- SHORTELL S.M. et al. (a cura di) (2000), «Assesing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graf surgery patients», *Med Care*, Vol. 38, 2, pp. 207-217.
- SIEVEKING N., BELLET W., MARSTON R.C. (a cura di) (1993), «Employees' views of their work experience in private hospitals», *Health Services Management research*, 6 (2), pp. 129-138.
- SPRADLEY J.P. (1979), *The Ethnographic Interview*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- SPRADLEY J.P. (1980), *Participant Observation*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- STEVENSON K. (2000), «Are Your Pratices Resistant to Changing Their Clinical Culture?», *Primary Care Report*, 2 (5), pp. 19-20.
- Thomas C., Ward M., Chorba C., Kumiega A. (a cura di) (1990), «Measuring and Interpreting Organizational Culture», *Journal of Nursing Administration*, 20, pp. 17-24.
- TUCKER R., MCCOY W. EVANS (a cura di) (1990), «Can Questionnaires Objectively Asses Organizational Culture», *Journal of Managerial Psychology*, 5 (4), pp. 4-11.
- VALESIO P. (1986), *Ascoltare il silenzio*, il Mulino, Bologna.
- VAN MAANEN J. (1979), «La realtà dell'invenzione nell'etnografia delle organizzazioni», in Gagliardi (1995).
- WALKER H., SYMON G., DAVIES B. (a cura di) (1996), «Assesing Organizational Culture: A Comparison of Methods», *International Journal of Selection and Assessment*, 4 (7), pp. 96-105.
- WATZLAWICK, P. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, tr. it. Astrolabio, Roma.
- WISEMAN J.P. (1970), *Stations of the Lost*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- ZAN S. (1988), *Logiche d'azione organizzativa*, il Mulino, Bologna.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Un metodo di indagine sulla safety culture per la sicurezza dei servizi sanitari in Italia

M. BRUSONI, P.L. DERIU, C. PANZERI, E. TRINCHERO

Our research addresses the safety culture issue as an essential characteristic of the organizational environment where safety solutions could effectively be adopted and embedded in the day to day activity. Sponsored by SDA Bocconi, the goal of this research was to test reliability and validity for Italian Health Care Organizations (HCOs) of a public-use safety culture survey funded by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) that hospitals could administer on their own to assess patient safety culture from the perspective of their employees and staff. After our field research we can confirm the suitability of the AHRQ Survey of Safety Culture for Italian HCOs. Possible limitations for the Italian Health Care System reside in the willingness of HCOs leaders to analyze themselves and take actions.

Keywords: safety culture, patient safety, risk management, assessment

Parole chiave: cultura della sicurezza, sicurezza dei pazienti, gestione del rischio clinico, misurazione

Note sugli autori

Manuela Brusoni CER GAS, SDA Bocconi, Area Public Management & Policy; Pier Luigi Deriu è responsabile Qualità e accreditamento, Istituto Europeo di Oncologia; Claudia Panzeri Sociologia, Università degli Studi di Milano Bicocca; Elisabetta Trincherò CER GAS, SDA Bocconi, Area Public Management & Policy

Attribuzione

Il lavoro può essere attribuito agli Autori nel seguente modo: Brusoni §§ 1, 5.3, 7, Deriu § 6, Panzeri §§ 2, 5.1, 5.2, Trincherò §§ 3, 4

1. Premessa

Negli ultimi anni, la promozione di una cultura della sicurezza, è divenuta in tutti i Paesi sviluppati, uno dei problemi più rilevanti del settore sanitario. È ampiamente riconosciuto, infatti, che una positiva cultura della sicurezza sia uno dei passi significativi per ridurre gli errori in ospedale (Sorra, Nieva, 2003). La sicurezza nei settori produttivi o di servizi, in cui sono strutturalmente presenti rischi rilevanti per la salute delle persone, come in quello aeronautico, nucleare e militare, è ormai considerata come una proprietà del sistema, più che una connotazione individuale. Le aziende che ottengono performance di successo in condizioni complesse con livelli estremamente bassi di effetti negativi, sono chiamate «organizzazioni ad alta affidabilità» (*high reliability organizations - HRO*). Le aziende sanitarie entrano a pieno titolo nei settori ad alto rischio. Si tratta, dunque, di aziende in grado di operare in condizioni di elevata complessità, spesso in ambienti definibili come ostili, mantenendo limitato il rischio di «malfunzionamenti» ed evitando significative conseguenze non desiderate. Esse hanno come priorità la sicurezza, nella consapevolezza che i fattori organizzativi, gli approcci manageriali, i modelli di comportamento, il contesto cognitivo di riferimento, uniti ovviamente al fattore umano individuale, sono tra le cause principali di errore. Esse sono ancora più rilevanti dei fallimenti della tecnologia, come mostrato da alcuni studi (Weick, Sutcliffe, Obstfeld, 1997), grazie ai quali si sta rimettendo in discussione il paradigma che al crescere dell'automazione e del controllo corrisponda un incremento dell'affidabilità dei processi.

SOMMARIO

1. Premessa
2. Aziende sanitarie e cultura della sicurezza
3. Strumenti di indagine della cultura della sicurezza
4. Validazione per la realtà sanitaria italiana
5. Analisi dei dati
6. Implicazioni per il *management*
7. Conclusioni e passi futuri di ricerca

Obiettivo della ricerca presentata è dunque quello di verificare la possibilità di apprezzare e misurare la cultura organizzativa della sicurezza, attraverso l'utilizzo di uno strumento sviluppato e diffuso negli Stati Uniti, ma validato per il contesto sanitario italiano, definito *survey* o *culture survey*. Infatti, l'assunto logico di riferimento della ricerca è che la misura, condotta attraverso un questionario che rileva alcune dimensioni della cultura, è idonea a fornire induzioni con un elevato grado di affidabilità sul livello di sicurezza delle aziende sanitarie.

2. Aziende sanitarie e cultura della sicurezza

Il miglioramento della sicurezza del paziente (d'ora in poi *patient safety*) è divenuto una priorità per gli ospedali statunitensi, anche alla luce dell'elevata attenzione dedicata a tale tema da parte di prestigiosi istituti di rilevanza internazionale. In particolare, due report – *To err is human* (Khon et al., 1999) e *An organization with a memory* (Department of Health, UK, 2000) – evidenziano il ruolo della cultura organizzativa nel prevenire il manifestarsi di imprevisti ed errori (la gestione dell'inatteso). Tuttavia, il miglioramento della sicurezza del paziente rappresenta una sfida tutt'altro che facile da realizzare, in quanto implica numerosi e complessi cambiamenti delle variabili organizzative coinvolte nel sistema sanitario. In particolare, il miglioramento della *patient safety* richiede sostanziali modifiche dei processi di lavoro (Campbell, Thompson, 2004; Chamberlain-Webber, 2004), una ponderata ri-progettazione e ri-pianificazione dei servizi sanitari e una positiva cultura della sicurezza. La cultura della sicurezza di un'azienda contribuisce in modo determinante alla sua affidabilità in quanto:

- una positiva cultura della sicurezza si fonda su una collaudata *reporting culture*, vale a dire una abitudine a rilevare e analizzare situazioni o eventi anomali;
- una buona cultura della sicurezza deve riflettere una profonda e condivisa comprensione dell'importanza di controllare i *Performance Shaping Factors* (PSF),¹ che possono influenzare l'errore umano.

Dunque la sicurezza si configura soprattutto come una «sicurezza attuata». La sicurezza, in questo senso, non è eseguire correttamente e passivamente le norme; la sicurezza è un sapere prevalentemente tacito, incorporato nelle pratiche lavorative, organizzative e interorganizzative (Gherardi, Nicolini, Odel-la, 1997). La creazione di una forte e positiva cultura della sicurezza è uno dei compiti più difficili e critici da realizzare da parte dei leader di organizzazioni ad alto rischio (Roberts, Rousseau, 1989). Sebbene il dibattito sul tema sia diffuso, sono ancora relativamente un numero limitato le realtà sanitarie in cui l'alta direzione destina adeguato tempo e sufficienti risorse a favore della *patient safety* (Leape et al., 2005). Infatti, spesso la cultura non giunge agli artefatti, ma si arresta alla dichiarazione generica della sicurezza come valore, che non riesce così a trasferirsi nella cultura in uso (Bodega, 1997).²

Un crescente numero di studi si sta occupando dell'analisi della cultura della sicurezza in organizzazioni complesse e ad alto rischio. Dalla *review* della letteratura emerge come vi sia un considerevole dibattito in corso su come può essere definita la cultura della sicurezza e sulla distinzione tra quest'ultima e il clima della sicurezza, che non è netta e precisa, ma è in gran parte legata a differenti tradizioni di ricerca.

La distinzione tra cultura e clima non è netta e precisa, ma è in gran parte legata a differenti tradizioni di ricerca: gli studiosi della cultura tendono a privilegiare metodi qualitativi; al contrario i teorici del clima prediligono i metodi quantitativi e in particolare l'utilizzo di questionari. Al di là di tali differenze, in via generale, si propone di adottare la seguente distinzione operativa: *mentre la cultura si radica nei valori più profondi e nelle norme che influenzano il modo di pensare e agire dell'individuo e si manifesta negli artefatti (oggetti e azioni), il clima è una sua descrizione parziale, ottenuta dalle percezioni del personale* (Tourangeau et al., 2000). Il clima, dunque, riflette il livello più superficiale della cultura. In questo senso, si può dire che il *safety climate* è dato dalle componenti della *safety culture*, come ad esempio, il comportamento manageriale, la percezione della sicurezza da parte dei membri organizzativi, misurabili attraverso l'utilizzo della tecnica detta *sur-*

vey. Questa tecnica – per *costruzione* direbbe un matematico – *trascura* l'osservazione diretta di qualunque artefatto: l'indagine si svolge attraverso l'analisi della percezione delle persone, espressa tramite la risposta alle domande del questionario (Tourangeau *et al.*, 2000).

3. Strumenti di indagine della cultura della sicurezza

Come indagare allora la cultura della sicurezza in un settore altamente complesso e volto a operare in condizioni di estrema incertezza, quale quello sanitario? L'utilizzo di *safety climate survey* è sempre più frequente nelle aziende sanitarie e sono numerosi gli strumenti di misurazione sviluppati a tale scopo (Flin *et al.*, 2006). Tra gli strumenti di analisi della *Patient Safety Culture* a oggi sviluppati, i seguenti sono consigliati dal *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)*:³

– *The Stanford Patient Safety Climate in HCOs* (Singer *et al.*, 2003). È uno strumento validato per misurare la cultura della sicurezza e il clima in aziende ospedaliere di diversa tipologia coinvolgendo le diverse figure professionali presenti;⁴

– *The Safety Climate Survey* (Helmreich, Sexton *et al.*, 2004). È uno strumento testato in diversi Paesi. Presenta facilità di utilizzo e velocità di compilazione a scapito dell'eshaustività di indagine su dimensioni potenzialmente rilevanti;⁵

– *The Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sorra, Nieva, 2004). È uno strumento validato per misurare la cultura e clima della sicurezza. Tra gli obiettivi dichiarati è quello di fornire allo staff un *feedback* che rafforzi la consapevolezza dell'importanza della *patient safety* e di una cultura della sicurezza positiva. Rappresenta dunque la base su cui poi sviluppare progetti di intervento sulle prassi e i comportamenti.⁶

È tra tali strumenti, che prevedono, in estrema sintesi, interviste semi-strutturate al *top management*, interviste strutturate al personale infermieristico e medico e visite sul campo condotte con una griglia di osservazione, che si è identificata la *survey* da testare nella specifica realtà italiana. Tutti

gli strumenti presentati misurano il clima e la cultura della sicurezza, tuttavia, vi sono delle sostanziali differenze per quanto concerne il *focus* della valutazione e la capacità di comprensione del fenomeno oggetto di studio. Nella **tabella 1** vengono individuati gli obiettivi generali, i contenuti, i target di destinatari, le dimensioni coperte, la validazione dei risultati e la disponibilità di dati. Nella **tabella 2**, degli stessi strumenti vengono analizzati i punti di forza e debolezza caratterizzanti, alla luce dei requisiti individuati.

Lo strumento di valutazione analizzato in questa ricerca è il questionario della AHRQ (*The Hospital Survey on Patient Safety Culture* di Sorra e Nieva, 2004),⁷ che risulta quello più facilmente traducibile in leve gestionali concrete e maggiormente in grado di individuare le implicazioni pratiche e il ruolo dell'alta direzione delle aziende ospedaliere nel creare una forte cultura della sicurezza. Fine ultimo della valutazione della *safety culture* è, infatti, proprio quello di individuare alcune raccomandazioni operative da proporre alla direzione delle aziende sanitarie, per orientare i comportamenti non solo dei professionisti direttamente coinvolti nei processi aziendali, ma anche di tutto lo staff tecnico amministrativo di supporto. Si tenga conto che la somministrazione del questionario, in molti casi, potrebbe rappresentare, per le aziende sanitarie, il primo contatto intensivo ed estensivo con l'ambito della *patient safety*: se, infatti, a livello di alcune categorie professionali il tema è percepito e se a livello direzionale molte aziende lo hanno inserito tra gli obiettivi strategici, in poche realtà sono stati attivati progetti di cambiamento che coinvolgano tutto il personale. Non solo: si può anche ipotizzare, in accordo con quanto affermato da Bodega (1997) e Schein (2000), che la somministrazione di un questionario, innesci un processo di costruzione della consapevolezza individuale e dell'apprendimento organizzativo, che, in questo caso, potrebbe portare a un percorso di costruzione condivisa, di attribuzione di senso e significato al termine *patient safety*, muovendo l'organizzazione verso nuovi comportamenti consapevoli (Weick, Roberts, 1993).

Anche l'accessibilità a un *database* di riferimento della realtà statunitense costan-

Strumento	<i>Stanford/PSCI culture survey</i>	<i>Safety Climate Survey and Healthcare, Institute for Healthcare Improvement</i>	<i>The Hospital survey on Patient Safety Culture - Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Obiettivo e descrizione dello strumento	«Misurare e comprendere i comportamenti inerenti la cultura della sicurezza dei pazienti e la cultura organizzativa, e come tali comportamenti variano tra ospedali, unità operative, figure professionali»	«Ottenere informazioni riguardo la percezione della sicurezza degli operatori <i>front line</i> e l'impegno manageriale verso la sicurezza. Mostrare eventuali differenze tra dipartimenti. La sua ripetizione nel tempo permette di stabilire programmi di intervento e di verificarne l'impatto. Rappresenta dunque uno strumento possibile per sviluppare, migliorare e monitorare cambiamenti nella cultura della sicurezza»	«Aiutare gli ospedali a determinare il grado in cui le loro componenti culturali enfatizzano l'importanza della sicurezza dei pazienti, favoriscono l'apertura al dialogo e la discussione degli errori; creano un'atmosfera di continuo apprendimento e miglioramento, anziché una cultura di colpevolizzazione e punizione»
Costruzione e sviluppo	Adattato da cinque precedenti questionari statunitensi (aviazione e sanità)	Non chiaro	Sviluppato sulla base della letteratura inerente gli errori, i fallimenti, i sistemi di <i>reporting</i> ; delle <i>survey</i> già esistenti sulla cultura della sicurezza; di interviste effettuate con personale e management ospedaliero
Dimensioni e item	16 dimensioni - 30 <i>item</i>	Dimensioni non identificate - 19 <i>item</i>	12 dimensioni - 42 <i>item</i> raggruppate in 4 sottogruppi: livello unità, livello ospedale, variabili <i>outcome</i> , altre misure
Test & applicazione	15 ospedali in California, campione di 6312, tasso di risposta 47.4%	Numerosi ospedali sia negli USA che in Europa	Pilotato in 12 ospedali nel 2003 negli USA
Storia test e risultati	Dopo una prima revisione 82 <i>item</i> ; con la revisione finale 30 <i>item</i> più dati socio demografici, lasciando almeno 1-2 <i>item</i> per dimensione	Risultati della seconda <i>survey</i> mostrano un miglioramento nella percezione dello staff della cultura della sicurezza, in relazione a una riduzione degli errori, sistema dei turni	L'analisi psicometrica (analisi affidabilità, analisi correlazioni e varianza...) fornisce una solida evidenza empirica che supporta le 12 dimensioni e i 42 <i>item</i>

Tabella 1

Caratteristiche degli strumenti di indagine

temente aggiornato ha pesato sulla scelta dello strumento da testare: nel 2007 tale *database* conteneva i dati di 108.621 questionari compilati in 382 ospedali. Il tasso medio di risposta per ciascun ospedale era del 56 per cento, con un numero medio di questionari compilati per ospedale di 284. Le caratteristiche dei 382 ospedali erano rappresentative delle strutture sanitarie statunitensi registrate presso la *American Hospital Association (AHA)*, sia per dimensione (numero di posti-letto), sia per distribuzione geografica. La percentuale di ospedali non universitari era del 76 per cento, mentre la percentuale di ospedali privati era del 72 per cento sul totale. Tale *database* può rappresentare un utile riferimento, anche se occorre ricordare che: (i) i 382 ospedali non

sono un campione selezionato di tutte le realtà ospedaliere statunitensi, bensì rappresentano quegli ospedali che scelto di aderire volontariamente al progetto; (ii) il personale che ha somministrato la *survey* non è stato formato e il processo di somministrazione non è stato orientato né standardizzato (ad esempio, in alcuni ospedali il questionario è stato somministrato in formato cartaceo, in altri in formato elettronico). Inoltre in alcuni ospedali il questionario è stato somministrato a tutto il personale, mentre in altri ospedali solo a una percentuale (senza peraltro fornire la metodologia di scelta). Ulteriori studi dovranno essere condotti per verificare che tali differenze possano aver condizionato le risposte; (iii) infine, non sono stati condotti *audit* sull'accuratezza

	<i>Stanford/PSCI culture survey</i>	<i>Safety Climate Survey and Healthcare, Institute for Healthcare Improvement</i>	<i>The Hospital survey on Patient Safety Culture - Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Validità	Test pilota, test consistenza interna e dimensionalità. I 5 fattori individuati (organizzazione, dipartimento, produzione, reporting e ricerca di aiuto, consapevolezza) sono differenti dalle altre dimensioni. No validazione esterna	Test pilota, test di consistenza. No ulteriori informazioni su validazione	Validato a tutti i livelli
Rilevanza e capacità di comprensione	Copertura di molte dimensioni rilevanti (1-2 <i>item</i> per dimensione)	Copre dimensioni rilevanti, ma in modo molto «snello». Bassa capacità di comprensione	Alta copertura e capacità di comprensione delle più importanti dimensioni di <i>safety culture</i> elencate in letteratura
Praticità	Relativamente breve, 30 <i>item</i>	Accompagnato da linee guida; facile da gestire e compilare; fornisce un buon campione di dati su cui effettuare analisi statistiche	Questionario lungo
Benchmarking	Sì, tra ospedali	Sì, tra ospedali	Sì, tra ospedali
Cambiamenti	Possibili	Possibili	Possibili
Non località	Prodotto negli USA	Prodotto negli USA, testato sia negli USA che in Europa	Prodotto e testato negli USA
Orientamento lavorativo	Cerca di coprire tutto il personale ospedaliero e le diverse specializzazioni	Diretto agli operatori <i>front-line</i>	Cerca di coprire tutto il personale ospedaliero e le diverse specializzazioni
Documentazione e disponibilità	Documentazione pubblicata (Singer <i>et al.</i> , 2003). Risultati sono resi disponibili direttamente dagli autori	Sviluppato come collaborazione tra Texas Center of Patient Safety Research and Practice, Università del Texas (Sexton J.B., Helmreich R., Thomas E.) e ospedale John Hopkins (Peter Pronovost) http://www.ihl.org	Documentazione pubblicata (Sorra, Nieva, 2004) www.ahrq.gov/qual/hospculture/

dei dati inviati dagli ospedali. Il confronto, seppur non significativo, tra il *database* statunitense e quello italiano è presentato in tabella 9.

Il questionario proposto da Sorra e Nieva (presentato nella sua versione validata per la realtà sanitaria italiana in **allegato 1**) deve essere auto-compilato dai soggetti, senza l'ausilio di un intervistatore. Si compone di 42 aspetti indagati (*item*), strutturati secondo una scala Likert e aggregati in 12 dimensioni, che costituiscono altrettanti indici. Le 12 dimensioni componenti la *patient safety culture* sono indicate in **tabella 3** con relativo indice Alfa di Cronbach.⁸

Nel questionario è inclusa anche una do-

manda aperta, per consentire ai rispondenti di esprimere in modo personale, autonomo e creativo un commento sulla sicurezza dei pazienti, sugli errori, sul sistema di *reporting* all'interno dell'ospedale di cui fanno parte.

Data la complessità e la delicatezza del tema trattato, nella formulazione delle domande è stata posta particolare attenzione ad assicurare ai partecipanti l'anonimato, garantito anche attraverso il trattamento e la divulgazione dei dati in forma esclusivamente aggregata. Inoltre, per facilitare un elevato tasso di risposta, il questionario è stato progettato in modo da permettere una rapidità di compilazione.

Tabella 2
Classificazione
degli strumenti di indagine
in relazione ai requisiti
essenziali

Tabella 3

Dimensioni, indici e aspetti indagati del questionario

Legenda: (R) la scala di valutazione delle risposte alle domande con accezione negativa viene ribaltata (cfr. § 5.2)

Indice	Definizione	Aspetti indagati (<i>item</i>)
INDICE 1 - Capacità di lavoro in team all'interno delle unità operative (<i>Teamwork with units</i>) Alpha di Cronbach: .83	I membri del <i>team</i> si supportano tra loro, si trattano con rispetto e lavorano insieme con un alto grado di coordinazione	A2. In questa unità gli operatori si aiutano l'un l'altro A4. Quando abbiamo molto lavoro che deve essere fatto velocemente, per completarlo, operiamo insieme come una squadra A5. In questa unità, le persone si rispettano reciprocamente A12. Quando in un'area di questa unità si è veramente sovraccarichi di lavoro, i colleghi vengono in aiuto
INDICE 2 - Aspettative e azioni da parte del management per la promozione della sicurezza (<i>Supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety</i>) Alpha di Cronbach: .75	Il management tiene conto dei consigli forniti dallo staff ospedaliero, elogia lo staff che segue le procedure, e non trascura i problemi di sicurezza del paziente	B20. Il mio superiore si complimenta quando vede un lavoro fatto in accordo con ciò che stabiliscono le procedure per la sicurezza del paziente B21. Il mio superiore considera seriamente le proposte del personale per migliorare la sicurezza del paziente B22 (R). Quando siamo sotto pressione il mio superiore ci chiede di fare in fretta, persino se ciò significa «darci un taglio/sorvolare» B23 (R). Il mio superiore trascura i problemi di sicurezza che si ripresentano più volte
INDICE 3 - Supporto fornito dal management ospedaliero alla sicurezza dei pazienti (<i>Management support for patient safety</i>) Alpha di Cronbach: .83	La direzione ospedaliera favorisce lo sviluppo di un clima organizzativo che promuove la sicurezza dei pazienti, in quanto ritenuta una priorità	F34. La direzione di questo ospedale garantisce un clima organizzativo che promuove la sicurezza del paziente F41. Le scelte della direzione di questo ospedale dimostrano che la sicurezza del paziente è una priorità assoluta F42 (R). La direzione ospedaliera sembra interessata alla sicurezza dei pazienti solo dopo che si è verificato un evento avverso
INDICE 4 - Apprendimento organizzativo e miglioramento continuo (<i>Organizational learning-continuous improvement</i>) Alpha di Cronbach: .76	C'è una cultura volta ad apprendere, nella quale gli errori conducono a cambiamenti positivi, e questi sono valutati per la loro efficacia	A7. Stiamo attivamente facendo qualcosa per migliorare la sicurezza del paziente A10. Gli errori da noi hanno condotto a cambiamenti positivi A14. Dopo aver introdotto cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente, valutiamo la loro efficacia
INDICE 5 - Percezione della sicurezza dei pazienti nel suo complesso (<i>Overall perception of patient safety</i>) Alpha di Cronbach: .74	Le procedure e i sistemi vigenti contribuiscono positivamente alla prevenzione degli errori	A11 (R). È solo per caso che qui non accadano errori più seri A16. La sicurezza del paziente non è mai trascurata per fare più lavoro A18 (R). In questa unità abbiamo problemi con la sicurezza dei pazienti A19. Le nostre procedure e i nostri sistemi sono in grado di prevenire gli errori
INDICE 6 - <i>Feedback</i> e comunicazione relativa agli errori (<i>Feedback and communication about errors</i>) Alpha di Cronbach: .78	Le persone sono informate degli errori che accadono, ricevono un <i>feedback</i> sui cambiamenti adottati, e discutono modalità per prevenire gli errori	C24. Riceviamo informazioni sui cambiamenti posti in essere in seguito alla segnalazione di un evento (errore, incidente o deviazione dalla norma/regolamento) C26. Siamo informati degli errori che avvengono in questa unità C28. In questa unità, discutiamo le modalità per prevenire il ripetersi degli errori
INDICE 7 - Apertura alla comunicazione (<i>Communication openness</i>) Alpha di Cronbach: .72	Le persone parlano liberamente se vedono qualcosa che potrebbe danneggiare il paziente e si sentono libere di sollevare dubbi o domande	C25. Il personale può parlare liberamente se vede qualcosa che possa influire negativamente sulla sicurezza del paziente C27. Il personale si sente libero di chiedere chiarimenti relativamente alle decisioni o alle azioni di coloro che hanno più autorità C29 (R). Il personale ha timore di porre domande quando qualcosa non gli sembra giusto

segue **Tabella 3**

<p>INDICE 8 - Frequenza degli eventi avversi riportati (<i>Frequency of evented reported</i>) Alpha di Cronbach: .84</p>	<p>Vengono riportate le seguenti tipologie di errori: 1) errori individuati e corretti prima che danneggino il paziente 2) errori che non incidono negativamente sul paziente 3) errori che avrebbero potuto danneggiare il paziente, ma non lo hanno fatto</p>	<p>D30. Quando accade un errore che viene <i>individuato e corretto prima che possa danneggiare il paziente</i>, quanto spesso viene segnalato/reso noto? D31. Quando accade un errore che <i>non è in grado di danneggiare il paziente</i>, quanto spesso viene segnalato/reso noto? D32. Quando accade un errore che <i>potenzialmente potrebbe ledere il paziente</i>, ma che nel caso specifico non lo ha fatto, quanto spesso viene segnalato/reso noto?</p>
<p>INDICE 9 - Capacità di lavoro in team tra le diverse unità operative (<i>Teamwork across units</i>) Alpha di Cronbach: .80</p>	<p>Le unità ospedaliere cooperano e sono coordinate tra loro in modo tale da fornire la migliore assistenza possibile ai pazienti</p>	<p>F35 (R). Le unità operative di questo ospedale non sono ben coordinate l'una con l'altra F37. C'è una buona cooperazione tra le unità operative che devono lavorare insieme F39 (R). Spesso non è piacevole lavorare con il personale di altre unità operative F43. Le unità operative di questo ospedale lavorano insieme per assicurare al paziente l'assistenza migliore</p>
<p>INDICE 10 - Dimensionamento del personale (<i>Staffing</i>) Alpha di Cronbach: .63</p>	<p>C'è abbastanza disponibilità di personale in grado di gestire il carico di lavoro e le ore lavorative sono strutturate in modo tale da garantire la migliore assistenza ai pazienti</p>	<p>A3. Abbiamo abbastanza personale per far fronte al nostro carico di lavoro A6 (R). In questa unità i turni sono più lunghi di ciò che sarebbe ottimale per l'assistenza del paziente A8 (R). Utilizziamo più personale «temporaneo» e «di cooperativa» di quanto sia ottimale per l'assistenza del paziente A15 (R). Lavoriamo costantemente in emergenza, cercando di fare troppo, troppo velocemente</p>
<p>INDICE 11 - Passaggi di consegna e trasferimenti (<i>Handoffs and transitions</i>) Alpha di Cronbach: .80</p>	<p>Le informazioni importanti sulla sicurezza dei pazienti circolano tra le diverse unità operative e durante i cambi di consegna</p>	<p>F36 (R). Quando un paziente viene trasferito da un'unità ad un'altra vi è una interruzione della continuità delle cure F38 (R). Informazioni importanti per l'assistenza del paziente sono spesso perse durante i cambi di turno F40 (R). I problemi spesso accadono nello scambio di informazioni tra unità operative F44 (R). I cambi di turno in questo ospedale sono problematici per i pazienti</p>
<p>INDICE 12 - Messa in atto di risposte non punitive di fronte ad eventuali errori (<i>Nonpunitive Response to Error</i>) Alpha di Cronbach: .79</p>	<p>Le persone sentono che eventuali errori commessi o eventi riportati non vengono utilizzati contro di loro, che gli sbagli non vengono segnalati nella loro scheda personale</p>	<p>A9 (R). Gli operatori hanno l'impressione che i propri errori siano utilizzati contro di loro A13 (R). Quando viene riferito un evento (errore, incidente o deviazione dalla norma/regolamento) sembra che sia messo sotto processo la persona piuttosto che il problema A17 (R). Il personale è preoccupato che gli errori commessi finiscano nella propria scheda personale</p>

4. Validazione per la realtà sanitaria italiana

4.1. Definizione del campione di indagine

Nella definizione del campione di indagine si è tenuto conto di due ordini di fattori: (i) la significatività del bacino identificato a rispondere al quesito di ricerca; (ii) l'omogeneità tra il bacino identificato e il bacino di indagine USA al fine di rendere possibile un confronto delle informazioni rilevate.

La strategia di ricerca ha previsto dunque di condurre l'analisi su aziende ospedaliere della Regione Lombardia, al fine di neutralizzare l'effetto delle *policy* regionali e di permettere quindi una affidabile validazione dello strumento. Infatti, il modello di sanità adottato in Regione Lombardia è il più simile al modello americano, per due ordini di motivi, per il fatto che è prevista una separazione tra *purchaser* e *provider* e per il fatto che condivide lo stesso modello

di accreditamento (*Joint Commission*). Nel processo di validazione dello strumento sono state dunque coinvolte sei aziende ospedaliere lombarde, attraverso il rispettivo *quality officer e/o risk manager* (le caratteristiche delle aziende ospedaliere coinvolte sono riportate in **tabella 4**).

4.2. Metodologia

Poiché il questionario da validare si caratterizza per un elevato livello di strutturazione, non volendosi discostare dal modello statunitense, dopo una prima traduzione dall'inglese all'italiano dello strumento di indagine identificato, si è ritenuto utile effettuare una prima verifica di affidabilità dello strumento attraverso una *face validity*.⁹ Tale fase ha coinvolto un *panel* di esperti, composto dai *quality officer e/o risk manager* delle aziende ospedaliere selezionate e moderato dai ricercatori (studiosi di *quality management, patient safety*). Si è poi passati a una successiva fase di pre-test dello strumento, che ha permesso una valutazione più specifica dei contenuti attraverso una prima somministrazione del questionario a unità operative pilota. Infine, si è proceduto alla vera e propria fase di test della validità dello strumento attraverso la sua somministrazione su di un campione più esteso, composto dagli operatori di tutte le unità operative di tre delle sei aziende ospedaliere.

Tabella 4

Caratteristiche delle aziende ospedaliere coinvolte

Azienda ospedaliera	Numero di posti-letto	Proprietà	Universitario e non universitario
A	1150	Pubblico	Universitario
B	730 accreditati 500 funzionanti	Pubblico	Non universitario
C	226 funzionanti	Privato	Universitario
D	Dato non disponibile	Pubblico	Non universitario
E	1400 accreditati 1250 funzionanti	Pubblico	Non universitario
F	730 accreditati 600 funzionanti	Pubblico	Universitario

Face validity

La *face validity* ha permesso di individuare alcune modifiche da apportare alla formulazione delle domande: si è trattato di lievi adattamenti terminologici della traduzione, al fine di rendere immediatamente comprensibili gli elementi indagati agli intervistati, non discostandosi tuttavia dal modello statunitense, anche per consentire eventuali, possibili confronti. In particolare, nella trasposizione alla realtà sanitaria italiana si è cercato di: (i) riflettere sul *senso* generale delle domande nello specifico contesto sanitario italiano; (ii) specificare il significato di alcune parole; (iii) effettuare degli adattamenti in alcune domande, in relazione allo specifico contesto sanitario italiano; (iv) riflettere sui processi su cui si focalizzano alcune domande; (v) effettuare degli adattamenti rispetto all'impaginazione grafica del questionario al fine di agevolare le operazioni di codifica per la successiva rielaborazione dei risultati. Il fatto che si sia apportato un numero limitato di modifiche di basso impatto, ha fornito una prima indicazione di massima della possibile validità dello strumento anche nel contesto sanitario italiano.

Pre-test

Il questionario modificato sulla base degli esiti della *face validity* è stato sottoposto a una successiva valutazione attraverso la sua somministrazione in alcune unità operative pilota. I risultati di questa prima somministrazione sono stati, infatti, analizzati e confrontati dai ricercatori e dal *panel* di esperti per verificare il grado di comprensione del questionario e dunque la reale possibilità di utilizzo dello strumento per il contesto sanitario italiano. Il pre-test del questionario è avvenuto con le seguenti modalità: (i) discussione e organizzazione della cosiddetta «giornata indice» in cui effettuare la somministrazione dei questionari con i *quality officer e/o risk manager* delle aziende sanitarie rientranti nel *panel* di riferimento; (ii) consegna e raccolta dei questionari ai soggetti intervistati nella giornata indice da parte dei coordinatori delle unità operative selezionate; (iii) invio dei questionari compilati ai ricercatori SDA Bocconi per l'analisi dei dati. La modalità di somministrazione, già nel pre-test, è stata unica per tutti gli ospedali e le unità

operative coinvolte, in modo da non inficiare la validità dei risultati ottenuti e le possibilità di eventuali confronti. In particolare, ai coordinatori delle unità operative coinvolte è stato espressamente richiesto di non fornire indicazioni relativamente alla compilazione dei questionari ai soggetti rispondenti, in modo tale da non influenzare in alcun modo le risposte fornite. La somministrazione del questionario alle unità operative pilota è avvenuta in una unica giornata, uguale per tutte le realtà identificate (13 giugno 2007), in 6 aziende ospedaliere, per un totale di 9

presidi ospedalieri. Il numero e la tipologia di unità operative a cui è stato somministrato il questionario sono differenti a seconda dell'azienda (cfr. **tabella 5**, che riporta anche il tasso di *redemption*). Si è trattato di una scelta di carattere discrezionale effettuata dalle aziende ospedaliere coinvolte, sulla base delle loro reali disponibilità, esigenze temporali e organizzative, familiarità con le unità operative identificate.

La somministrazione del questionario alle unità operative pilota ha coinvolto le professionalità presentate in **tabella 6**. Dall'analisi

AO	Presidio	UUOO	Questionari distribuiti	Questionari restituiti	Tasso percentuale di <i>redemption</i>
A	1	pneumologia	17	17	100
A	2	chirurgia	13	13	100
		TOTALE A	30	30	100
B	3	pediatria	20	17	85
B	3	medicina d'urgenza	15	12	80
B	3	chirurgia	11	11	100
		TOTALE B	46	40	87
C	4	oncologia	17	17	100
C	4	chirurgia	23	23	100
C	4	anestesia/BO	19	17	89
C	4	terapia intensiva	10	10	100
C	4	DH oncologico	15	12	80
		TOTALE C	84	79	94
D	5	medicina	13	13	100
D	6	medicina	12	9	75
D	7	pediatria	15	15	100
		TOTALE D	40	37	93
E	8	ematologia	15	15	100
E	8	neurochirurgia	15	12	80
E	8	oncologia	15	7	47
		TOTALE E	45	34	76
F	9	medicina	23	23	100
F	9	malattie infettive	15	12	80
F	9	pediatria	1	1	100
F	9	ostetricia	20	18	90
F	9	chirurgia	16	15	94
		TOTALE F	75	69	92
		TOTALE CAMPIONE	320	289	90

Tabella 5
Aziende ospedaliere (AO) e Presidi partecipanti alla fase di pre-test, unità operative (Uuoo) coinvolte e tasso di *redemption*

Figura professionale	Percentuale sul campione
Infermiere	51,5%
Medico	33,2%
Farmacista	1,1%
Amministrativo	0,4%
Fisioterapista	0,7%
Laureato sanitario non medico, infermiere, tecnico	0,4%
Tecnico sanitario	1,1%
OTA/OSS	6,7%
Altre figure professionali	4,9%
Totale	100%

Tabella 6

Popolazione rispondente al pre-test

della popolazione rispondente si evince una maggiore presenza di professionisti dell'assistenza rispetto al personale medico. È interessante notare la presenza del personale di supporto (OTA), solitamente non coinvolto in ricerche analoghe.

I dati relativi alla distribuzione del campione all'interno delle diverse aree ospedaliere sono presentati in **tabella 7**.

La somministrazione del questionario ha prodotto i risultati di seguito presentati nelle figure sotto riportate, che presentano i dati relativi alla fase di pre-test accorpati per indice (cfr. **figura 1**).

La fase di pre-test ha fornito utili indicazioni in merito sia al processo di somministrazione del questionario, sia a eventuali ulteriori modifiche da apportare alla sua stesura: per quanto riguarda il processo di somministrazione, l'alta adesione alla *survey* ha dimostrato un sostanziale interesse da parte dei soggetti intervistati verso il tema trat-

Tabella 7

Fase di pre-test: distribuzione dei rispondenti tra unità operative

U.O. di appartenenza	Percentuale sul campione
Medicina	17,6%
Chirurgia	21,5%
Ostetricia	6,2%
Pediatria	11,4%
Terapia intensiva	5,5%
Anestesia - blocco operatorio	4,8%
Oncologia	12,5%
Neurologia	4,2%
Altre UU.OO.	16,3%
Totale	100%

tato ma anche un buon funzionamento del processo di somministrazione. Per l'individuazione di eventuali ulteriori modifiche da apportare è stata invece molto utile l'analisi dei *missing value* (cfr. § 5.2), che ha permesso di identificare in modo selettivo elementi (*item*) che presentavano un basso tasso di risposta relativo, riferibile a una non chiarezza espositiva.

Test

La vera e propria somministrazione è avvenuta in tre delle sei aziende ospedaliere, coinvolgendo tutti i reparti nella compilazione. La riduzione del numero di aziende ospedaliere partecipanti alla *survey* è strettamente legata a motivazioni di natura organizzativa. Per gli ospedali non partecipanti a questa fase sarebbe stata necessaria una pianificazione anticipata, in quanto numerose sono le priorità e le attività in corso da conciliare e che richiedono tempo e risorse a disposizione. Dalla fase di collaudo è emerso che la modalità di somministrazione adottata si è rivelata efficace e si è deciso di mantenerla anche per la fase di test, identificando tre giornate indici (17, 18, 19 luglio 2007). Su un totale di 1414 questionari distribuiti, il tasso di risposta è stato del 76%, come indicato in **tabella 8**. Dei 1071 questionari restituiti, solo 1032 sono risultati validi. I dati sulla distribuzione tra professionisti delle risposte sono presentati in **tabella 10**.

5. L'analisi dei dati

5.1. Analisi dei *missing values*

Per *missing value* si indica la presenza di dati mancanti o non validi, casi in cui i soggetti partecipanti alla *survey* non hanno risposto a uno o più elementi (*item*) del questionario. La presenza di dati mancanti non può essere ignorata, in quanto i *missing value* possono avere gravi effetti negativi sull'affidabilità dei risultati. Nella fase pilota (pre-test), i *missing value* sono stati tenuti in considerazione per verificare se a un'alta percentuale di *missing value* corrispondesse una difficoltà di comprensione dell'*item*. Nella fase di test, invece, i *missing value* sono stati esclusi dall'analisi. Nella fase di test non sono stati presi in considerazione i *missing value*, in accordo con

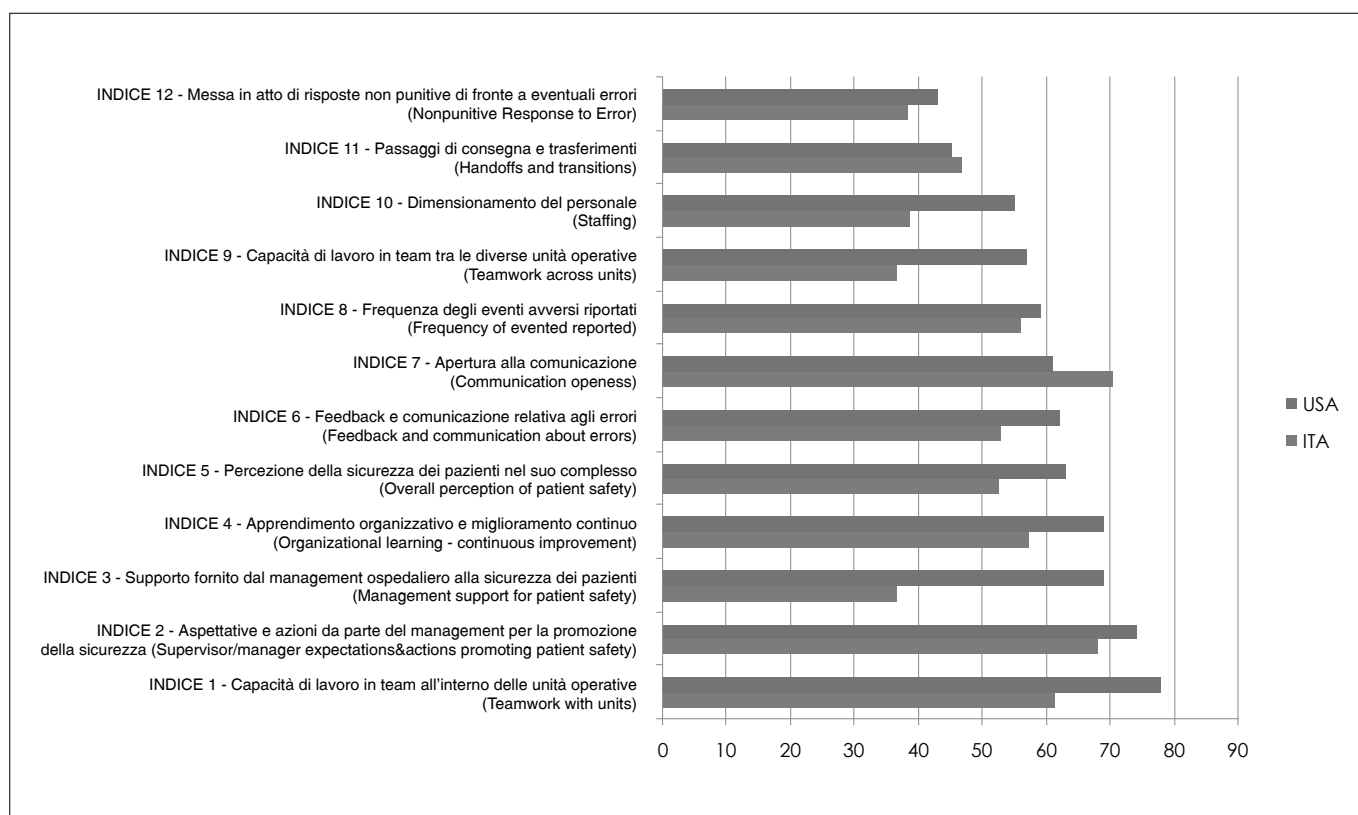


Figura 1

quanto stabilito dal modello di Sorra e Nieva di riferimento, al fine di rendere possibile il confronto dei dati rilevati dal campione italiano con il campione USA.

5.2. Data limitations e note metodologiche per l'analisi dei dati

In accordo con il modello Sorra e Nieva, si possono evidenziare le seguenti limitazioni all'uso dei dati:

- gli ospedali che hanno partecipato alla survey sia nella fase pilota di pre-test che in

quella di test vero e proprio non rappresentano un campione statisticamente significativo di tutti gli ospedali italiani: sono le aziende ospedaliere che hanno deciso di somministrare il questionario e di fornire i dati alla SDA Bocconi;

- i dati presentati dalle aziende ospedaliere sono stati puliti dai valori di *out-of-range* (per esempio, i valori di risposta non validi dovuti a errori di inserimento dati) e dalle schede non compilate (ovvero quando le risposte a tutte le domande non erano state compilate);

Tabella 8
Aziende ospedaliere (AO) e Presidi partecipanti alla fase di test e tasso di redemption

AO	Presidio	Questionari distribuiti	Questionari restituiti	Tasso percentuale di redemption
B	3	570	423	74
C	4	480	437	91
F	9	364	211	58
Totale campione		1414	1071	76

– non sono stati effettuati controlli supplementari per verificare l'esattezza dei dati presentati dagli ospedali.

Per quanto riguarda le principali note metodologiche per l'analisi dei dati, si può sintetizzare quanto segue:

– per gli aspetti indagati (*item*) di accezione positiva, è considerata percentuale risposta positiva la combinazione delle percentuali delle risposte ai primi due livelli positivi. Per esempio, per l'*item*: «Gli operatori in questa unità si aiutano l'un l'altro», se il 50% dei rispondenti di un ospedale segnala «fortemente d'accordo» e il 25% segnala «d'accordo», viene considerata una risposta positiva percentuale calcolata sommando i due valori ($50\% + 25\% = 75\%$);

– per gli aspetti indagati (*item*) di accezione negativa, è considerata percentuale risposta positiva, la combinazione delle percentuali dei risposte agli ultimi due livelli negativi. Per esempio, per l'*item*: «In questa unità abbiamo problemi con la sicurezza dei pazienti», se il 60% dei soggetti rispondenti di un ospedale segnala «fortemente in disaccordo» e il 20% segnala «disaccordo», viene considerata una risposta positiva percentuale, calcolata sommando i due valori ($60\% + 20\% = 80\%$), che indica che l'80% dei rispondenti non ritiene vi siano problemi con la sicurezza dei pazienti nell'unità operativa in cui lavorano;

– per la costruzione degli indici, sono state considerate esclusivamente le rispo-

ste positive medie in percentuale di ciascun aspetto indagato (*item*) appartenente all'indice. Ad esempio, per un indice composto da tre *item*, le cui risposte positive medie in percentuale sono rispettivamente 50%, 55% e 60%, l'indice di risposte medie positive è così calcolato: $(50\% + 55\% + 60\%)/3 = 55\%$.

5.3. Analisi e commenti alle risposte chiuse e alle risposte aperte del questionario

Analisi e commenti alle risposte chiuse del questionario

Nel complesso il quadro delle risposte è riportato in **tabella 9**.¹⁰

Esaminando i risultati aggregati delle risposte alla fase di test (1071 questionari restituiti), è possibile analizzare gli esiti delle risposte in base alla percentuale di risposte positive ottenute nei vari indici dal campione nel suo complesso. Tra le risposte maggiormente positive (con una percentuale superiore al 60%) vi sono gli indici 7 (*Apertura alla comunicazione*, con un valore del 70,5%), l'indice 2 (*Aspettative e azioni da parte del management per la promozione della sicurezza*, con una percentuale del 68,1%) e l'indice 1 (*Capacità di lavoro in team all'interno delle unità operative*, con una percentuale del 61,3%). Questo potrebbe indicare una disponibilità positiva alla comunicazione, soprattutto a livello di *micro-team*, e un'attesa di interventi *top-down* di rinforzo di tale propensione positiva.

Tabella 9

Fase di test: quadro delle risposte

Indice	A Positivi % campione italiano	B Positivi % campione USA	Scostamento (a - b)	Note
INDICE 1 - Capacità di lavoro in team all'interno delle unità operative (<i>Teamwork with units</i>)	61,3	78,0	- 16,7	La capacità di lavoro in equipe, come ben noto, è essenziale. Grazie al <i>teamwork</i> , infatti, non si imparano solo regole e procedure, ma anche un <i>gergo</i> , i ruoli lavorativi, i sistemi di coordinamento e controllo, le norme sociali, i comportamenti richiesti e quelli «sanzionati» dalla comunità professionale di appartenenza
INDICE 2 - Aspettative e azioni da parte del management per la promozione della sicurezza (<i>Supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety</i>)	68,1	74,0	- 5,9	L'impegno da parte del management a tenere in considerazione le segnalazioni da parte dello staff ospedaliero, a non trascurare i problemi relativi alla sicurezza e a incentivare la diffusione di una positiva cultura della sicurezza non può essere sottovalutato. Al contrario, il <i>commitment</i> manageriale è un requisito essenziale, una priorità che non può essere posta in secondo piano
INDICE 3 - Supporto fornito dal management ospedaliero alla sicurezza dei pazienti (<i>Management support for patient safety</i>)	36,7	69,0	- 32,3	È questo uno degli aspetti su cui sembra essenziale porre l'attenzione. La direzione ospedaliera ha la responsabilità di favorire lo sviluppo di un clima organizzativo che promuova la sicurezza dei pazienti

segue Tabella 9

Indice	A Positivi % campione italiano	B Positivi % campione USA	Scostamento (a - b)	Note
INDICE 4 - Apprendimento organizzativo e miglioramento continuo (<i>Organizational learning-continuous improvement</i>)	57,2	69,0	- 11,8	È fondamentale la ricerca di modalità che spingano lo staff ospedaliero ad apprendere dalle lezioni negative e a tradurle in azioni positive concrete. A tal fine sembra necessario focalizzarsi su quella che Reason chiama <i>learning culture</i> (1997)
INDICE 5 - Percezione della sicurezza dei pazienti nel suo complesso (<i>Overall perception of patient safety</i>)	52,5	63,0	- 10,5	È interessante notare come la percezione della <i>patient safety</i> nel suo complesso non sia sempre in linea con quanto affermato nel resto della <i>survey</i>
INDICE 6 - <i>Feedback</i> e comunicazione relativa agli errori (<i>Feedback and communication about errors</i>)	52,8	62,0	- 9,5	La comunicazione sugli errori è uno degli aspetti su cui è necessario focalizzarsi, per contribuire alla diffusione di una positiva cultura di <i>patient safety</i> . La mancata manifestazione di situazioni di errore può costituire un ostacolo all'apprendimento organizzativo, in quanto le medesime condizioni possono ripresentarsi in futuro ad un altro operatore che, al contrario del primo, potrebbe essere impreparato a gestire il problema (Montefusco, 2005)
INDICE 7 - Apertura alla comunicazione (<i>Communication openness</i>)	70,5	61,0	+ 9,5	Si evidenzia un migliore posizionamento da parte delle aziende ospedaliere oggetto del nostro studio
INDICE 8 - Frequenza degli eventi avversi riportati (<i>Frequency of evented reported</i>)	55,9	59,0	- 3,1	La segnalazione dell'errore dovrebbe essere incoraggiata e innescare un'analisi delle relative cause, focalizzata sulle interazioni tra persone, processi, tecnologie, cultura organizzativa e fattori ambientali (Catino, 2006)
INDICE 9 - Capacità di lavoro in team tra le diverse unità operative (<i>Teamwork across units</i>)	36,7	57,0	- 20,3	I membri dello <i>staff</i> ospedaliero devono riuscire a combinare un'elevata competenza e specializzazione tecnica per lo svolgimento dei loro compiti specifici con una grande capacità di generalizzare per essere in grado di comprendere il sistema nel suo insieme e quindi di coordinare le proprie azioni con quelle degli altri. Vi sono infatti tre caratteristiche nelle HRO che contraddistinguono l'operare di ciascuno in ogni istante (Weick, Roberts, 1993): (i) comprensione (<i>understanding</i>) - ogni individuo possiede una corretta rappresentazione del contesto, delle azioni degli altri e dei vincoli cui deve sottostare; (ii) subordinazione (<i>subordinating</i>) - ogni individuo percepisce le relazioni di subordinazione delle proprie azioni a quelle degli altri membri e ai vincoli generali del sistema; (iii) contribuzione (<i>contributing</i>) - ogni individuo è consapevole in ogni momento di quali siano le azioni a lui richieste e qual è il contributo che esse apportano al risultato del gruppo. È evidente come queste caratteristiche si rivelino di estrema importanza nelle attività operative quotidiane delle aziende ospedaliere, che ricordiamo si caratterizzano per l'alta complessità e l'estrema incertezza e imprevedibilità. È evidente dunque la necessità e l'urgenza per le direzioni ospedaliere di investire sul <i>teamwork</i> e sui meccanismi di collaborazione e coordinamento tra le diverse unità operative, affinché le unità operative siano in grado di cooperare, di coordinarsi e lavorare insieme per garantire l'assistenza migliore ai pazienti
INDICE 10 - Dimensionamento del personale (<i>Staffing</i>)	38,7	55,0	- 16,4	Lavorare a ritmi pressanti, senza che vi sia un adeguato <i>turnover</i> degli operatori, rappresenta una pericolosa fonte di stress che ostacola l'apprendimento, in quanto impedisce alle persone di fare proprie le nuove conoscenze, di interiorizzare nuovi fatti, nuove informazioni. Non solo, ma come osserva Weick (1987), molte ricerche hanno evidenziato che le situazioni di stress tendono a far regredire la capacità delle persone nell'affrontare situazioni complesse e a dimenticare le risposte e le modalità di azione e riflessione apprese. In situazioni di stress le persone possono dimenticare le risposte appropriate e affrontare le situazioni complesse con risposte primitive e non adeguate al contesto
INDICE 11 - Passaggi di consegna e trasferimenti (<i>Hand-offs and transitions</i>)	46,8	45,0	+ 1,8	I trasferimenti rappresentano un processo particolarmente critico, sul quale si può intervenire in chiave migliorativa
INDICE 12 - Messa in atto di risposte non punitive di fronte ad eventuali errori (<i>Nonpunitive Response to Error</i>)	38,3	43,0	+ 4,7	I teorici delle HRO ritengono che uno dei pilastri essenziali su cui si fonda una positiva cultura della sicurezza è proprio la <i>concezione positiva dell'errore</i> (Weick, Sutcliffe, 2002). Operazione tutt'altro che facile da realizzare, in quanto ostacolata dal quadro legislativo italiano, dove l'errore umano è perseguibile penalmente. Tale scelta legislativa influisce in modo determinante, disincentivando a segnalare i propri errori, indipendentemente dalla cultura organizzativa della singola struttura (Morris, Moore, 2000)

In una fascia intermedia si collocano le risposte agli indici 4 e 8 (rispettivamente *Apprendimento organizzativo e miglioramento continuo*, con il 57,2% e *Frequenza degli eventi avversi riportati*, con il 55,9%) e degli indici 6 e 5 (rispettivamente *Feedback e comunicazione relativa agli errori*, con il 52,8% e *Percezione della sicurezza dei pazienti nel suo complesso*, con il 52,5%) che potrebbero indicare un orientamento all'apprendere dagli eventi avversi, apertura su cui far leva per la diffusione di una *no-blame culture*. Tra gli indici meno positivi si trovano l'indice 3 e l'indice 9 (*Supporto fornito dal management ospedaliero alla sicurezza dei pazienti e Capacità di lavoro in team tra le diverse unità operative*, entrambi con il 36,7%). Tra l'altro proprio questi due indici manifestano lo scostamento negativo maggiore rispetto al confronto con il campione statunitense, indicando una possibile interessante area di miglioramento verso cui far convergere interventi organizzativi. È altresì interessante notare come uno degli indici maggiormente positivi, vale a dire l'indice 7 sia anche uno di quelli per cui il campione italiano si posiziona in modo migliore rispetto al campione USA, con uno scostamento in meglio del 9,5%.

Naturalmente questa prima rilettura dei risultati non può che costituire una verifica preliminare del modo in cui interpretare gli esiti della *survey* e una sorta di simulazione sui possibili utilizzi. Le reazioni specifiche delle diverse aziende sanitarie ai risultati sopra esposti possono variare in funzione degli

obiettivi dell'alta direzione, della sensibilità al tema, delle azioni sostenibili che possono essere intraprese in tempi brevi e dei reali spazi di azione all'interno del contesto regionale.

Analisi e commenti alle risposte aperte del questionario

Come già accennato, la parte finale del questionario utilizzato nella ricerca lascia uno spazio per risposte libere e commenti. Di seguito si ripercorrono tali risposte, sempre in modo aggregato, allo scopo di rilevare aspetti che chi ha risposto ha ritenuto meritevoli di essere ulteriormente sottolineati, e che si prestano quindi a un'analisi specifica. Si tratta, in tutto, di 126 risposte su 1032 questionari validi. La distribuzione delle risposte è presentata nella **tabella 10**.

Infermieri, medici e OTA/OSS si confermano, nell'ordine, i tre gruppi professionali più consistenti nel *panel* delle risposte e i più numerosi anche nel desiderio di fornire un proprio contributo esplicativo al tema proposto dall'indagine. In termini complessivi le risposte degli infermieri si concentrano sulla dimensione del carico di lavoro e sulla scarsità di risorse economiche, di personale e di tempo adeguate a un lavoro meno frenetico. Le risposte dei medici coprono un ventaglio maggiormente articolato di contenuti e convergono, in genere, verso temi di natura più tecnica, legata agli strumenti organizzativi o tecnologici da applicare. Dal

Tabella 10

Distribuzione delle risposte alla domanda aperta nella fase di test

Figura professionale	Questionari compilati per professione	Percentuale risposte sul totale	Numero risposte alla domanda aperta	Percentuale di risposte alla domanda aperta sul totale	Percentuale di risposte alla domanda aperta sul totale delle risposte alla domanda aperta
Infermieri	488	46%	79	16%	63%
Medici	252	24%	21	8%	17%
Laureati non medici	36	3%	2	6%	2%
Tecnici/dietisti/fisioterapisti	100	10%	7	7%	6%
OTA/OSS	67	7%	10	15%	8%
Amministrativi	43	5%	1	2%	1%
Altro	51	5%	6	13%	5%
Totali	1032	100%	126	12%	100%

punto di vista complessivo, le risposte aperte si concentrano sugli elementi di difficoltà incontrati nello svolgimento della propria attività quotidiana, così sintetizzabili: (i) la pressione di natura «economica»; (ii) la pressione derivante dalla «scarsità di personale»; (iii) la pressione della «velocità» nello svolgimento delle attività/prestazioni. Sono poi citati diffusamente come ambiti di miglioramento alcuni interventi organizzativi legati a *soluzioni tecniche*: (i) migliore organizzazione dei turni di lavoro; (ii) miglioramento delle strutture esistenti (spazi fisici e dotazioni tecnologiche); (iii) rispetto delle procedure definite e verifica della praticabilità delle procedure/protocolli vigenti; (iv) sistemi di *reporting* introdotti e comunicati; (v) sistemi informativi. Infine, come nota di clima, si registrano alcune risposte estreme di scoraggiamento o di scetticismo rispetto alla possibilità di cambiamento, che probabilmente hanno trovato, in occasione della compilazione del questionario, una valvola di sfogo a una situazione percepita come molto stressante.

6. Implicazioni per il management

L'utilizzo metodico e sistematico dello strumento offre molteplici possibilità di confronto e di analisi, per offrire una base decisionale ai manager sanitari, sia a livello strategico sia a livello operativo. Tra le possibilità di confronto più rilevanti si citano di seguito alcune opzioni che già in modo sperimentale alcune aziende sanitarie hanno verificato concretamente e che possono essere proposte a una base più estesa di organizzazioni.

All'interno dell'ospedale si sono rivelate utili ed efficaci:

- lo studio dell'andamento dei vari indici nel tempo, per di costruire e monitorare gli specifici *trend* di evoluzione;
- il confronto dei risultati degli indici tra le varie professioni (interdisciplinare), per verificare l'esistenza di un impatto differenziato di interventi omogenei;
- il confronto tra i vari reparti o tra aree (area critica, area chirurgica, area medica, servizi diagnostici), sempre relativo alla valutazione di effetti diversi di interventi simili o alla diversa velocità di reazione di ambien-

ti caratterizzati da assetti operativi diversificati;

- il confronto tra personale caratterizzato da anni di anzianità diversi, sia nella stessa azienda, quindi con conoscenza implicita dell'ambiente di lavoro più articolata, sia per esperienza lavorativa cumulata anche in aziende diverse;

- il confronto dei risultati degli indici tra posizioni funzionali (dirigenti vs infermieri e medici), quindi con diverso approccio e prospettiva di interpretazione delle priorità aziendali.

Con altri ospedali il confronto può essere sviluppato con riferimento a:

- confronto con ospedali della stessa regione, per apprezzare eventuali interferenze della localizzazione rispetto a politiche del livello di governo omogenee;

- confronto con ospedali nazionali, per verificare l'impatto di scelte politiche strategiche relative alla *safety*;

- confronto con ospedali internazionali, per evidenti motivi di cultura e regolamentazione;

- confronto tra ospedali universitari e non, per verificare l'influenza della ricerca sulla cultura organizzativa complessiva e sulla gestione ordinaria;

- confronto con altri ospedali per professioni omogenee e per aree omogenee.

L'analisi dei risultati restituiti alle unità operative può fornire elementi di riflessione per eventuali interventi formativi o interventi strutturali per il miglioramento di processi critici.

7. Conclusioni e passi futuri di ricerca

Dal processo di valutazione dello strumento di analisi della cultura della sicurezza indagato, emerge quanto segue.

- *È di ampia portata*. Il questionario ha raccolto risposte da tutte le figure professionali presenti in un reparto/unità ospedaliera. Gli stessi partecipanti al gruppo di ricerca hanno apprezzato il tasso di risposta e la partecipazione di figure normalmente non ricettive a questo tipo di indagini (es. OTA/OSS).

– È affidabile e valido. Il processo di costruzione del questionario, attento e rigoroso, basato su una *review* dei filoni di ricerca esistenti e di altre ricerche sul clima a oggi testate si è verificato nella successiva elaborazione, che ha colto gli elementi chiave di criticità nella diffusione di una cultura della sicurezza nella sanità italiana.

– È completo e specifico. La *survey* copre una dozzina di aree inerenti la *patient safety*, fornendo ai management ospedalieri la possibilità di identificare le aree di forza e le aree che al contrario necessitano di interventi migliorativi sia a livello di unità operativa che di azienda ospedaliera nel suo complesso. In questo senso tutte le aree hanno avuto un ritorno adeguato, con *missing value* contenuti (non utilizzati nell'analisi dei risultati ma considerati per la verifica di comprensione dei partecipanti, come specificato anche nel punto successivo).

– È facile da utilizzare. Nonostante la complessità e la specificità del tema trattato, il questionario è facile da compilare da parte dei soggetti partecipanti alla *survey* e da analizzare da parte dei committenti dell'indagine.

– È breve da compilare. La compilazione non richiede infatti più di dieci minuti. La strutturazione del questionario sulla base di accordo/disaccordo e di sempre/mai agevola la rapidità nelle risposte. Rispetto a questi ultimi due punti anche i ritorni dai commenti liberi non hanno sollevato particolari problemi di rilevanza o di lunghezza.

Il passaggio successivo all'utilizzo sperimentale del questionario pone una serie di quesiti e aree di azione, sia all'azienda sanitaria sia al sistema regionale nel suo complesso.

Un primo quesito è quello dell'«istituzionalizzazione dello strumento», cioè della sua inclusione sistematica a livello aziendale come strumento di monitoraggio della performance. Con ciò non si intende suggerire una compilazione obbligatoria del questionario da parte del personale, ma si raccomanda di mantenere comunque la risposta alla *survey* su base volontaria, aspetto che, come si è dimostrato durante la ricerca, ha contribuito a una favorevole accettazione e a un'elevata *redemption*.

Si raccomanda inoltre di non utilizzare questo strumento al pari di quanto è accaduto

con altri strumenti similari, sperimentati negli ultimi anni in diverse aziende sanitarie italiane. Spesso, infatti, sono state effettuate, anche con sforzi di introduzione non indifferenti, indagini estese e impegnative, a cui non si è dato seguito. Si è così ottenuta un'istantanea dell'organizzazione, che non si è trasformata in un'attività di monitoraggio nel tempo degli indicatori più significativi. In questo caso il suggerimento è quindi quello di non trattare la somministrazione della *survey* come un «intervento» in sé, bensì come un punto di partenza, a cui far seguire successive indagini, secondo un piano strategico condiviso al vertice, per verificare, ad esempio, l'effetto di alcuni interventi di sviluppo organizzativo o l'introduzione di nuovi strumenti, regole o procedure. Tra i possibili utilizzi, in forma sistematica, vi possono essere, tra gli altri, (i) l'*assessment* dello stato dell'organizzazione rispetto alla *safety* culturale (sulla base delle opinioni e delle preoccupazioni del personale, sulla base degli effetti di alcune iniziative avviate); (ii) l'andamento dei progressi nel tempo delle aree o delle linee di attività su cui si interviene, articolate per *team* di lavoro (ad esempio, i *team* di sala operatoria) / per famiglie professionali (ad esempio, i medici dedicati alla terapia intensiva) / per processi (processi di gestione e formazione del personale) / per problematiche trasversali (le infezioni da assistenza sanitaria); (iii) un collegamento periodico con le persone, per sostenere l'idea dell'importanza del loro punto di vista e del loro apporto, nonché offrire una valvola di sfogo (cfr. *supra* i commenti alle risposte aperte); (iv) il presupposto per l'avvio di azioni successive di cambiamento.

Rispetto a questo ultimo punto, si pone il secondo quesito, relativo al *change management* che l'utilizzo sistematico dello strumento potrà attivare, con particolare riferimento al messaggio implicito che il management di un'azienda dà quando si effettuano ricognizioni tra il personale. Infatti, presentare e commentare i risultati con le persone è un passaggio essenziale, ma è decidere e agire che fa la vera differenza: il management che condivide i risultati, ma non fa niente, è considerato inefficace esattamente come chi non prende alcuna iniziativa, nemmeno di tipo conoscitivo. Una volta presa la decisione di istituzionalizzare lo strumento, il suo uti-

lizzo in forma sistematica e periodica deve essere fondato su alcune scelte di fondo: (i) se, ad esempio, utilizzare i risultati delle *survey* come modalità di autovalutazione, o se prevedere anche possibilità di confronto interaziendali, eventualmente allargate all'intero sistema regionale; (ii) quali potrebbero essere, di volta in volta, i criteri di scelta del campione e di analisi dei dati (per famiglia professionale, per unità organizzativa, per tipologia di servizi); (iii) quali soluzioni tecniche adottare (quale *database*, quale *software*, carta o *web*.) per valutare i costi e la sostenibilità dell'indagine; (iv) quale periodicità si potrà definire o in quali occasioni si ritiene utile ripetere la *survey*; (v) quale distribuzione dei risultati prevedere, per calibrare l'impatto di comunicazione e l'effetto sul processo decisionale (a chi servirà e per quali decisioni o interventi, come standard di qualità e strumento di *accountability*).

A ciò si collega un terzo aspetto di interesse, legato all'estensione delle indagini sulla cultura della sicurezza dal livello aziendale al livello regionale o addirittura al livello nazionale. Potrebbe infatti essere questo uno strumento atto a dimostrare il presidio culturale, oltre che «strumentale» e metodologico, della dimensione «safety» anche per eventuali valutazioni dall'esterno, tipiche dei sistemi di accreditamento. Rispetto a questo ultimo punto, si potrebbe pensare di attivare, sulla base dei risultati della *survey*, ri-orientamenti di strategie e adozione o rinforzo di leve gestionali, quali ad esempio la formazione, che verrebbe così strettamente legata agli obiettivi e ai risultati aziendali, il *people management*, legato a percorsi di sviluppo coerenti con la diffusione di una nuova cultura, oltre che motivati dalla competenza tecnica, il *patient empowerment*, attivabile solo in un contesto di apertura intellettuale e organizzativa, il collegamento con alcune performance aziendali e, in particolare, alcune dimensioni di *outcome* organizzativo in tema di sicurezza.

Note

1. È ben risaputo che la probabilità di errore è influenzata da diversi fattori denominati *Performance Shaping Factors*: formazione, interfaccia uomo-macchina, qualità delle procedure, carico di lavoro, pressioni temporali e produttive.
2. Esistono varie definizioni di cultura organizzativa, in parte legate alle finalità che lo studio della stes-

sa si propone, in parte alle metodologie di base su cui poggiano (Bodega, 1997; Guldenmund, 2000; Schein, 1999). A parere di chi scrive, la più completa, perché sistemica, è quella di Edgar Schein (1988) che definisce la cultura organizzativa come uno «schema di assunti condivisi appresi da un gruppo per risolvere problemi di adattamento esterno e integrazione interna, che ha funzionato abbastanza bene da essere considerato valido e perciò trasmesso ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, riflettere e porsi nei confronti di quei problemi». Schein (1988) distingue tre livelli di cultura: gli artefatti, i valori e gli assunti di base. Questi ultimi sono dati talmente per scontato da non risultare riconoscibili consapevolmente – sono considerati la vera essenza della cultura – mentre gli altri sono ritenuti sue manifestazioni.

3. Cfr. www.cchsa.ca
4. Cfr. chppcor.stanford.edu
5. Cfr. www.ihl.org
6. Cfr. www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospscanform.pdf
7. Questionario di libera consultazione su www.ahrq.gov
8. L'Alpha di Cronbach è un coefficiente che descrive la coerenza interna di raggruppamenti di *item*. In generale, nello studio di un questionario di atteggiamenti, elevati valori di Alpha indicano che i soggetti esaminati esprimono un atteggiamento coerente riguardo a ciascun *item* appartenente a ciascuna dimensione. La verifica della coerenza interna di ogni *subset* permette non solo di approfondire lo studio e la definizione della struttura fattoriale, ma anche di conoscere e definire la validità di costruito della scala. In questo senso, i ricercatori, nell'applicabilità alle scale Likert di questa tecnica, sono concordi nell'adottare il valore di Alpha=.60 come riferimento di un livello soglia di accettabile coerenza interna e di adeguatezza di costruito del test costruito.
9. La cosiddetta «face validity» indica l'appropriatezza di uno strumento di misurazione. Uno strumento di misurazione è detto avere «face validity» se, giudicato all'apparenza da un *panel* di esperti, sembra poter essere utilizzato per misurare ciò per cui è stato creato. La «face validity» può essere comparata con la «content validity», che descrive la precisione della misurazione.
10. I riferimenti sul campione statunitense sono nel § 3.

Ringraziamenti

La ricerca è stata finanziata dalla Divisione ricerche (DIR) della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università L. Bocconi di Milano. Si ringraziano per il contributo di tempo, conoscenze e intelligenza dato alla ricerca la dr.ssa Luciana Bevilacqua, la dr.ssa Ambra Braga, il dr. Pier Luigi Deriu, la prof.ssa Anna Palermo, il dr. Emanuele Patrini, il dr. Maurizio Pincetti e il dr. Roberto Porta. L'attuazione del progetto di ricerca non sarebbe stata possibile senza l'attenta partecipazione di tutti nelle fasi operative di condivisione e validazione dello strumento di indagine, di svolgimento sul campo e di analisi dei dati raccolti.

Si ricorda che lo strumento di indagine è tratto da <http://ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf>, è stato adattato da SDA-Bocconi nell'ambito del progetto di ricerca e ha utilizzo libero non per fini commerciali, previa comunicazione a safety.culture@sdabocconi.it

B I B L I O G R A F I A

- BODEGA D. (1997), *Organizzazione e Cultura*, Etas, Milano.
- CAMPBELL D., THOMPSON M. (2004), «Patient safety alert. "Safety culture" approach guides health system's efforts», *Healthcare Benchmarks Qual Improv.*, 11, pp. 1-2.
- CATINO M. (2006), *Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi?*, Bruno Mondadori, Milano.
- CHAMBERLAIN-WEBBER J. (2004), «Seven steps to patient safety», *Prof Nurse*, 20, pp. 10-4.
- CORBETTA P. (1999), *Metodologie e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- DEPARTMENT OF HEALTH, UK, (2000), *An organisation with a memory*, Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer, pp. 1-108.
- FLIN R.Y.S. (2004), «Leadership for safety: industrial experience», *Qual Saf Health Care*, 13, pp. 370-6.
- GULDENMUND F.W. (2000), «The nature of safety culture: a review of theory and research», *Safety Science*, 34, pp. 215-57.
- KOHN L.T., CORRIGAN J., DONALDSON M.S. (2000), *To err is human: building a safer health system*, National Academy Press, Washington.
- LEAPE L.L., BERWICK D.M. (2005), «Five Years After To Err Is Human - What Have We Learned?», *JAMA*, 293, pp. 2384-90.
- MONTEFUSCO A., CANATO A., MONTANARI F., CHIAPPA D., GARBINI M., MANDELLI A. (2004), «Fidarsi è bene... Se sei affidabile!», *Economia e Management*, 4.
- MORRIS J.A., CARRILLO Y., JENKINS J.M., SMITH P.W., BLEDSOE S., PICHERT J. *et al.* (2003), «Surgical Adverse Events, Risk Management, and Malpractice Outcome: Morbidity and Mortality Review Is Not Enough», *Annals of Surgery*, 237, pp. 844-52.
- NIEVA V.F., SORRA J. (2003), «Safety culture assessment. A tool for improving patient safety in health care organizations», *Qual. Saf. Healthcare*, 12 (Suppl. 2), pp. 17-23.
- ROBERTS K.H., ROUSSEAU D.M. (1989), «Research in nearly failure-free, high-reliability systems: having the bubble», *IEEE Transactions on Engineering Management*, 36, pp. 132-139.
- SCHEIN E.H. (1988), *Organizational Culture and Leadership*, Guerini, Milano.
- SCHEIN E.H. (1999), *Process consultation revisited: building the help relationship*, Addison - Wesley, New York.
- SCHEIN E.H. (1999), *The corporate culture survival guide*, Jossey Bass, San Francisco.
- SEXTON J.B., HELMREICH R.L., NEILANDS T.B., ROWAN K., VELLA K., BOYDEN J. *et al.* (2006), «The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research», *BMC Health Services Research*, 6.
- SEXTON J.B., THOMAS E.J., GRILLO S.P. (2003), *The safety attitudes questionnaire. Guidelines for administration*, Technical report 03-02, The University of Texas Safety Attitudes Questionnaire The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/SAQ%20Users%20Manual%200104.doc.
- SEXTON J.B., THOMAS E.J., HELMREICH R.L. (2006), «Comparison of the Culture», *Climate Surveys*, 2-4.
- SEXTON J.B., THOMAS E.J., HELMREICH R.L. (2000), «Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys», *British Medical Journal*, 320, pp. 745-9.
- SINGER S.J., TUCKER A.L. (2005), *Creating a Culture of Safety in Hospitals*, http://iis-db.stanford.edu/evnts/4218/Creating_Safety_Culture-SSingerRIP.pdf.
- SINGER S.J., DUNHAM K.M., BOWEN J.D., GEPPERT J.J., GABA D.M., McDONALD K.M. *et al.* (2004), «Lessons in Safety Climate and Safety Practices from a California Hospital Consortium», *Advances in Patient Safety*, 3, pp. 411-23.
- SINGER S.J., GABA D.M., GEPPERT J.J., SINAICO A.D., HOWARD S.K., PARK K.C. (2003), «The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals», *Qual Saf Health Care*, 12, pp. 112-8.
- SORRA J., NIEVA V.F., FAMOLARO T., DYER N. (2007), *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report*, (07-0025), AHRQ Publication.
- TOURANGEAU R., RIPS L.J., RASINSKI K. (2000), *The psychology of survey response*, Cambridge University Press, New York.
- WEICK K., SUTCLIFFE K. (2001), *Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity*, Jossey Bass, San Francisco.
- WEICK K., SUTCLIFFE K., OBSTEFELD D. (1997), *Organizing for High Reliability: the mindful suppression of inertia*, University of Michigan Business School.
- WEICK K., ROBERTS K. (1993), «Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks», *Administrative Science Quarterly*, 38, pp. 357-81.
- WEINER B.J., JEFFREY A., SHORTELL S.M. (1997), «Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The effects of Top Management, Board, and Physician Leadership», *Health Services Research*, 32, pp. 492-510.

Appendice.
Ricerca sulla sicurezza del paziente

Istruzioni

Il questionario chiede la sua opinione sulle tematiche della sicurezza del paziente e degli errori in sanità. Sono necessari circa 10-15 minuti per la compilazione. Se non si desidera rispondere ad una domanda o se una domanda non risulta pertinente alla propria sfera di attività, è sufficiente lasciare in bianco la risposta.

- In questo questionario si definisce **“EVENTO”**: ogni tipologia di errore, incidente o deviazione da una norma/regolamento, indipendentemente dalle conseguenze sul paziente
- In questo questionario si definisce **“SICUREZZA DEL PAZIENTE”**: evitare e prevenire danni al paziente o eventi avversi legati al processo assistenziale

SEZIONE A: UNITÀ OPERATIVA DI APPARTENENZA

Nella compilazione del questionario, pensi all'area di lavoro (unità operativa, dipartimento o area clinica dell'ospedale) nella quale svolge la sua attività prevalente.

1. Indichi in quale unità operativa dell'ospedale svolge la sua attività. Selezioni una sola risposta e specifichi qualora non indicato.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Molte unità differenti / nessuna unità operativa specifica | <input type="checkbox"/> 9. Riabilitazione | <input type="checkbox"/> 17. Neurologia |
| <input type="checkbox"/> 2. Medicina | <input type="checkbox"/> 10. Farmacia | <input type="checkbox"/> 18. Neurochirurgia |
| <input type="checkbox"/> 3. Chirurgia | <input type="checkbox"/> 11. Laboratorio/ Anatomia Patologica/ Microbiologia | <input type="checkbox"/> 19. Cardiologia |
| <input type="checkbox"/> 4. Ostetricia | <input type="checkbox"/> 12. Radiologia | <input type="checkbox"/> 20. Cardiochirurgia |
| <input type="checkbox"/> 5. Pediatria | <input type="checkbox"/> 13. Anestesia/blocco operatorio | <input type="checkbox"/> 21. Nefrologia/Dialisi |
| <input type="checkbox"/> 6. Pronto Soccorso | <input type="checkbox"/> 14. Ortopedia/ Traumatologia | |
| <input type="checkbox"/> 7. Terapia intensiva (di qualsiasi tipo) | <input type="checkbox"/> 15. Oncologia | <input type="checkbox"/> 22. Altro, specificare: _____ |
| <input type="checkbox"/> 8. Psichiatria/Salute mentale | <input type="checkbox"/> 16. Geriatria | |

Indichi il suo accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni facendo riferimento alla sua unità lavorativa.

	Forte Disaccordo	Disaccordo	Neutro	Accordo	Forte Accordo
	▼	▼	▼	▼	▼
2. In questa unità gli operatori si aiutano l'un l'altro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Abbiamo abbastanza personale per far fronte al nostro carico di lavoro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Quando abbiamo molto lavoro che deve essere fatto velocemente, per completarlo, operiamo insieme come una squadra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. In questa unità le persone si rispettano reciprocamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Fonte: tratto da <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf> adattato da SDA Bocconi nell'ambito di un progetto di ricerca. Utilizzo libero non per fini commerciali previa comunicazione a safety.culture@sdabocconi.it

	Forte Disaccordo ▼	Disaccordo ▼	Neutro ▼	Accordo ▼	Forte Accordo ▼
6. In questa unità i turni sono più lunghi di ciò che sarebbe ottimale per l'assistenza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Stiamo attivamente facendo qualcosa per migliorare la sicurezza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Utilizziamo più personale "temporaneo" e "di cooperativa" di quanto sia ottimale per l'assistenza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Gli operatori hanno l'impressione che i propri errori siano utilizzati contro di loro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Gli errori da noi hanno condotto a cambiamenti positivi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. È solo per caso che qui non accadano errori più seri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Quando in un'area di questa unità si è veramente sovraccarichi di lavoro, i colleghi vengono in aiuto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Quando viene riferito un <i>evento</i> (errore, incidente o deviazione dalla norma/regolamento), sembra che sia messo sotto processo la persona piuttosto che il problema	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Dopo aver introdotto cambiamenti per migliorare la sicurezza del paziente, valutiamo la loro efficacia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Lavoriamo costantemente in emergenza, cercando di fare troppo, troppo velocemente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. La sicurezza del paziente non è mai trascurata per fare più lavoro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Il personale è preoccupato che gli errori commessi finiscano nella propria scheda personale	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. In questa unità abbiamo problemi con la sicurezza dei pazienti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. Le nostre procedure e i nostri sistemi sono in grado di prevenire gli errori	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SEZIONE B: IL CAPO

Indichi il suo accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni relative al suo diretto superiore o alla persona a cui risponde direttamente.

	Forte Disaccordo ▼	Disaccordo ▼	Neutro ▼	Accordo ▼	Forte Accordo ▼
20. Il mio superiore si complimenta quando vede un lavoro fatto in accordo con ciò che stabiliscono le procedure per la sicurezza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. Il mio superiore considera seriamente le proposte del personale per migliorare la sicurezza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. Quando siamo sotto pressione il mio superiore ci chiede di fare in fretta, persino se ciò significa "darci un taglio/sorvolare"	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. Il mio superiore trascura i problemi di sicurezza che si ripresentano più volte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Fonte: tratto da <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf> adattato da SDABocconi nell'ambito di un progetto di ricerca. Utilizzo libero non per fini commerciali previa comunicazione a safety.culture@sdabocconi.it

SEZIONE C: COMUNICAZIONI

Pensi alla frequenza con cui accadono i seguenti fatti nella sua unità di lavoro.

	Mai ▼	Raramente ▼	Qualche volta ▼	Spesso ▼	Sempre ▼
24. Riceviamo informazioni sui cambiamenti posti in essere in seguito alla segnalazione di un <i>evento</i> (errore, incidente o deviazione dalla norma/regolamento)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. Il personale può parlare liberamente se vede qualcosa che possa influire negativamente sulla sicurezza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. Siamo informati degli errori che avvengono in questa unità	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. Il personale si sente libero di chiedere chiarimenti relativamente alle decisioni o alle azioni di coloro che hanno più autorità	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28. In questa unità discutiamo le modalità per prevenire il ripetersi degli errori	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29. Il personale ha timore di porre domande quando qualcosa non gli sembra giusto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SEZIONE D: FREQUENZA DEGLI EVENTI (ERRORE, INCIDENTE O DEVIAZIONE DALLA NORMA/REGOLAMENTO) RIFERITI

Ci si riferisce alla frequenza con cui sono segnalati gli errori nella propria unità di lavoro.

	Mai ▼	Raramente ▼	Qualche volta ▼	Spesso ▼	Sempre ▼
30. Quando accade un errore che viene <i>individuato e corretto prima che possa danneggiare il paziente</i> , quanto spesso viene segnalato/reso noto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
31. Quando accade un errore che <i>non è in grado di danneggiare il paziente</i> , quanto spesso viene segnalato/reso noto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32. Quando accade un errore che <i>potenzialmente potrebbe ledere il paziente</i> , ma che nel caso specifico non lo ha fatto, quanto spesso viene segnalato/reso noto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SEZIONE E: LIVELLO DI SICUREZZA DEL PAZIENTE

33. Si chiede di dare una valutazione complessiva del livello di sicurezza del paziente nella propria unità di lavoro.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Eccellente	Molto buono	Accettabile	Scarso	Fallimentare

SEZIONE F: L'OSPEDALE

Indichi il suo accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni relative al suo ospedale.

	Forte Disaccordo ▼	Disaccordo ▼	Neutro ▼	Accordo ▼	Forte Accordo ▼
34. La direzione di questo ospedale garantisce un clima organizzativo che promuove la sicurezza del paziente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35. Le unità operative di questo ospedale non sono ben coordinate l'una con l'altra	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Fonte: tratto da <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf> adattato da SDABocconi nell'ambito di un progetto di ricerca. Utilizzo libero non per fini commerciali previa comunicazione a safety.culture@sdabocconi.it

	Forte Disaccordo ▼	Disaccordo ▼	Neutro ▼	Accordo ▼	Forte Accordo ▼
36. Quando un paziente viene trasferito da un'unità ad un'altra vi è una interruzione della continuità delle cure	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
37. C'è una buona cooperazione tra le unità operative che devono lavorare insieme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
38. Informazioni importanti per l'assistenza del paziente sono spesso perse durante i cambi di turno	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
39. Spesso non è piacevole lavorare con il personale di altre unità operative	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
40. I problemi spesso accadono nello scambio di informazioni tra unità operative	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
41. Le scelte della direzione di questo ospedale dimostrano che la sicurezza del paziente è una priorità assoluta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
42. La direzione ospedaliera sembra interessata alla sicurezza dei pazienti solo dopo che si è verificato un <i>evento avverso</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
43. Le unità operative di questo ospedale lavorano insieme per assicurare al paziente l'assistenza migliore	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
44. I cambi di turno in questo ospedale sono problematici per i pazienti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SEZIONE G: NUMERO DI *EVENTI* (errore, incidente o deviazione dalla norma/regolamento) riportati (da compilare SOLO se esiste, all'interno dell'unità operativa o dell'ospedale, un sistema ufficiale di segnalazione degli errori e degli eventi avversi)

45. Negli ultimi 12 mesi, quante segnalazioni ha compilato e inviato?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ . Nessuna segnalazione | <input type="checkbox"/> ₄ . da 6 a 10 segnalazioni |
| <input type="checkbox"/> ₂ . da 1 a 2 segnalazioni | <input type="checkbox"/> ₅ . da 11 a 20 segnalazioni |
| <input type="checkbox"/> ₃ . da 3 a 5 segnalazioni | <input type="checkbox"/> ₆ . oltre le 20 segnalazioni |

SEZIONE H: INFORMAZIONI DI CONTESTO

Queste informazioni aiuteranno nell'analisi dei risultati dell'indagine.

46. Da quanto tempo lavora in questo ospedale?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ . Meno di 1 anno | <input type="checkbox"/> ₄ . da 11 a 15 anni |
| <input type="checkbox"/> ₂ . da 1 a 5 anni | <input type="checkbox"/> ₅ . da 16 a 20 anni |
| <input type="checkbox"/> ₃ . da 6 a 10 anni | <input type="checkbox"/> ₆ . oltre i 20 anni |

47. Quanto tempo ha lavorato nell'attuale unità?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ . Meno di 1 anno | <input type="checkbox"/> ₄ . da 11 a 15 anni |
| <input type="checkbox"/> ₂ . da 1 a 5 anni | <input type="checkbox"/> ₅ . da 16 a 20 anni |
| <input type="checkbox"/> ₃ . da 6 a 10 anni | <input type="checkbox"/> ₆ . oltre i 20 anni |

Fonte: tratto da <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf> adattato da SDABocconi nell'ambito di un progetto di ricerca. Utilizzo libero non per fini commerciali previa comunicazione a safety.culture@sdabocconi.it

48. Di solito, quante ore settimanali lavora in questo ospedale?

1. meno di 20 ore settimanali 3. da 39 a 59 ore settimanali
 2. da 20 a 38 ore settimanali 4. 60 ore o oltre

49. Qual è la sua posizione in questo ospedale? Selezioni la risposta che descrive meglio la sua posizione.

1. Infermiere 6. Fisioterapista
 2. Medici 7. Laureato sanitario non medico
 3. Farmacista 8. Tecnico sanitario
 4. Dietista 9. OTA/OSS
 5. Amministrativo 10. Altro, specificare _____

50. Nella sua posizione, di solito, ha interazioni o contatti con il paziente?

1. SI, di solito ho interazione diretta o contatto con i pazienti
 2. NO, di solito non ho interazione diretta o contatto con i pazienti

51. Per quanto tempo ha lavorato nella sua attuale specialità o professione?

1. meno di 1 anno 4. da 11 a 15 anni
 2. da 1 a 5 anni 5. da 16 a 20 anni
 3. da 6 a 10 anni 6. oltre i 21 anni

SEZIONE I: COMMENTI PERSONALI

Si senta libero di scrivere qualsiasi commento sulla sicurezza del paziente, gli errori o il sistema di segnalazione degli *eventi avversi* all'interno dell'ospedale.

GRAZIE PER AVER COMPLETATO IL QUESTIONARIO

Fonte: tratto da <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospform.pdf> adattato da SDABocconi nell'ambito di un progetto di ricerca. Utilizzo libero non per fini commerciali previa comunicazione a safety.culture@sdabocconi.it

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Committenza pubblica e struttura d'offerta nel settore ortopedico e riabilitativo nella Regione Veneto

GIULIA CAPPELLARO, MARTA MARSILIO

The intrinsic characteristics of the medical device sector, as well as the increasing role the latter is playing with regard to the health care policies, are leading to a strengthening of the device-related supply system and the adoption of a network-based approach that encompasses both the manufacturers and the institutional stakeholders accountable for the innovation, the competitiveness and the quality of the goods and services provided. Given the aforementioned framework, the current paper aims at analysing the relationship between industry providers and public purchasers with regard to the orthopaedics and rehabilitation medical device cluster. The overarching aim of the research is to promote systematic actions at the institutional level to foster the sustainable economic growth of the sector, vis a vis high qualitative standards of the health and social care assistance.

Keywords: business-government relations, orthopaedics and rehabilitation medical device cluster, Veneto Region
Parole chiave: relazioni pubblico-privato, assistenza protesica, Regione Veneto

Note sugli autori

Giulia Cappellaro è ricercatrice CERGAS
Marta Marsilio è assistant professor all'Università degli Studi di Trento e ricercatrice CERGAS

Attribuzione

Il presente articolo è frutto del lavoro integrato dei due autori. Tuttavia, sono imputabili a Giulia Cappellaro i §§ 1 e 4 e a Marta Marsilio i restanti paragrafi

1. Introduzione

Il settore dei dispositivi medici rappresenta un settore rilevante nel nostro Paese sia da un punto di vista quantitativo – con un fatturato di oltre 6 miliardi di euro (Eucomed, 2007) e una spesa pari al 5,8% della spesa sanitaria totale (CERM, 2005) – che qualitativo, data l'importanza dei servizi e prodotti offerti a supporto dei processi di tutela e cura della salute.

Le caratteristiche specifiche del settore e l'importanza che esso riveste rispetto alle politiche di assistenza sanitaria stanno facendo emergere istanze volte a rafforzare il sistema di offerta dei dispositivi nel nostro Paese in una logica di sistema, che coinvolga il mondo dell'impresa e i soggetti istituzionali (sistema sanitario pubblico *in primis*) influenzanti le dinamiche di innovazione, competitività e qualità dei beni e servizi offerti (Borgonovi *et al.*, 2006).

In questo scenario, il presente articolo ha per oggetto lo studio delle relazioni tra impresa e committenza pubblica in relazione al *cluster* dei dispositivi medici appartenenti al settore dell'ortopedia e riabilitazione, al fine di promuovere in ottica sistemica azioni a livello istituzionale per sostenere lo sviluppo economico del settore e garantire contemporaneamente elevati standard qualitativi dell'assistenza sanitaria.

La scelta di focalizzare l'analisi su questo specifico *cluster* deriva da due principali ordini di motivi.

In primo luogo, il settore produce beni e servizi destinati a due segmenti di pazienti – disabili e anziani – particolarmente rilevanti

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il quadro normativo sull'assistenza protesica
3. L'analisi dei casi: la committenza pubblica
4. L'analisi dei casi: il settore dell'offerta
5. L'analisi della prospettiva degli utenti
6. Discussione e conclusioni

per le future politiche sanitarie e di *welfare*. L'andamento demografico decrescente (Istat, 2007), il conseguente invecchiamento della popolazione e l'aumento significativo delle patologie croniche a esso correlate stanno creando tensioni sull'evoluzione dell'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari sia in termini di spesa complessiva che di appropriatezza delle risposte tradizionalmente offerte dai diversi attori, pubblici e privati, coinvolti nel processo di assistenza.

In secondo luogo, rappresenta un *cluster* particolarmente significativo in relazione al peso relativo del fatturato di questa categoria merceologica rispetto alle altre categorie del settore biomedicale¹ (in Regione Veneto si stima che tale *cluster* pesi oltre 200 milioni di euro, quasi il 20% del fatturato totale biomedicale), alla tipologia di aziende che lo compongono (tipicamente imprese di piccole dimensioni territorialmente molto radicate) (Unione Camere Veneto, 2006), e alle caratteristiche specifiche del prodotto (si tratta, infatti, di prodotti sia su misura che di serie, con una rete specializzata di distribuzione e vendita).

L'analisi è svolta a livello regionale, analizzando in particolare il contesto della Regione Veneto. La scelta di questa Regione come *case study* è motivata dal fatto che in Veneto si è sviluppato uno dei distretti biomedicali produttivi più significativi a livello nazionale, con significative eccellenze proprio nell'ambito dell'Ortopedia e Riabilitazione.² In Veneto, inoltre, al fine di sostenere le imprese del *cluster* (di piccole-medie dimensioni specializzate in numerose nicchie), sono stati adottati alcuni interventi per favorire e incentivare le relazioni tra la struttura produttiva, il segmento di domanda (costituito in misura prevalente da quella derivante dalle strutture sanitarie pubbliche) e le istituzioni pubbliche deputate alla ricerca e all'innovazione (Università e Parchi scientifici e tecnologici). Tra le iniziative maggiormente rilevanti si ricorda la costituzione del Distretto biomedicale Veneto e, al suo interno, dell'Osservatorio per il settore biomedicale.

La metodologia di ricerca si basa su un'analisi sinottica di casi aziendali (Fattore, 2005), con un approccio di tipo multidimensionale. Dopo aver analizzato sinteticamente l'attuale quadro normativo nazionale e regionale relativamente all'assistenza prote-

sica, l'analisi è svolta, infatti, rispetto a tre dimensioni:

– la ricostruzione dei processi di acquisto della committenza pubblica dei dispositivi per l'assistenza protesica e integrativa, in particolare il processo per l'erogazione di protesi ausili da parte della Asl, le caratteristiche delle procedure a evidenza pubblica per l'approvvigionamento di ausili, le scelte per la modalità di gestione dei servizi accessori correlati al processo di erogazione degli ausili. L'analisi si fonda sull'osservazione sinottica di cinque casi studio, da cui si evincono uniformità e difformità di comportamento rispetto all'impostazione della gara, ai criteri di aggiudicazione, ai meccanismi contrattuali, alle scelte di esternalizzazione. L'impostazione metodologica consente al tempo stesso di fornire un'esemplificazione delle modalità di svolgimento di tali attività da parte delle aziende;

– l'analisi delle strategie adottate dalle imprese del distretto nella definizione e gestione delle relazioni con la committenza. L'analisi mira a far emergere le attuali caratteristiche delle imprese operanti nel settore (caratteristiche dell'impresa per dimensione e localizzazione produttiva; portafoglio di prodotti/servizi aziendali; mercato di sbocco dei prodotti) e le principali criticità rilevate dagli operatori nel rapporto con le aziende committenti, attraverso interviste con imprenditori rappresentativi del *cluster*;

– l'analisi della prospettiva dei pazienti (attraverso interviste ai rappresentanti di alcune associazioni) rispetto ai livelli prestazionali garantiti dal sistema sanitario per l'assistenza protesica.

I risultati dell'analisi consentono di proporre alcune riflessioni sulle strategie di sviluppo in grado di ridurre le criticità riscontrate e a rafforzare la collaborazione e cooperazione tra offerta e committenza.

2. Il quadro normativo sull'assistenza protesica

2.1. La normativa nazionale

Nel Ssn l'assistenza protesica³ è regolamentata da un Nomenclatore tariffario che stabilisce la normativa per la prescrizione

e la fornitura delle prestazioni, le tipologie e caratteristiche delle protesi, delle ortesi e degli ausili ammessi alla fornitura a carico del Ssn, le condizioni di rinnovo, la fornitura e garanzia per le diverse classi di prodotti. Il nomenclatore attualmente in vigore è stato pubblicato con il D.M. Sanità 27 agosto 1999, n. 332.⁴

La classificazione degli ausili

Il Nomenclatore vigente prevede tre elenchi di ausili, cui corrispondono modalità diverse di fornitura a carico del Ssn.

Il primo elenco, «Nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche», contiene i dispositivi su misura, ovvero quegli ausili che, per essere consegnati a un determinato paziente, necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista. Eccezionalmente sono considerati dispositivi su misura anche quei prodotti realizzati in serie che, per essere utilizzati da un determinato paziente, necessitano di un intervento di un tecnico abilitato, dietro prescrizione del medico specialista (ad esempio carrozzine elettroniche o leggere, scarpe ortopediche, rialzi ecc.).

Un secondo elenco, «Nomenclatore degli ausili tecnici di serie», contiene i dispositivi di serie, ovvero quelli la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato (ad esempio i cateteri, i cuscini e i materassi antidecubito, ecc.). I dispositivi del primo e secondo elenco sono generalmente⁵ acquistati direttamente dai pazienti, con un contributo economico da parte della Asl la cui entità è definita dal Nomenclatore. Per gli ausili su misura, sono ammesse alla fornitura solo quelle imprese che siano iscritte nell'apposito registro presso il Ministero della sanità. Per la fornitura di ausili di serie sono ammesse le imprese in regola con la normativa vigente e che dispongano di un tecnico abilitato in grado di garantire il rispetto dei tempi di consegna dei prodotti prescritti e autorizzati.

Infine, il terzo elenco, «Nomenclatore degli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende Usl e da assegnarsi in uso agli invalidi», comprende dispositivi (ventilatori polmonari, apparecchi per l'alimentazione enterale, montascale ecc.) che vengono ac-

quistati direttamente dalle Asl e concessi in comodato d'uso all'assistito.

Per quanto attiene la procedura di erogazione dell'assistenza protesica, per i dispositivi protesici di cui all'elenco 1, l'assistito, dopo aver ottenuto l'autorizzazione⁶ da parte della Asl all'erogazione della prestazione prescritta da un medico specialista del Ssn,⁷ può rivolgersi presso una qualunque impresa di produzione/distribuzione accreditata con il sistema sanitario per l'acquisto dell'ausilio (cd principio di libera scelta). All'atto dell'autorizzazione, sulla prescrizione è riportato il corrispettivo riconosciuto dalla Asl al fornitore a fronte dell'erogazione del dispositivo prescritto.

Le tariffe e la rimborsabilità

Le modalità di compartecipazione pubblica all'assistenza protesica si possono ricondurre a due principali fattispecie:

1) *la rimborsabilità o la fornitura diretta degli ausili compresi negli elenchi 1, 2 e 3.*

Il Decreto 332/99 prevede una modalità di fissazione delle tariffe in funzione dell'elenco in cui è compreso il dispositivo. Per gli ausili dell'elenco 1 sono indicate le tariffe massime riconoscibili per ciascun dispositivo; le Regioni possono tuttavia ridurre queste tariffe fino a un massimo del venti per cento. Per gli ausili dell'Elenco 2 e 3, le tariffe devono essere determinate mediante «procedure pubbliche di acquisto», attivate dalle Asl su direttive della Regione di appartenenza;

2) *la compartecipazione alle spese per ausili cosiddetti «riconducibili» e non inclusi negli elenchi del Nomenclatore.*

Per i dispositivi non presenti negli elenchi del Nomenclatore, è previsto comunque un rimborso a carico del Ssn secondo il principio della «riconducibilità». Se il disabile, sulla base del consulto con lo specialista, necessita di un tipo o un modello di dispositivo non incluso nel Nomenclatore ma riconducibile per omogeneità funzionale a quello prescritto, l'Asl di competenza deve autorizzarne la fornitura. L'Asl copre il costo del prodotto scelto solo fino alla tariffa prevista o al prezzo determinato per il dispositivo presente nel Nomenclatore e «assimilabile» a quello erogato.

2.2. La normativa regionale

La normativa nazionale prevede quindi in capo alle Regioni le seguenti competenze in materia di assistenza protesica: i) parziale autonomia nella determinazione delle tariffe di rimborso degli ausili dell'elenco 1; ii) la determinazione dei criteri di svolgimento delle procedure pubbliche di acquisto per gli ausili dell'elenco 2 e 3.

La Regione Veneto in particolare, con la Del. G.R. n. 83/2000, ha emanato il proprio regolamento attuativo del D.M. 332/99, a conclusione di una serie di tavoli di lavoro attivati dalla Regione coinvolgendo sia le Associazioni di categoria, che le Asl. Di seguito si riportano i principali contenuti della Del. G.R. n. 83/2000 in relazione a ciascuno dei tre elenchi.

Ausili Elenco 1

A fronte della facoltà riconosciuta dal Nomenclatore, il Veneto ha introdotto un meccanismo tariffario che ha apportato alcune variazioni a quello nazionale. In particolare, si prevede un doppio regime. In via generale, le tariffe da corrispondere nel proprio territorio ai soggetti erogatori dei dispositivi di cui all'elenco 1 vengono fissate a importi corrispondenti all'80% delle tariffe indicate nello stesso elenco. Tuttavia, al fine di incentivare il perseguimento di prestazioni di alta qualità, per i soggetti erogatori che accettano di adottare modalità e condizioni di fornitura aggiuntive contrattate tra Regioni associate e associazioni di categoria, è prevista la corresponsione di importi tariffari pari al 100% delle tariffe del Nomenclatore. Di conseguenza, la Regione ha istituito un registro (aggiornato annualmente) in cui sono iscritti i fornitori operanti in Veneto che intendono o meno attenersi alle condizioni dell'Accordo regionale. Attualmente, la maggior parte dei soggetti erogatori di ausili dell'Elenco 1 ha sottoscritto le condizioni di fornitura aggiuntive e quindi riceve il 100% delle tariffe previste dal Nomenclatore. Infine, si ricorda che con la Del. G.R. 2133/2004 e la 3123/2004, la Regione è intervenuta aggiornando le tariffe con un incremento del 9%. Tali interventi hanno anticipato le disposizioni della Legge finanziaria del 2008 che ha previsto

un aumento della stessa percentuale per i dispositivi dell'elenco 1.

Ausili Elenco 2 e 3

La Regione Veneto ha provveduto a proporre alcune direttive molto generali per lo svolgimento delle procedure pubbliche di acquisto da parte delle Asl. In particolare ha richiesto che le gare assicurino: la capillarità della distribuzione dei dispositivi protesici; il rispetto di standard di qualità; la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti. A tale scopo è stato previsto che l'aggiudicazione avvenga con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.⁸

Il centro ausili

Alcune Regioni hanno attivato dei «Centri ausili regionali», con lo scopo di promuovere e diffondere un approfondito livello di conoscenza e di competenza sugli ausili esistenti e sulle problematiche connesse alla loro individuazione e al loro uso, facilitando un modello di collaborazioni in rete fra le realtà che a diverso titolo operano a livello regionale nel settore degli ausili (il disabile e la sua famiglia ma anche, in primo luogo, gli operatori della riabilitazione, del sociale, della scuola, che hanno in carico il caso). La Regione Veneto al momento non ha alcun Centro ausili, nonostante nel 2005 ne fosse stata prevista l'attivazione.⁹

3. L'analisi dei casi: la committenza pubblica

I casi esaminati in questa sezione mirano a evidenziare con particolare attenzione:

- il processo di erogazione di protesi ausili da parte della Asl;
- i meccanismi di attivazione di procedure ad evidenza pubblica per l'approvvigionamento di ausili dell'elenco 2 e 3;
- le modalità di gestione dei servizi accessori correlati al processo di erogazione degli ausili.

Si ritiene, infatti, che l'analisi di questi elementi, per i quali vi è un margine discrezionale a livello aziendale e quindi una etero-

geneità possibile di approcci, costituisca un presupposto per evidenziare elementi critici e opportunità nelle relazioni con le imprese del settore.

L'analisi ha interessato 5 Aziende Ulss della Regione Veneto, che, nel prosieguo dell'analisi, saranno identificate con le seguenti denominazioni: Ulss A, Ulss B, Ulss C, Ulss D e Ulss E.¹⁰ I criteri di selezione hanno riguardato essenzialmente la rappresentatività delle Aziende rispetto alle caratteristiche geografiche del distretto veneto dell'ortopedia e della riabilitazione (ovvero le province di Padova, Verona, Vicenza, Venezia). Rispetto alla spesa per assistenza protesica registrata a livello regionale, le aziende del campione ne rappresentano il 30%.¹¹ Rispetto alla popolazione residente nel territorio regionale, la rappresentatività è del 25%.

All'interno delle strutture organizzative delle Aziende sanitarie, sono primariamente le strutture territoriali (i Distretti) a essere coinvolti nell'erogazione dell'assistenza protesica. In particolare i Distretti, in relazione all'assistenza ai disabili in generale e all'erogazione di ausili e protesi in particolare, svolgono due funzioni essenziali:

- una di carattere socio-sanitario, ovvero l'assistenza erogata a domicilio dei pazienti o presso strutture deputate quali centri diurni, RSA, ecc., da medici specialisti e altri operatori sanitari e sociali e comprendente anche la prescrizione di eventuali ausili e protesi di supporto al progetto rieducativo del paziente disabile;

- una di carattere tecnico-amministrativo, ovvero la gestione del processo di autorizzazione ed erogazione di protesi e di ausili a pazienti idonei e con l'erogazione di eventuali servizi correlati (consegna/ritiro, manutenzione, sanificazione, ecc.).

Per questo motivo, per la disamina delle modalità di gestione del processo di erogazione di protesi e ausili da parte di aziende sanitarie pubbliche, per ciascuna Azienda sono stati intervistati i seguenti attori:

- il coordinatore dell'attività distrettuale a livello aziendale;
- il responsabile di Distretto; in questo caso sono stati selezionati i distretti collocati

nelle zone del centro delle città cui si riferisce il bacino di utenza della Ulss;

- il responsabile dell'ufficio protesi e ausili di Distretto;
- il responsabile dell'ufficio acquisti/provvEDITORATO della Ulss, per la fase di approvvigionamento.

3.1. Il processo di erogazione dell'assistenza protesica

Le interviste effettuate con i soggetti interessati nella gestione dell'assistenza protesica inducono a compiere una preliminare distinzione in funzione della tipologia di ausilio ed elenco di afferenza.

Per gli ausili «su misura» di cui all'elenco 1, le Ulss si limitano a verificare attraverso i rispettivi uffici distrettuali competenti se per un determinato paziente sussistono le condizioni per porre in atto una fornitura a totale o parziale carico del Ssn. La prassi riscontrata nelle Ulss intervistate prevede, infatti, che il paziente, una volta ottenuta la prescrizione da un medico specialista, si rechi presso una delle imprese di distribuzione dell'ausilio iscritte agli elenchi regionali al fine di ottenere un preventivo per realizzazione, personalizzazione, acquisizione dell'ausilio, coerentemente con l'esercizio del «principio di libera scelta». Il paziente si reca poi al Distretto con la documentazione necessaria all'espletamento dell'autorizzazione alla spesa (prescrizione da parte del medico specialista, preventivo e documento di invalidità¹²). Il funzionario di distretto, previa verifica dei requisiti, autorizza la spesa, inviando all'impresa di fabbricazione/distribuzione prescelta il preventivo e l'originale della prescrizione dello specialista (cui corrisponde la tariffa prevista dal nomenclatore regionale). Secondo il principio di riconducibilità, eventuali differenze di prezzo tra il preventivo e la tariffa riconosciuta dal Ssn sono a carico del paziente. Le Ulss pagano direttamente l'impresa erogatrice a seguito di emissione di relativa fattura. Tale fase deve prevedere anche l'addestramento all'uso dell'ausilio a cura delle previste figure professionali.

Di conseguenza, al momento non si evidenzia il ricorso a particolari forme alternative di gestione dell'approvvigionamento di tali ausili, a eccezione di un caso riscontrato in una delle Aziende del campione (l'Ulss B)

che ha inserito in una procedura ad evidenza pubblica anche l'acquisto di carrozzine pieghevoli ad auto spinta (cfr. *infra*).

Gli ausili di serie dell'elenco 2 possono essere concessi in proprietà all'assistito o in comodato d'uso qualora si tratti di ausili che possono essere oggetto di riutilizzo per altri utenti. Gli ausili degli elenchi 3 (montascale) sono invece acquistati direttamente dall'Ulss e concessi in comodato d'uso.

Per quanto attiene gli ausili dell'elenco 2, dall'analisi emergono situazioni differenti tra le Ulss esaminate. In generale è possibile classificare le Ulss in tre macro categorie:

- 1) Ulss che non hanno effettuato gare ad evidenza pubblica;
- 2) Ulss che hanno effettuato gare ad evidenza pubblica esclusivamente per l'acquisto di ausili;
- 3) Ulss che hanno effettuato gare ad evidenza pubblica per l'acquisto di ausili e per l'esternalizzazione di alcuni servizi correlati (logistica, manutenzione, sanificazione, ecc.).

Tra le cinque strutture sanitarie esaminate, al momento solo una non ha ancora effettuato gare per l'acquisto; le altre quattro hanno attivato, anche se con modalità diverse, una procedura ad evidenza pubblica.

1) L'erogazione di ausili non acquistati attraverso procedure ad evidenza pubblica

Nel caso in cui gli ausili e protesi relative agli elenchi 2 e 3 non siano oggetto di gara (sia nel caso dell'unica Ulss che ancora non ne ha attivate – Ulss E – sia per gli ausili non compresi nelle gare effettuate dalle altre quattro aziende), ai fini della determinazione del contributo pubblico la prassi consolidata vede, a fronte della presentazione della prescrizione, l'invio di una richiesta di preventivo da parte del personale del distretto a tre ditte produttrici/distributrici di quel determinato ausilio iscritte agli elenchi regionali (secondo una procedura assimilabile a una trattativa privata senza pubblicazione di bando di gara). A fronte dei preventivi ricevuti, si autorizza la spesa per il prezzo più basso (il cui importo viene riconosciuto alla ditta alla quale il paziente intenderà rivolgersi). Qualora l'utente intenda acquistare un ausilio di

più elevata qualità o con specifiche caratteristiche aggiuntive, secondo il principio di riconducibilità, il differenziale tra il prezzo del bene e il prezzo riconosciuto dalla Ulss è a carico del paziente. Generalmente, tali ausili sono riconosciuti in uso al paziente, con la richiesta di restituire alla struttura sanitaria l'ausilio al termine del suo utilizzo. Successivamente, gli ausili dopo esser stati riparati e sanificati, possono essere destinati in uso ad altri pazienti, senza procedere a un nuovo acquisto. Per quanto riguarda le modalità di gestione dei servizi correlati all'erogazione degli ausili, si rimanda al prosieguo dell'analisi.

2) Procedura ad evidenza pubblica per la fornitura di ausili e protesi Elenco 2 e 3

Al momento solo un'azienda sanitaria, l'Ulss A, ha effettuato gare per l'esclusiva fornitura di protesi e ausili; di seguito se ne descrivono i principali contenuti.

Oggetto e procedura di gara: L'Ulss A gestisce senza ricorrere a gara solo l'approvvigionamento di un numero limitato di ausili, quelli richiesti poco frequentemente dagli utenti. Nel corso del 2007 ha effettuato due procedure di gara: una per l'acquisto di letti e sollevatori per un importo di circa 44.000 euro, una per l'acquisto di montascale, cuscini a bolle d'aria e materassi ad aria per un importo di circa 66.000 euro. La durata di ciascun contratto è annuale, con la possibilità di rinnovo per ulteriori 12 mesi (entrambi i contratti sono stati rinnovati per il 2008). L'Ulss si è riservata la facoltà di poter variare i quantitativi di ausili indicati nel bando nel limite (superiore e inferiore) del 20% a parità del prezzo unitario aggiudicato. Alle imprese è stata riconosciuta la facoltà di presentare offerte anche in relazione a singoli articoli. I capitolati di gara sono stati redatti da una commissione tecnica multidisciplinare composta dal Responsabile dell'Ufficio protesi, da un geriatra, da un fisiatra e dal responsabile del magazzino e delle attività di rimessaggio delle protesi. Nonostante l'avviso di gara sia stato pubblicato solo sul sito aziendale, l'istanza di partecipazione è stata presentata da numerose imprese (13 per la prima gara; 31 per la seconda gara). L'effettiva partecipazione (a seguito di lettera d'invito) ha visto però una diminuzione signifi-

cativa del numero di imprese (4 imprese per la prima gara e 15 per la seconda).

Il criterio di valutazione: Interessante è il criterio di valutazione adottato, riconducibile a quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Per ciascuna tipologia di ausilio, la valutazione è stata effettuata a partire dal bene offerto al prezzo più basso, verificandone l'eventuale idoneità al fabbisogno e procedendo in caso di non idoneità all'esame dell'offerta successiva (in ordine di prezzo crescente), fino a giungere all'individuazione dell'ausilio con il miglior rapporto prezzo/qualità. Nel caso di selezione di un ausilio con prezzo superiore al minore offerto, la scelta è stata motivata in dettaglio, evidenziando le peculiari caratteristiche tecniche migliorative del prodotto selezionato. La valutazione tecnica è stata demandata a personale aziendale qualificato, ovvero al responsabile dell'ufficio protesi e ausili, in collaborazione con il Direttore dell'Unità operativa di Recupero e rieducazione funzionale.

La gestione dei servizi correlati: La scelta di valutare con attenzione la qualità del prodotto è giustificata in parte per garantire ai pazienti una miglior assistenza, in parte perché l'azienda, che gestisce internamente il servizio di rimessaggio degli ausili, acquistando prodotti di alta qualità, si garantisce la possibilità di poter riutilizzare alcuni degli ausili per più pazienti. La gestione in house del magazzino e delle attività di rimessaggio è il frutto di una fallita sperimentazione di outsourcing, che ha comportato significative problematiche gestionali, soprattutto nel controllo della qualità dei servizi erogati dall'azienda aggiudicatrice.

3) Procedura ad evidenza pubblica per fornitura di ausili e correlati servizi di manutenzione e sanificazione

Negli altri tre casi, le Aziende Ulss hanno effettuato gare «miste» di fornitura di ausili e correlati servizi di consegna e ritiro degli ausili al domicilio degli assistiti, manutenzione e sanificazione degli ausili di proprietà della Ulss al fine di garantirne la funzionalità in caso di riutilizzo. Tra queste gare, una in particolare prevede la fornitura degli ausili attraverso un contratto di «noleggio» (definito *service*), che prevede il pagamento da

parte dell'azienda di un canone giornaliero per ciascun ausilio.

Azienda Ulss B

Oggetto e procedura di gara: L'Ulss B ha effettuato nel corso del 2006 una procedura di gara ad evidenza pubblica per la fornitura di 15 categorie di ausili e l'esternalizzazione del servizio di consegna, manutenzione e rimessaggio degli ausili già di proprietà dell'Ulss. Nonostante la lunga durata del contratto (2 anni, prorogata per un ulteriore anno), non è stato riconosciuto alcun incentivo all'innovazione dei prodotti dell'impresa aggiudicataria; nel caso di immissione nel mercato di prodotti tecnologicamente aggiornati e migliorativi rispetto a quelli offerti in sede di gara, è stata lasciata all'impresa la facoltà di sostituire le tipologie aggiudicate (previa autorizzazione da parte della Ulss), senza alcun aggiornamento di prezzo. Per quanto riguarda l'esternalizzazione del servizio di consegna, manutenzione e rimessaggio di ausili diversi già di proprietà della Ulss, è stata richiesta la presentazione di una relazione contenente le indicazioni relative alle modalità di erogazione del servizio (con l'attivazione di un sistema informatizzato di gestione del magazzino e rintracciabilità degli ausili, il cui costo di integrazione con il sistema aziendale Ulss è a carico del fornitore); alla modalità di gestione della logistica e del magazzino; alla descrizione delle misure utilizzate per il controllo della qualità e di rispetto di norme in materia di garanzia di qualità; all'organizzazione della struttura aziendale (numero di dipendenti, struttura organizzativa, qualifiche e mansioni degli operatori).¹³ L'Ulss si è riservata la facoltà di poter variare la spesa presunta complessiva della fornitura e dei servizi indicata nel bando nel limite (superiore e inferiore) del 20% a parità del prezzo unitario aggiudicato. Non è previsto alcun meccanismo di rinnovo dei prezzi per tutta la durata della fornitura.

Criteri di aggiudicazione: Il criterio di selezione adottato è quello dell'offerta economicamente vantaggiosa, con punteggi equamente distribuiti tra prezzo e qualità. Per quanto riguarda la qualità, sono previsti complessivi 50 punti (fino ad un massimo di 20 punti per la fornitura dei nuovi ausili, fino ad un massimo di 30 punti per il servizio,

assegnati sulla base della relazione tecnico-organizzativa). Per la qualità è stato previsto uno «sbarramento» di 30 punti. Il prezzo, cui sono attribuiti 50 punti, è stato calcolato come somma tra la spesa per la fornitura e la spesa per i servizi (calcolati moltiplicando i prezzi unitari complessivi per il numero di ausili/interventi). Per entrambi i criteri sono stati attribuiti complessivi 50 punti all'impresa che ha ottenuto il punteggio più alto, e punteggi proporzionali alle altre imprese.

Azienda Ulss C

Oggetto e procedura di gara: L'Azienda Ulss C ha effettuato nel corso del 2008 una gara europea con procedura aperta con base d'asta di circa 650.000 euro per la fornitura di sette categorie di ausili, inclusi servizi di consegna/ritiro, di manutenzione e rimessaggio, di gestione del magazzino ausili. La durata del contratto (stipulato a ottobre 2008) è di 4 anni, con eventuale facoltà della Ulss di rinnovare il contratto qualora ne sia «accertata opportunità e convenienza». Ai fini della partecipazione, è stato previsto come requisito di capacità tecnica l'aver effettuato nel triennio anteriore alla data di pubblicazione del bando di gara (o nel periodo di attività, se inferiore a tre anni), almeno una fornitura per Aziende sanitarie pubbliche o private identica a quella della gara (ovvero fornitura di dispositivi protesici di cui agli elenchi 2 e 3 con servizi di consegna, manutenzione e rimessaggio) di valore non inferiore a euro 200.000 euro/anno. La partecipazione è stata consentita anche a Raggruppamenti temporanei di Impresa. Non sono state ammesse offerte condizionate, offerte parziali, offerte plurime o alternative per i prodotti offerti. Considerata la durata della fornitura, è stato previsto un meccanismo di revisione dei prezzi dall'inizio del terzo anno (ovvero alla scadenza del 24° mese), con un'istruttoria con i dirigenti responsabili dell'acquisizione di beni e servizi (o, in mancanza di un accordo, con aggiornamento all'Istat).

I criteri di valutazione: Il criterio di aggiudicazione è quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, fortemente sbilanciato sul prezzo (80 punti) rispetto alla qualità (20 punti). Non sono state prese in considerazione offerte con un punteggio

qualitativo inferiore a quindici/ventesimi. Ai fini dell'aggiudicazione, alla ditta che ha ottenuto la valutazione qualitativa più alta sono attribuiti 20 punti; agli altri, punteggi direttamente proporzionali. È stato attribuito al prezzo complessivo più basso punti 80 e, agli altri, punteggi inversamente proporzionali. Seppur non oggetto di valutazione ai fini dell'aggiudicazione, alle imprese partecipanti è stato richiesto di presentare anche i) il prezzo unitario distinto per singolo ausilio per le opere di sanificazione e rimessaggio e consegna al domicilio dell'utente per ausili già di proprietà della Azienda Ulss; ii) lo sconto percentuale praticato sui listini prezzi per la sostituzione delle parti di ricambio usurate; iii) lo sconto che la ditta è disposta ad applicare sui prezzi del nomenclatore tariffario o determinati per legge, secondo le normative, dalle stesse Aziende, per prodotti non compresi dalla gara ma compresi negli elenchi 2 e 3; iv) lo sconto che la ditta è disposta ad applicare sui prezzi del nomenclatore tariffario o determinati per legge, secondo le normative, dalle stesse Aziende per prodotti dell'elenco 1. La fatturazione della fornitura è prevista con cadenza mensile, con allegati gli estremi dei documenti di trasporto, nome del paziente, copia dell'ordinativo rilasciato dalle unità competenti del distretto e della ricevuta di gradimento firmata dal paziente o suo familiare. Quest'ultima non deve essere obbligatoriamente rilasciata al momento della consegna del bene, ma può essere consegnata a cura degli assistiti, entro 7 giorni lavorativi dalla data della consegna. Tale previsione, che interessa sia i nuovi ausili che quelli riutilizzati, è finalizzata a consentire all'assistito la verifica della effettiva corrispondenza dell'ausilio alle proprie necessità; in caso contrario, la ditta è tenuta a sostituire l'ausilio, senza costi aggiuntivi.

Azienda Ulss D

A partire dal 2001, l'Ulss D ha attivato per la gestione degli ausili dell'elenco 2 e 3 alcuni contratti al fine di ottimizzare la gestione aziendale complessiva degli stessi. In particolare sono stati siglati due contratti: uno finalizzato a garantire la fornitura ai propri pazienti di un determinato set di ausili e protesi attraverso un noleggio degli stessi da parte

dell'impresa fornitrice (cd *service*); l'altro finalizzato a esternalizzare, ottimizzandola, la gestione del magazzino protesico e di tutte le attività correlate alla logistica, manutenzione e sanificazione degli ausili. Entrambi i contratti sono stati siglati (e rinnovati) con la stessa ditta.

Oggetto: nel 2001 è stata svolta una procedura europea ad evidenza pubblica (licitazione con procedura ristretta accelerata), per un importo presunto di circa 3,6 milioni di euro alla quale furono invitate a presentare un'offerta 4 ditte, delle quali solo due parteciparono effettivamente alla gara. L'oggetto del contratto prevedeva inizialmente la locazione di presidi protesici a fronte della corresponsione di un canone di noleggio, con inclusi servizi accessori di consegna/ritiro, di manutenzione e rimessaggio, di gestione informatizzata del magazzino ausili. Si richiedeva inoltre il servizio di ritiro e presa in carico per cessione definitiva¹⁴ di tutti gli ausili oggetto del *service* già in possesso dell'Ulss. L'intento dell'Ulss era di procedere progressivamente con l'esternalizzazione del magazzino.

Criteri di aggiudicazione: il criterio di aggiudicazione è quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, con uguale peso attribuito alla componente di qualità e prezzo. Alla qualità sono stati assegnati 50 punti, attribuiti da una commissione tecnica sulla base della documentazione fornita dall'offerente. In particolare è stata richiesta la formulazione di un progetto con la descrizione del modello gestionale (modalità di organizzazione e gestione del servizio, struttura organizzativa, descrizione del magazzino, organico e personale, grado di informatizzazione per la gestione del magazzino, servizio di formazione per gli addetti agli uffici distrettuali all'utilizzo dello stesso). È richiesto un punteggio minimo di ammissione di 25 punti. Il prezzo è stato valutato come costo globale ottenuto dalla sommatoria del costo unitario del canone di *service* di locazione mensile e giornaliero moltiplicato per ognuno dei presidi, comprensivi di tutti i servizi aggiuntivi. Sono stati attribuiti 50 punti al prezzo più basso e punteggi inversamente proporzionali per le altre offerte. Tale criterio di selezione ha premiato l'impresa che ha offerto una riduzione significativa dell'importo com-

pletivo della fornitura (2.230.597 euro) rispetto alla base d'asta, nonostante avesse realizzato 10 punti in meno rispetto all'altra ditta offerente (36 vs 46) sulla qualità. Inoltre, l'aggiudicataria ha previsto per gli ausili di più frequente utilizzo che, qualora non vengano effettuati nei 4 anni successivi interventi di ripristino, verrà accreditato il controvalore dei mancati ripristini fino alla concorrenza del prezzo di acquisto. Inizialmente il contratto aveva durata quadriennale, rinnovabili per ulteriori quattro. Il rinnovo è avvenuto con trattativa privata senza pubblicazione di un nuovo bando in quanto trattasi di «servizi analoghi a quelli già affidati allo stesso prestatore di servizi attraverso un precedente bando di gara» a fronte di alcune migliorie alla fornitura; in particolare è stata prevista l'implementazione di un *software*, grazie al quale i Distretti hanno la possibilità di identificare, in tempo reale, la disponibilità degli ausili di proprietà già sanificati e quindi pronti per un riutilizzo. La spesa complessiva per il quadriennio 2006-2009 è di 4,3 milioni di euro.

Grazie a questa formula contrattuale, l'Azienda ha azzerato il magazzino per protesi e ausili di proprietà. Al momento quindi, quando l'Ulss deve autorizzare un presidio ortopedico dell'elenco 2 o 3 procede a:

- verificare l'esistenza presso il magazzino della ditta aggiudicataria del *service* di ausili di proprietà aziendale; in caso affermativo, la stessa ditta procede alla consegna al domicilio del paziente;
- in caso negativo, l'Azienda verifica se l'ausilio è tra quelli presenti nel *service* e in caso positivo, ne attiva il noleggio;
- se l'ausilio non è neppure tra quelli inclusi nel *service*, l'Azienda autorizza l'acquisto del nuovo ausilio, che verrà consegnato dalla ditta che gestisce consegna/ritiro e sanificazione al paziente.

4) Aziende che ancora non hanno effettuato gare

L'Ulss E è l'unica che ancora non ha effettuato alcuna gara ad evidenza pubblica per l'approvvigionamento di ausili dell'elenco 2 e 3; in relazione a tali ausili procede quindi all'autorizzazione della spesa attraverso la richiesta di alcuni preventivi (in genere tre)

alle aziende fornitrici/distributrici iscritte agli elenchi regionali al fine di definire l'ammontare del contributo erogato (il minore tra i prezzi definiti dalle aziende contattate). È stata dichiarata tuttavia la volontà di procedere nel breve periodo all'effettuazione di una gara.

Nel frattempo, è stata stipulata una convenzione per l'affidamento diretto di servizi di sanificazione, manutenzione, rimesaggio, ritiro e consegna a domicilio degli

ausili degli elenchi 2 e 3 non specificatamente su misura. Si tratta di una soluzione «ponte» in attesa di definire strategie e modalità per l'avvio di procedure ad evidenza pubblica per l'acquisto di ausili relativi agli elenchi 2 e 3 e la gestione dei servizi connessi (manutenzione, sanificazione, logistica).

Nella **tabella 1** si riassumono le principali caratteristiche delle procedure attivate dalle aziende del campione.

Tabella 1

Sintesi delle procedure di gara attivate per l'erogazione dell'assistenza protesica nelle aziende Ulss del campione

	Ulss A	Ulss B	Ulss C	Ulss D	Ulss E
Procedura di gara	Gare in economia (procedura a licitazione privata ristretta - bando pubblicato su sito internet aziendale)	Gara ad evidenza pubblica con licitazione privata	Gara europea con procedura aperta	Gara europea con licitazione con procedura ristretta accelerata	Nessuna procedura attivata Volontà di procedere nel breve periodo all'effettuazione di una gara
Note alla procedura di gara	Possibilità di presentare offerte su singoli ausili Presentazione campionatura Concorrenza: numero relativamente ampio di imprese invitate a presentare offerta Gamma di scelta: numero relativamente ampio di offerte ricevute	Offerta complessiva fornitura + servizi Presentazione campionatura Presentazione relazione tecnica sulle modalità di svolgimento del servizio	Offerta complessiva fornitura + servizi Requisito tecnico: almeno una fornitura nell'ultimo triennio per Aziende sanitarie pubbliche o private identica a quella della gara di valore non inferiore a euro 200.000 Ammessi raggruppamenti temporanei di impresa Non ammesse offerte condizionate, offerte parziali, offerte plurime o alternative per i prodotti offerti	Offerta complessiva fornitura + servizi Estensione servizi complementari con affidamento diretto	–
Valore	Valore € 44.000 + 66.000	ND	Base d'asta di circa 650.000 euro	Base d'asta 3,6 milioni di euro Aggiudicata a circa 2 milioni di euro Per il rinnovo 2006-2009, la spesa è di 4,3 milioni di euro	–
Durata	1 anno (rinnovabile + 1) - 2007+2008	730 giorni (+ rinnovo 1 anno) - 2006-2009	4 anni (rinnovabile + 4) Aggiudicata nel 2008	4 anni (rinnovabile + 4) 1° 2002-2005; rinnovo: 2006-2009	–
Oggetto	FORNITURA AUSILI	FORNITURA AUSILI + SERVIZI di consegna, manutenzione e rimesaggio di ausili diversi già di proprietà della Ulss	FORNITURA AUSILI + SERVIZI di consegna, manutenzione e rimesaggio degli ausili oggetto di gara e quelli di proprietà della Ulss	SERVICE di AUSILI + SERVIZI di consegna, manutenzione e rimesaggio di ausili diversi già di proprietà della ULSS + RILEVAZIONE MAGAZZINO ULSS di tutti gli ausili già in possesso dell'Usl	–

3.2. Una valutazione sinottica del processo di erogazione dell'assistenza protesica in relazione alle imprese del settore ortopedico e riabilitativo

Procedura di gara

Per quanto attiene le procedure di gara a evidenza pubblica si evidenziano diverse modalità di selezione dei fornitori cui sono correlabili diversi gradi di competitività nel settore. Nella maggior parte dei casi il sistema utilizzato per la selezione degli offerenti

è la «procedura ristretta», ovvero la procedura alla quale ogni operatore economico può chiedere di partecipare e in cui possono presentare un'offerta soltanto gli operatori economici invitati dalle stazioni appaltanti. Infatti, solo in un'unica circostanza (Ulss C) si è proceduto con procedura aperta, procedura in cui ogni operatore economico interessato può presentare un'offerta.

Il tasso di partecipazione alle gare da parte delle imprese non sembra essere influenzato dall'estensione della pubblicità garantita ai bandi, quanto piuttosto alla dimensione eco-

segue Tabella 1
Sintesi delle procedure di gara attivate per l'erogazione dell'assistenza protesica nelle aziende Ulss del campione

	Ulss A	Ulss B	Ulss C	Ulss D	Ulss E
Criterio di aggiudicazione	<p>Criterio di aggiudicazione che contempera esigenze di contenimento dei prezzi con quelle di garantire il «miglior prodotto»</p> <p>Coinvolgimento di personale specializzato nella valutazione tecnica di alcuni ausili con dettagliata motivazione qualitativa</p>	<p>Criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa</p> <p>A) qualità: punti 50/100; «sbarramento» di 30 punti – fino ad un massimo di 20 punti per la fornitura dei nuovi ausili, sulla base della documentazione tecnica – fino ad un massimo di 30 punti per il servizio, assegnati sulla base della relazione tecnico-organizzativa</p> <p>B) prezzo: punti 50/100; somma tra la spesa per la fornitura e la spesa per i servizi – fornitura degli ausili: prezzo unico per singolo ausilio, comprensivo di servizi complementari – fornitura del servizio per ausili di proprietà Ulss: prezzo forfettario per il ritiro, la manutenzione e la (eventuale) consegna nuovo utente</p>	<p>Offerta economicamente più vantaggiosa sulla base dei seguenti criteri:</p> <p>A) qualità: punti 20/100; di cui 5 per la qualità del prodotto, 10 per la modalità di esecuzione del servizio aggiuntivo offerto, 5 per l'organizzazione aziendale e tipologia di formazione. – MIN 15/20</p> <p>B) prezzo: punti 80/100; somma tra costo ausilio + servizi aggiuntivi + servizi in caso di riutilizzo</p>	<p>Offerta economicamente più vantaggiosa sulla base dei seguenti criteri:</p> <p>A) qualità: punti 50/100; attribuiti al progetto di modello gestionale (organizzazione e gestione del servizio, struttura organizzativa, descrizione del magazzino, organico e personale, grado di informatizzazione per la gestione del magazzino, servizio di formazione per gli addetti agli uffici distrettuali all'utilizzo dello stesso). minimo di ammissione di 25 punti</p> <p>B) prezzo: punti 50/100; inteso come somma tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo unitario del canone di <i>service</i> di locazione mensile e giornaliero di ognuno dei presidi completi di eventuali elementi complementari aggiuntivi, comprensivi di tutti i servizi aggiuntivi • Prezzo di acquisto dei presidi di proprietà della Ulss, valorizzati ai criteri su definiti 	–
Gestione servizi complementari all'erogazione dell'ausilio	<p><i>In house</i>, a causa della scarsa qualità riscontrata dopo aver effettuato una gara per esternalizzarli</p>	<p>Gestione esternalizzata</p> <p>Inclusione dei SERVIZI nel contratto di fornitura</p> <p>Fatturati a parte i pezzi di ricambio</p>	<p>Gestione esternalizzata:</p> <p>Inclusione dei SERVIZI nel contratto di fornitura</p> <p>Fatturati a parte i pezzi di ricambio</p>	<p>Gestione esternalizzata;</p> <p>oltre ai servizi inclusi nel <i>service</i>, estensione dei servizi di sanificazione e consegna sugli ausili protesici di proprietà della Ulss e anche ad alcuni ausili dell'Elenco 1</p>	–

nomica della gara e all'oggetto della stessa. In particolare, la gara di più estese dimensioni (quella promossa dalla Ulss D) è andata deserta in prima battuta, costringendo l'Ulss a procedere con successiva procedura negoziata. L'Ulss C, a fronte di un quantitativo significativo, ha previsto la possibilità per gli offerenti di poter partecipare anche in Raggruppamenti temporanei di impresa per facilitare il raggiungimento del requisito tecnico di ammissione alla gara. L'Ulss A che ha proceduto con una procedura «semplificata», prevista dal regolamento aziendale per acquisti in economia con basi d'asta ridotte, con la pubblicazione del bando solo sul sito internet, ha registrato il più elevato grado di partecipazione.

In generale, è evidente la necessità di meglio commisurare la dimensione delle forniture e i requisiti di ammissione in modo da favorire e supportare lo sviluppo delle imprese del settore ortopedico e di riabilitazione, caratterizzato da imprese di dimensioni piccole che difficilmente riescono a sostenere la fornitura di lotti significativi.

La durata del contratto e l'adeguamento delle tariffe

Contribuisce ad accrescere l'importo della gara anche l'estensione temporale del contratto aggiudicato e relativo rinnovo (4 + 4 per le Ulss C e D, 2 + 1 per l'Ulss B). Un'elevata durata contrattuale, se da un lato garantisce una certa stabilità all'impresa aggiudicataria, dall'altro limita di fatto per lunghi periodi la possibilità per l'Ulss di bandire nuove gare, non stimolando l'offerta da parte di altre imprese di condizioni più vantaggiose dal punto di vista tecnico-qualitativo (anche il rinnovo avviene con trattativa privata). Tale aspetto è particolarmente critico in quanto spesso alla significativa estensione del contratto non si affianca un meccanismo di revisione delle tariffe. Solo in un caso è previsto un meccanismo di revisione dei prezzi (Ulss C). La consapevolezza della criticità di tale problematica sull'innovazione dei prodotti offerti appare anche nel caso dell'Ulss B; tuttavia la soluzione viene «scaricata» sull'impresa, «concedendole» la facoltà di offrire prodotti innovativi senza però riconoscere alcuna maggiorazione di prezzo.

Protesi e ausili oggetto delle gare

Ad eccezione delle gare effettuate dall'Ulss A, che hanno previsto la possibilità per le imprese fornitrici di presentare offerte anche limitatamente ad alcuni ausili (con la conseguente possibilità di assegnare la fornitura a più imprese), le altre aziende sanitarie hanno richiesto una offerta complessiva per tutti i beni/servizi oggetto della gara.

Rispetto alle tipologie di ausili, si evidenzia la tendenza delle Ulss ad inserire in una stessa gara una gamma molto estesa di ausili dell'elenco 2 e 3 (sempre ad eccezione della Ulss A che ha optato per l'effettuazione di due gare per separare determinate tipologie di ausili). Si sottolinea come tali considerazioni incidono sull'effettiva capacità di queste procedure di gara di garantire il principio di libera scelta dell'utente, in quanto limitano, di fatto, la possibilità di fornire, per uno stesso codice di dispositivo, diverse marche e modelli di prodotto, idonei a soddisfare le specifiche esigenze dell'assistito. La situazione che si viene a determinare (per periodi tra l'altro anche molto lunghi), coincide con una limitazione della varietà dei prodotti tra i quali l'utilizzatore potrà scegliere quello meglio rispondente alle sue esigenze.

Ciò non è coerente nemmeno con il dettato normativo regionale, che prevede per le gare a evidenza pubblica la garanzia di una «disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti».

Criteri di aggiudicazione

La Regione Veneto ha previsto, per lo svolgimento di gare relative agli ausili dell'elenco 2 e 3 di adottare come criterio di valutazione delle offerte quello «dell'offerta economicamente più vantaggiosa», al fine di garantire una valutazione integrata di aspetti di natura tecnico-qualitativa, con il prezzo relativo all'oggetto della fornitura/servizio. Tuttavia, l'analisi delle gare effettuate dalle aziende Ulss del campione ha fatto emergere alcune criticità relativamente alla formulazione dei criteri di valutazione. A parte l'Ulss C che ha previsto solo 20 punti per la qualità, anche le Ulss B e D, pur avendo formalmente attribuito alla qualità e al prezzo identico peso, hanno declinato i

sottopunteggi e definito meccanismi di confronto tra le offerte (proporzionalità inversa) in modo tale da far prevalere la componente prezzo. Anche in questa circostanza, si evidenziano i dettati della normativa regionale che richiedono invece procedure di gare tali da assicurare «un adeguato livello di servizio, privilegiando la fornitura nel complesso con i produttori più qualificati» e il «rispetto degli standard di qualità». Rispetto alla qualità, la normativa regionale sottolinea come «i dispositivi ovviamente devono disporre del marchio CE (sicurezza) e sono descritti nel nomenclatore con riferimento alla normativa volontaria ISO (qualità del processo produttivo)», ma che si tratta di «caratteristiche che non determinano un'automatica identità qualitativa e prestazionale di uno stesso modello offerto sul mercato. Il parametro quindi "qualità" è costituito da vari "fattori", molti dei quali rappresentati dalle caratteristiche qualitative intrinseche del materiale, ma anche da altri elementi che pur non riferiti alla materialità del prodotto, qualificano pur sempre la prestazione, quali, ad esempio: la varietà o possibilità di fornire tipi di prodotto che si adattino alle specifiche esigenze dell'assistito e quindi alle sue scelte». Molto spesso invece, le Ulss si limitano a richiedere e verificare la presenza di livelli «standard» di qualità, non premiando innovazioni ed elementi distintivi superiori a tali soglie. Si distingue anche in questo caso la procedura dell'Ulss A, che ha attivato un meccanismo di valutazione che cerca di valorizzare maggiormente la qualità degli ausili. Infine, nella valutazione qualitativa degli ausili, sarebbe «opportuno l'apporto qualificato delle diverse Associazioni di utenti nell'individuazione delle caratteristiche peculiari dei dispositivi, quali l'adattabilità, la presenza di materiali ipoallergici ignifughi e atossici, la garanzia del prodotto per tutta la durata dell'utilizzo»; questa è la prescrizione della Regione Veneto, condivisa anche dalle associazioni dei pazienti (cfr. infra). L'Ulss A, ad esempio, ha coinvolto nella valutazione dei cuscini ad aria il Direttore dell'Unità operativa di Recupero e rieducazione funzionale, in quanto soggetto che lavora a stretto contatto con i pazienti e ne conosce le esigenze.

L'esternalizzazione dei servizi correlati

Tutte le Ulss (ad eccezione dell'Ulss A) hanno inoltre affiancato alla fornitura degli ausili una serie di servizi correlati finalizzati all'esternalizzazione della gestione della logistica relativa agli ausili e dei servizi di manutenzione, riparazione e sanificazione/rimessaggio. Tale scelta è guidata dalla volontà di esternalizzare tali servizi, non tanto a seguito di attente valutazioni economiche e di impatto sulla qualità del servizio offerto, quanto piuttosto da una convinzione aprioristica che tale soluzione garantisca un contenimento dei costi aziendali per tali servizi e dal progressivo pensionamento delle persone che li gestivano a livello aziendale senza un adeguato percorso di formazione di altro personale.

L'Ulss A, in particolare, una volta deciso di esternalizzare il servizio, ha annullato il contratto dopo aver verificato che economicamente e qualitativamente tale assetto non risultava conveniente.

Inoltre, la decisione di effettuare con un'unica procedura (cosiddette gare miste di fornitura e servizi) l'aggiudicazione di queste due attività ha un'implicazione diretta sui criteri di aggiudicazione. In particolare, tra i punteggi destinati alla qualità, viene attribuito un punteggio prevalente alle caratteristiche del servizio, piuttosto che alle caratteristiche tecniche degli ausili e protesi forniti: 20 sui 50 punti complessivi per la qualità per l'Ulss B; 5 su 20 per l'Ulss C; mentre l'Ulss D non esplicita nella sezione relativa alla qualità la valutazione specifica della fornitura degli ausili.

Si sottolinea infine come tali contratti pur garantendo una capillarità di distribuzione dei dispositivi protesici, non favoriscono «l'attivazione di canali già operanti nel nostro territorio regionale sia delle farmacie che dei negozi di articoli sanitari», come previsto dalla normativa regionale.

Altri elementi critici

Nel caso di esternalizzazione dei principali servizi accessori, si riscontra come elemento critico la difficoltà da parte delle aziende sanitarie di effettuare controlli sulle attività erogate delle ditte aggiudicatrici.

Si evidenzia la necessità di prevedere meccanismi di liquidazione della fattura relativa al servizio, previa verifica della qualità dello stesso (soprattutto per servizi che richiedono una forma di interazione con gli utenti per garantire loro e ai loro familiari un'adeguata formazione/informazione e eventuali interventi di personalizzazione dell'ausilio, come nel caso della Ulss C).

L'opportunità/criticità per le Ulss è di individuare criteri di selezione che garantiscano adeguati livelli di servizio (richiedendo ad esempio adeguati standard nel servizio, con la presenza di personale specializzato) e che non aggravino in misura significativa gli uffici dei distretti delle Ulss (perdendo il beneficio dell'esternalizzazione).

Infine, si evidenzia come in alcune procedure di gara sia stato richiesto alle ditte offerenti di presentare lo sconto che si impegnavano ad applicare sui prezzi del nomenclatore tariffario o determinati per legge, secondo le normative, dalle stesse Aziende, per prodotti non compresi dalla gara ma compresi negli elenchi 2 e 3 e per prodotti dell'elenco 1. Tale sconto, seppur non formalmente oggetto di valutazione ai fini dell'aggiudicazione,

determina in qualche modo il presupposto per una progressiva estensione dei rapporti con la ditta aggiudicataria anche in relazione ad ausili non inseriti nella gara (e per la cui acquisizione la normativa non prevede procedura di gara).

La **tabella 2** fornisce una sintesi delle principali evidenze per ciascuna dimensione di analisi.

4. L'analisi dei casi: il settore dell'offerta

Per l'analisi del mercato dell'offerta di ausili e protesi ortopediche sono stati selezionati quattro casi, rappresentativi di diverse tipologie di aziende produttrici e distributrici. I criteri adottati per l'individuazione delle suddette sono i seguenti:

- (i) Caratteristiche dell'impresa (dimensione dell'azienda, localizzazione produttiva);
- (ii) Portafoglio di prodotti/servizi aziendali;
- (iii) Mercato di sbocco dei prodotti.

L'analisi si è svolta attraverso la conduzione di interviste semi-strutturate ai respon-

Tabella 2

Sintesi delle principali caratteristiche del processo di erogazione dell'assistenza protesica da parte della committenza pubblica

Dimensione analisi	Principali evidenze e criticità
Procedura di gara	Prevalenza procedura ristretta
	Tasso di partecipazione influenzato dalla dimensione della fornitura, non dalla tipologia di pubblicità garantita al bando
	Necessità di meglio commisurare le dimensioni delle forniture e i requisiti di ammissione, al fine di garantire anche la partecipazione di PMI con prodotti di elevata qualità e specializzazione
La durata del contratto e l'adeguamento delle tariffe	Estensione medio-lunga dei contratti e assenza di meccanismi di adeguamento tariffario, che possono compromettere processi di innovazione e miglioramento della qualità dei beni e servizi offerti dalle imprese
Protesi ed ausili oggetto delle gare	Inserimento nel bando di gara di una gamma molto estesa di ausili da parte dello stesso fornitore, con potenziale limitazione del principio di libera scelta dell'utente (riducendo la varietà dei prodotti tra i quali l'utilizzatore potrà scegliere quello meglio rispondente alle sue esigenze)
Criteri di aggiudicazione	Pur ricorrendo al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, forte prevalenza della componente economica, a discapito della qualità degli ausili offerti all'utenza
L'esternalizzazione dei servizi correlati	Esteso ricorso all'esternalizzazione; problematicità dei controlli sugli standard di servizio

sabili aziendali rispetto a due principali dimensioni di analisi.

1. *Caratteristiche di impresa*, in termini di attività di produzione e distribuzione, tipologia di prodotti (su misura o di serie sulla base della classificazione introdotta dal D.M. 332/99) e mercati di sbocco della produzione. Quest'ultimo profilo è stato indagato nella duplice accezione di localizzazione geografica del mercato (mercato nazionale e/o internazionale) e di natura dell'acquirente (pubblico ovvero privato).

2. *Principali criticità riscontrate* dagli operatori privati del settore, classificate in distinte categorie logiche: (i) attuale impianto normativo e regolatorio; (ii) processo di acquisto della committenza pubblica; (iii) relazioni con la committenza; (iv) relazioni con gli utenti.

4.1. Caratteristiche di impresa

Le aziende incluse nell'analisi sono rappresentative delle caratteristiche di impresa tipiche del settore biomedicale della Regione Veneto. In termini di dimensionamento, si tratta di aziende di piccole dimensioni, il cui fatturato medio annuo non supera i 10 milioni euro.¹⁵ La localizzazione produttiva riflette il baricentro del biomedicale regionale, basato principalmente sulle aree industriali della Provincia di Padova (tre aziende) e di Treviso (una azienda). Per quanto concerne la natura dell'attività d'impresa, tutte le aziende si configurano come aziende di produzione, mentre tre affiancano ad essa anche attività di distribuzione.

L'attività di produzione riguarda una relativamente ampia serie di prodotti, raggruppabili in due principali *cluster* di analisi:

- protesi, tutori e altri ausili esterni. Tale *cluster* è riferibile più propriamente alla categoria di ausili definiti «su misura» e contenuti nell'elenco 1 del Nomenclatore;
- attrezzature per non deambulanti per cure domiciliari: si includono carrozzine, deambulatori, verticalizzabili, letti e ausili. Tale categoria di ausili considerati «di serie» nel Nomenclatore tariffario (elenco 2).

Nella **tabella 3** si riassumono le categorie di ausili prodotti e commercializzati dalle singole aziende dal campione.

Sebbene la gamma di prodotti sia discretamente eterogenea, è possibile identificare alcuni tratti distintivi alle diverse aziende in merito alla produzione in esame.

In primo luogo, le aziende si caratterizzano per una marcata specializzazione di prodotto, in termini di:

- selettiva identificazione delle categorie di ausili fabbricati da parte della singola azienda (carrozzine, protesi, ecc.);
- elevata differenziazione all'interno delle singole categorie tra modelli e varianti dello stesso ausilio sia per le tipologie su misura, quali ortesi o protesi, sia per le tipologie cosiddette standard, che il legislatore identifica come raggruppamento omogeneo (es. carrozzine).

Tale differenziazione è il risultato di un duplice processo: da un lato, l'attenzione alla qualità delle componenti utilizzate per la fabbricazione degli ausili; dall'altro lo sviluppo di una varietà nel *mix* degli stessi al fine di assicurare la personalizzazione del prodotto in funzione delle esigenze dell'utente. Tale tendenza è particolarmente rilevante negli ausili per la mobilità personale, quali le carrozzine, per le quali distinti modelli sono prodotti in funzione della tipologia di destinatario (giovani paraplegici attivi ovvero pazienti ospitati stabilmente in strutture di ricovero, ecc.) e dell'utilizzo previsto per l'ausilio (es. trasferimento dell'utente per brevi tratte ovvero movimenti continuativi che

Tabella 3
Tipologie di dispositivi prodotti/commercializzati dalle imprese oggetto di analisi

Impresa del campione	Tipologia dispositivi prodotti/commercializzati
A	Carrozzine, verticalizzabili, deambulatori, comode, bici attrezzate, letti e altri ausili per non deambulanti
B	Carrozzelle e ausili per disabili; plantari e calzature; tutori, protesi e busti per scoliosi; busti e corsetteria; calze e collant; ginocchiere e tutori per lo sport; articoli medicali
C	Carrozzine; cuscini, schienali; altri prodotti (cinture pelviche, poggiatesta, ecc.)
D	Carrozzine leggere, superleggere, standing; ausili sportivi per disabili

possano richiedere ad esempio il posizionamento in auto, impiego dell'ausilio in spazi lavorativi contenuti, ecc.).

Le caratteristiche sopra riportate evidenziano la difficoltà di classificazione di tali prodotti secondo le attuali previsioni ministeriali, ponendo pertanto la questione, della reale efficacia dell'attuale sistema di rimborso delle categorie di ausili prodotti dalle aziende del campione.

In secondo luogo, alcune aziende analizzate si caratterizzano per il posizionamento in *mercati di nicchia*, come nel caso degli ausili per lo sport.¹⁶

In terzo luogo, le aziende si caratterizzano per il *mercato di sbocco* prevalentemente nazionale. Le strategie di internazionalizzazione del mercato di offerta, sebbene stiano crescendo di peso e rilevanza negli ultimi anni, soffrono di barriere all'entrata dovuti a:

- a) dimensionamento aziendale medio-piccolo;
- b) diversi contesti regolatori e normativi per le categorie di prodotti oggetto di analisi.

Mentre in Italia ad oggi la produzione e vendita è subordinata esclusivamente al possesso di marcatura CE, altri Paesi europei, quali Francia e Germania, richiedono a tutti i fornitori l'ottenimento di specifiche certificazioni emesse da enti certificatori nazionali (quali il TÜV in Germania e CERAH in Francia) a seguito di test di validazione del prodotto.¹⁷

All'interno del mercato nazionale la produzione è diretta alla vendita alle Asl (con i meccanismi sopra descritti) ovvero alle ortopedie (quando non di proprietà). Ad oggi il rimborso di tali ausili è prevalentemente garantito dal Ssn; il mercato *out of pocket* non ha particolare rilevanza, se si fa eccezione per i casi di applicazione del principio della riconducibilità ex art.1 c. e) D.M. 332/99.

4.2. Criticità riscontrate nell'attuale impianto normativo e nel rapporto con la committenza pubblica

Dalle interviste effettuate è possibile classificare le criticità attualmente riscontrate dagli operatori sulla base di alcune dimensioni di analisi.

A) Impianto regolatorio attuale

Una prima considerazione concerne le condizioni per la vendita e il rimborso degli ausili, ovvero i requisiti richiesti per la fornitura del prodotto. I criteri attualmente in vigore nel contesto nazionale - marcatura CE, registrazione del dispositivo nella Banca dati del Ministero e iscrizione al Registro dei fabbricanti presso il Ministero della salute - non sembrano rappresentare ancora meccanismi efficaci per la valutazione della qualità e delle caratteristiche del prodotto. Ciò comporta il rischio di entrata nel mercato italiano di componenti e ausili prodotti a basso costo provenienti da Paesi extraeuropei (principalmente dal mercato asiatico). Tale criticità è tanto più evidente se si considera la disomogeneità di regolazione rispetto ad altri Paesi europei, con la possibilità che prodotti non commercializzabili in determinati mercati sottoposti a più stringente regolazione possano di fatto entrare ed essere venduti nel mercato italiano. La diversità nell'impianto regolatorio comporta una seconda conseguenza, ovvero che i maggiori requisiti richiesti negli altri paesi implicino costi di entrata difficili da sostenere da parte delle imprese italiane, specialmente quelle di dimensioni medio-piccole.

Una seconda criticità riguarda il mancato aggiornamento del Nomenclatore (D.M. 332/99) e la mancata revisione del tariffario definito per gli ausili su misura, fattori che hanno determinato, negli anni, l'obsolescenza delle tipologie di prodotti inclusi oltre che, per alcune tipologie di dispositivi (ad es: tutori d'arto inferiore), vere e proprie diseconomicità nella fornitura.

Inoltre, nel campo della produzione degli ausili di serie, il disallineamento crescente tra costi pieni di produzione e prezzi di riferimento ha determinato due principali conseguenze. Da un lato, alcune aziende produttrici sono state costrette a operare una strategia di differenziazione di prezzi in funzione del mercato di sbocco: dovendo rispettare in Italia i prezzi definiti dall'impianto normativo vigente, in alcuni casi si sono dovuti alzare i prezzi di listino negli altri Paesi europei (fino anche al 20%). Dall'altro lato, tale situazione ha determinato ripercussioni negative in termini di perdita di efficienza del sistema nel suo complesso: non solo, infatti, il sistema

attualmente vigente non incentiva l'innovazione e l'investimento in ricerca e sviluppo, ma in alcuni casi il mantenimento di tariffe fisse negli anni non ha permesso di far conseguire i potenziali risparmi derivanti dalla diminuzione nei costi delle attività produttive più prettamente standard.¹⁸

Un'ultima considerazione riguarda la previsione attuale del Nomenclatore, per alcune tipologie di prodotti inseriti nell'elenco 2 (carrozzine, letti, deambulatori, ecc.) di riutilizzo dell'ausilio una volta questo abbia esaurito la propria funzione con un paziente. Dalle interviste è emerso come l'implementazione di tale previsione possa comportare, nella pratica, rischi concreti per i pazienti, qualora gli standard di igiene e sicurezza dei prodotti (e delle relative componenti) non vengano a ogni passaggio monitorati e assicurati.

B) Processo di acquisto tramite gara

La seconda dimensione si concentra sulle attuali modalità di acquisto della tipologia di prodotti *standard*, per i quali la normativa prevede l'attivazione di procedure pubbliche di acquisto da parte delle Asl. L'attuale configurazione di processi di gara solleva tuttavia alcune criticità, riconducibili a:

- *strutturazione del bando e definizione delle specifiche di prodotto*: i criteri di prodotto paiono ancora molto generici e non includono strumenti che permettano il riconoscimento effettivo della qualità, delle esigenze di personalizzazione e adattabilità del prodotto al paziente; la normativa europea (in parte di applicazione volontaria) osservata dal produttore locale è pertanto raramente recepita nel capitolato di gara; la definizione di criteri relativamente generici per le specifiche dei lotti di gara rischia di penalizzare quelle ditte che rispettano norme volontarie innovative e assicurano il miglioramento qualitativo continuo del prodotto;

- *criteri di valutazione delle offerte*: sebbene i criteri di aggiudicazione si basino in prevalenza sull'offerta economicamente più vantaggiosa, si registra una forte enfasi sui criteri legati al prezzo; la tendenza al contenimento della spesa per beni e servizi può ripercuotersi negativamente sui produttori stessi, che potrebbero essere indotti ad ac-

stare componenti a minor prezzo e qualità, inficiando in tal modo la qualità del prodotto finale.

A tali criticità si affianca una riflessione più ampia, riguardante tutto il *cluster* di analisi, di mancanza di un sistema efficace ed efficiente di acquisizione di figure professionali dedicate alla gestione delle diverse fasi del processo di acquisto (ad esempio per la fase di stesura capitolati nelle procedure di gara o valutazione dei preventivi).

Dalle interviste effettuate emerge che solo un'azienda su quattro partecipa regolarmente a gare. Ciò è dovuto a diverse criticità riscontrate e al fatto che molte delle carrozzine prodotte sono definibili come «border line» tra l'elenco 1 e 2, classificabili come leggere e superleggere. Le gare dunque non sono prese in considerazione dalle aziende se non per prodotti standardizzati (sollevatori, comode, letti), che non presentano caratteristiche di continuità e di personalizzazione precisa.

C) Rapporti con la committenza

Una prima criticità sollevata da tutte le imprese analizzate riguarda lo scollamento tra l'orizzonte temporale di mandato caratterizzante la dirigenza pubblica locale e le esigenze reali degli utenti. La tendenza in taluni casi a far prevalere l'ottica di breve termine (raggiungimento degli obiettivi annuali) si registra soprattutto nella fase di autorizzazione alla fornitura e rimborso del dispositivo ortopedico; la discrezionalità amministrativa riconosciuta ai referenti aziendali può indurre in taluni casi all'adozione di comportamenti opportunistici da parte degli stessi, quali le decisioni di posticipare le autorizzazioni ai primi mesi dell'anno successivo, al fine di raggiungere obiettivi di risparmio che rappresentano successivamente la base di valutazione e remunerazione della dirigenza aziendale.

Una seconda dimensione concerne i tempi di pagamento degli ausili da parte delle Asl. Tale criticità, sebbene in due dei quattro casi analizzati sia avvertita in maniera indiretta (avendo tali aziende come interlocutore primario le ortopedie), è stata sollevata da tutte le imprese intervistate, quale fattore minante la struttura competitiva d'azienda. Si è riconosciuto tuttavia come la media di pagamento registrata nelle Asl della Regione Veneto,

sebbene superiore rispetto ai 90 giorni definiti per legge, sia comunque inferiore rispetto alla media nazionale.

Un'ultima dimensione critica concerne infine la reale efficacia di alcuni strumenti formali previsti a livello regionale per informare l'utente finale in merito alla gamma e alle specifiche di prodotto. Le criticità riguardano un duplice profilo: (i) la professionalità del personale operante in tali centri; (ii) la strutturazione dello strumento in sé: infatti, le caratteristiche tipiche dei dispositivi in esame (caratterizzati da innovazione incrementale continua) fanno sì che i modelli esposti nel centro diventino rapidamente obsoleti e si ponga dunque il problema non solo di come garantire il costante ricambio ma anche di dove destinare la gamma di ausili divenute obsolete.

D) Rapporti con gli utilizzatori

Un ultimo punto di attenzione concerne la difficoltà di stabilire un vero rapporto di fiducia con gli utenti finali. Le imprese intervistate denotano, infatti, la necessità di operare per il superamento degli ostacoli, culturali e di contesto che ancora oggi caratterizzano il rapporto con l'utente disabile, ai fini di instaurare un'efficace collaborazione tra le parti.

Tabella 4

Sintesi delle criticità emerse dall'analisi dei casi studio – lato imprese

Dimensione analisi	Variabile critica
Impianto regolatorio attuale	<p>Criteria per entrata in commercio: scarsità controlli e disomogeneità rispetto i criteri adottati a livello europeo</p> <p>Scarsa selezione repertorio</p> <p>Obsolescenza del Nomenclatore</p>
Processo di acquisto tramite gara	<p>Evoluzione normativa (volontaria) non sempre recepita nei documenti di gara a discapito delle offerte più innovative e migliorative</p> <p>Ruolo preponderante del criterio prezzo nell'offerta economicamente più vantaggiosa</p> <p>Procedure concorsuali per aree vaste e per ausili</p> <p>Elenco 1 (in futuro?)</p>
Rapporti con la committenza	<p>Eccessiva discrezionalità amministrativa in determinate fasi del processo</p> <p>Tempi di rimborso delle Ulss e impatto sui prezzi delle offerte</p> <p>Inefficacia degli strumenti formali previsti per l'informazione agli utenti/specialisti</p>
Rapporti con l'utenza	<p>Debolezza rapporto e coinvolgimento degli utenti disabili</p>

La **tabella 4** fornisce una sintesi delle dimensioni e delle corrispondenti variabili critiche riscontrate.

5. L'analisi della prospettiva degli utenti

La prospettiva degli utenti è stata analizzata attraverso interviste ai rappresentanti di alcune associazioni di disabili nel territorio della Regione Veneto.

La libera scelta e il ruolo degli specialisti

Gli utenti hanno evidenziato il ruolo cruciale svolto dai medici specialisti delle Ulss prescrittori (fisiatri e ortopedici) nel fornire un valido supporto al paziente nell'esercizio della «libera e consapevole» scelta dell'ausilio. La formazione/informazione svolta dagli specialisti è una funzione fondamentale affinché la scelta dell'ausilio sia consapevole e finalizzata verso il prodotto che meglio risponde alle esigenze del paziente. Tale funzione a detta degli intervistati è in realtà svolta con diversa efficacia da parte degli specialisti delle Ulss; la mappa della «qualità della prestazione» si caratterizza dunque per essere a macchia di leopardo. Nello specifico, per gli ausili dell'elenco 1, si è riscontrata una prassi per cui il medico specialista della Ulss tende a indirizzare il paziente nella scelta di ausili prodotti/offerti da determinate imprese di produzione/distribuzione con le quali lo stesso ha instaurato un rapporto di fiducia (e di cui quindi conosce in maniera più approfondita caratteristiche, ecc.). Tale «rapporto fiduciario specialista-impresa» non sempre risulta tuttavia coerente con il fabbisogno del paziente, in quanto tali imprese non sempre possono mettere a disposizione l'ausilio più adatto a soddisfare il paziente. Per questo motivo, le associazioni tendono a stipulare convenzioni con gruppi di specialisti convenzionati con il Ssn con l'obiettivo di evitare che la «libera scelta» sia limitata da relazioni di fidelizzazione con determinate imprese.

La cultura della disabilità e l'educazione all'autonomia

L'assistenza protesica dovrebbe essere finalizzata ad aumentare il livello di «autonomia» del paziente, integrando con l'ausilio

la perdita di alcune funzionalità. A tal proposito riveste un ruolo fondamentale la sensibilizzazione in primo luogo dei pazienti, che sono chiamati a esercitare la «libera scelta» dell'ausilio. Si ritiene necessario quindi un investimento maggiore: i) nella formazione dei medici prescrittori, che in alcuni casi non risultano conoscere in maniera adeguata le caratteristiche tecnico-qualitative dei prodotti disponibili e tendono a prescrivere quelli a loro più conosciuti o delle imprese con le quali instaurano rapporti di fiducia; ii) nella diffusione della «cultura» delle disabilità e dell'«educazione all'autonomia» di particolari categorie di utenti, come gli anziani. Tale ruolo potrebbe essere assunto dai Centri ausili; si è detto che in Veneto al momento non sono operative strutture di questo tipo.¹⁹

Tariffe e gare pubbliche

Le considerazioni circa le tariffe del sistema sanitario evidenziano una non sempre idonea copertura del costo di ausili di qualità, con la necessità da parte del paziente che intenda usufruire di prodotti con caratteristiche superiori a determinati standard di integrare economicamente il costo del bene. In alcuni casi viceversa, si è evidenziato come il costo di un prodotto di qualità sia per il distributore attualmente anche molto inferiore alla tariffa garantita dal nomenclatore. Ciò diviene possibile grazie alle innovazioni tecnologiche, che a fronte di un innalzamento della qualità, hanno anche garantito un contenimento dei costi di produzione. Per questi ausili si ritiene utile una valutazione «al ribasso» delle attuali tariffe. Per quanto concerne le procedure ad evidenza pubblica promosse dalle Ulss, emerge un quadro molto diversificato. In alcune circostanze, dove il prezzo non è stato il criterio prevalente, si riscontra la disponibilità di prodotti di buona qualità; in altri casi dove il prezzo è stato il criterio di selezione principale, non sono sempre garantiti adeguati livelli tecnico-qualitativi. Inoltre, sono state riscontrate alcune criticità rispetto alla gestione dei servizi esternalizzati di consegna, manutenzione e riparazione degli ausili. Nello specifico in alcuni casi, la ditta aggiudicataria si limita a consegnare al domicilio del paziente l'ausilio, senza garantire un adeguato servizio di informazione sul suo utilizzo.

Il patrimonio conoscitivo degli specialisti e dei pazienti

I medici specialisti e i pazienti sono potenzialmente i migliori conoscitori e valutatori in modo comparativo delle caratteristiche degli ausili (spesso sono stati espressi dagli intervistati che presentano una condizione di disabilità giudizi di valore molto puntuali sulle caratteristiche dei prodotti offerti dai più significativi produttori di specifici ausili, come le carrozzine). Tali competenze potrebbero garantire un valido supporto alla Azienda Ulss nella valutazione delle offerte presentate a seguito di gare. In particolare, alle commissioni tecniche di valutazione degli ausili potrebbero essere chiamati a partecipare tecnici e professionisti operanti presso centri specializzati, individuati in accordo con le Associazioni di categoria e rappresentanti delle stesse.

Qualità, autonomia funzionale e impatto sociale

Un più elevato standard di qualità dell'assistenza e quindi dell'autonomia funzionale sarebbe inoltre in grado di incidere sulla riduzione del costo economico e sociale della «non autonomia». Il recupero di maggiori livelli di autonomia funzionale grazie a una adeguata assistenza sarebbe in grado di aumentare il livello dell'attività lavorativa del disabile (e quindi il suo reddito) e di ridurre il costo indiretto di assistenza da parte di familiari e/o di personale specializzato (con ricadute nel bilancio familiare qualora siano a carico del paziente, o in quello «pubblico», qualora si tratti di assistenza garantita dal Ssn).

La **tabella 5** fornisce una sintesi delle dimensioni e delle corrispondenti variabili critiche riscontrate per l'utenza.

6. Discussione e conclusioni

Sulla base dell'analisi effettuata sulle relazioni tra committenza e imprese nel settore biomedicale del Veneto, integrata con la prospettiva degli utenti, e delle dimensioni critiche evidenziate nei precedenti paragrafi, è possibile sintetizzare i principali elementi critici emersi e formulare alcune proposte migliorative rispetto ad alcune possibili aree di intervento nelle relazioni tra imprese e set-

Dimensione di analisi	Principali evidenze e criticità
La libera scelta e il ruolo degli specialisti	Diversità di efficacia con cui gli specialisti del Ssn svolgono la funzione di formazione/informazione del paziente a supporto dell'esercizio del diritto di libera scelta «Fidelizzazione» specialista-impresa fornitrice, che può limitare la libera scelta del paziente
La cultura della disabilità e l'educazione all'autonomia	Necessità di maggiore sensibilizzazione dei pazienti a considerare gli ausili come strumenti per aumentare il proprio livello di autonomia, attraverso interventi in formazione dei medici prescrittori e nell'«educazione all'autonomia» (es. anziani)
Tariffe e gare pubbliche	La tariffa corrisposta a rimborso non sempre è coerente con il fabbisogno del paziente Ampie differenze tra gli ausili offerti della Ulss a seconda della tipologia di gara e dei criteri di aggiudicazione adottati (in caso di prezzo più basso, la qualità può essere considerata non idonea dal paziente)
Il patrimonio conoscitivo degli specialisti e dei pazienti	Auspicato maggior coinvolgimento di medici specialisti e rappresentanti dei pazienti nelle procedure di gara per la selezione degli ausili (attraverso apposite commissioni tecniche)
Qualità, autonomia funzionale e impatto sociale	Un adeguato livello dell'assistenza protesica è in grado di indurre un contenimento dei costi economici e sociali della non autonomia che, anche se difficilmente quantificabili, possono raggiungere livelli significativi, tanto per il paziente, che per il Ssn

Tabella 5

Sintesi dell'analisi della prospettiva degli utenti

tore sanitario pubblico al fine di migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria erogata ai pazienti.

6.1. La qualità dell'assistenza protesica

Per quanto riguarda gli elementi che potrebbero garantire una migliore qualità degli ausili e delle protesi utilizzati nell'ambito dell'assistenza protesica ai pazienti, si sintetizzano di seguito i principali spunti emersi dall'analisi.

Necessità di integrare e innovare gli attuali sistemi di certificazione delle imprese e dei prodotti

Data la non sufficienza riscontrata a più livelli della marcatura CE, si rende opportuna un'azione su più livelli. A livello normativo nazionale, potrebbero essere proposti:

– sistemi di accreditamento degli erogatori con criteri e standard più elevati, sulla base

di quelli introdotti da altri paesi europei, definendo requisiti generali e specifici per l'accreditamento e livelli qualitativi minimi di accesso al mercato tali da garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate;

– *set* di elementi minimi di qualità dei prodotti erogati (ulteriori rispetto a quelli attualmente previsti), soprattutto nei casi in cui sia prevista e necessaria l'erogazione di alcuni servizi correlati alla mera fornitura dell'ausilio quali ad esempio la formazione/informazione al paziente, la manutenzione e l'assistenza tecnica, ecc., includendo nei tavoli di lavoro anche rappresentati delle associazioni dei pazienti;

– meccanismi di controllo, al fine di monitorare costantemente che la qualità dei prodotti sul mercato corrisponda effettivamente a quanto dichiarato dal fabbricante. Tale funzione potrebbe essere demandata a enti terzi qualificati, a garanzia di imparzialità e di capacità tecnico/professionale.

Revisione dei meccanismi di identificazione delle tipologie di ausili

La necessità di rinnovare il sistema di codificazione delle tipologie di ausili al fine di promuovere la spinta all'innovazione di prodotto/servizio e al miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente è stata espressa sia dagli imprenditori che dagli utenti. A questo proposito si sottolinea la necessità di:

– prevedere un'accurata revisione del Nomenclatore, coerente con l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con la precisa identificazione delle tipologie di dispositivi erogabili, attraverso aggiornate e ben articolate definizioni e indicazioni dei requisiti tecnico-funzionali che ciascun dispositivo deve obbligatoriamente possedere per poter essere incluso nella determinata tipologia;

– affiancare al nomenclatore l'istituzione del Repertorio degli ausili, come strumento di informazione articolata sugli ausili, che garantisca che solo ciò che è registrato sotto ciascuna tipologia inclusa nel nomenclatore possa essere effettivamente erogato, impedendo l'accesso a quei dispositivi che non hanno i requisiti funzionali prescritti. Inoltre, potrebbe essere attivato un organismo per la revisione costante degli elenchi delle

tipologie di ausili e costituito un ufficio per l'aggiornamento automatico del repertorio (questi due ultimi organismi potrebbero coincidere). In tal modo si potrebbe assicurare il mantenimento nel tempo di una reale appropriatezza di prodotti e delle prestazioni;

- definire in una sezione separata gli ausili di serie che, pur non essendo fabbricati su misura, hanno necessità di seguire un percorso di individuazione, adattamento e personalizzazione per il quale sono indispensabili particolari competenze e professionalità tecnico/sanitarie. In relazione a tali ausili, le Aziende Ulss dovrebbero inoltre inserire in eventuali bandi di gara criteri di valutazione delle qualità dei servizi accessori garantiti dalla ditta aggiudicataria, al fine di assicurare l'appropriatezza dell'erogazione.

Altri interventi indiretti a sostegno dell'innovazione: tempi di pagamento e tariffe

Una delle principali criticità del sistema biomedicale in generale e di quello ortopedico e riabilitativo in particolare è correlata alla dinamica temporale dei flussi finanziari e alla loro dipendenza ai tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche (che costituiscono una quota prevalente del fatturato delle imprese del settore). Tali tensioni possono generare una riduzione della capacità finanziaria delle imprese, con ricadute sulle azioni di innovazione dei prodotti e dei servizi correlati. A fronte di questo scenario, sarebbe opportuno prevedere:

- a livello regionale delle azioni finalizzate a garantire il rispetto dei tempi massimi di pagamento da parte delle strutture pubbliche; si tratta di un problema particolarmente significativo per imprese di piccole dimensioni con una quota prevalente del fatturato verso il settore pubblico, in grado di incidere sui processi di crescita e innovazione delle stesse;

- adeguamento delle tariffe, con meccanismi che tengano in considerazione il costo della fornitura come sommatoria di una serie di componenti che, al di là del costo di produzione, includono (i) il costo del servizio e/o degli atti professionali necessari per rendere il prodotto fruibile a un singolo paziente e (ii) il costo della distribuzione.

6.2. Rafforzamento del principio di libera scelta

Il rafforzamento del principio della libera scelta passa attraverso alcuni interventi finalizzati a:

- promuovere la cultura della disabilità e l'educazione alla autonomia funzionale, coerentemente con la *Convenzione delle Nazioni Unite sulla persona con disabilità*, firmato dall'Italia nel 2007; a tale proposito si sottolinea a livello regionale l'attuazione di Centri ausili (tra l'altro già formalmente approvati dalla Regione Veneto e mai resi operativi), anche attraverso convenzioni e tavoli di lavoro con esperienze già attivate sul territorio nazionale e riconosciute come *best practice*, con un coinvolgimento attivo anche di rappresentanti di associazioni di categoria e dei pazienti;

- garantire una presenza sul territorio di figure professionali qualificate per la guida dei pazienti alla scelta dell'ausilio più coerente con il fabbisogno assistenziale e riabilitativo e alla predisposizione di eventuali personalizzazioni dello stesso;

- prevedere la possibilità per il paziente di avere a disposizione, per uno stesso codice di dispositivo, diverse marche e modelli di prodotto idonei a soddisfare le specifiche esigenze dell'assistito. Tale esigenza può essere garantita ad esempio, con la stipula di «accordi quadro per le forniture» con le imprese del settore, in sostituzione di procedure di gara ad evidenza pubblica che vincolano e limitano la gamma di prodotti offerti a quella della ditta risultata aggiudicataria, per un periodo spesso di lunga durata. Si sottolinea inoltre che il presupposto affinché vi sia per i pazienti una ampia gamma di prodotti e servizi è la valorizzazione e specializzazione della rete di imprese di produzione e distribuzione sul territorio.

6.3. La revisione dei processi di erogazione dell'assistenza protesica da parte delle Aziende Ulss

Alla luce di quanto emerso dall'analisi delle modalità con cui viene erogata l'assistenza protesica da parte delle Aziende Ulss e degli spunti tratti dal confronto con le imprese del settore, è possibile indicare alcu-

ni elementi che, promossi ad esempio della Regione, potrebbero rendere più efficaci le azioni delle stesse.

Adeguati investimenti in formazione

La formazione è risultata essere una variabile strategica rispetto sia al grado di assistenza sanitaria, che al processo tecnico-amministrativo di erogazione dell'assistenza protesica. In particolare, sarebbero auspicabili interventi finalizzati a:

- garantire un adeguato livello di formazione/informazione ai medici specialisti cui spetta il compito di guidare l'assistito alla scelta dell'ausilio, al fine di garantire un loro costante aggiornamento sull'evoluzione dell'innovazione e sulle caratteristiche dei prodotti;

- garantire un adeguato livello di formazione/informazione ai responsabili delle attività tecnico-amministrative, al fine di una maggiore sensibilizzazione dell'importanza della qualità dell'assistenza non solo per il «benessere» dell'assistito, ma anche per le ricadute in termini di maggiori costi diretti e indiretti per il sistema sanitario;

- definire linee guida a livello regionale e correlati interventi formativi per semplificare la procedura di autorizzazione e contenere la discrezionalità da parte dei funzionari delle aziende sanitarie nelle procedure di autorizzazione dei presidi e di interventi di manutenzione/rinnovo degli stessi.

Definizione di linee guida per le procedure di approvvigionamento

Si è visto come vi sia una significativa varietà di approcci da parte delle Aziende Ulss nella definizione dei meccanismi di gara per forniture di ausili e correlati servizi di natura tecnica (logistica, manutenzione, sanificazione). A tal proposito, si evidenzia la necessità di definire linee guida per la redazione di bandi e capitolati tecnici in grado di assicurare: un'ampia concorrenza, un'ampia gamma di beni, la valorizzazione del livello di servizi aggiuntivi di formazione dell'utente e personalizzazione del dispositivo, soprattutto per gli ausili di serie che prevedono specifiche competenze e professionalità tecnico/sanita-

rie, adeguati standard per i servizi correlati con efficienti strumenti di controllo.

In particolare, sarebbero auspicabili:

- l'adozione di procedure di gara in grado di assicurare il massimo livello di trasparenza, al fine da garantire una vasta informazione e partecipazione delle imprese del settore;

- la definizione di criteri di partecipazione che siano coerenti con le caratteristiche del settore produttivo e delle dimensioni medie delle imprese, al fine di assicurare la partecipazione delle aziende specializzate del territorio e non solo di multinazionali, che, a fronte di fatturati più significativi, non sempre sono in grado di assicurare servizi di alta qualità (soprattutto per gli ausili di serie che richiedono l'intervento di tecnici, professionisti sanitari abilitati);

- l'adozione di criteri di aggiudicazione in grado di premiare sostanzialmente la qualità, in una logica complessiva di contenimento dei costi del sistema nel lungo periodo; una pressione troppo forte sul prezzo nel medio termine può favorire nelle attività di approvvigionamento le imprese multinazionali, che potrebbero decidere di integrarsi a valle, entrando nel settore della produzione e distribuzione di protesi, oppure di delocalizzare le produzioni di ausili e protesi in altri paesi (ad esempio in Cina) con un probabile abbassamento di fatto del livello qualitativo dei prodotti;

- l'integrazione delle commissioni di valutazione tecnica con tecnici esperti, indicati anche da Associazioni di disabili;

- la definizione di meccanismi di controllo della qualità del prodotto/servizio coinvolgendo attivamente anche i pazienti; a questo proposito la liquidazione della fattura potrebbe essere vincolata all'attestazione del paziente della prestazione di servizio previsto e realmente offerto (anche non contestuale al momento della consegna);

- l'espletamento di gare separate per ausili di serie che richiedono un elevato contenuto nel servizio ai pazienti da quelle per gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'intervento del professionista sanitario abilitato; i criteri di valutazione della qualità sono, infatti, sensibilmente

differenti, anche qualora si esternalizzino le attività di logistica, manutenzione e sanificazione;

– il contenimento della durata dei contratti, senza «abusare» di un automatico rinnovo degli stessi con procedure di trattativa privata. Tali meccanismi, infatti, potrebbero assi-

curare alla ditta aggiudicataria una sorta di «monopolio» della fornitura, senza peraltro stimolarne l'innovazione.

Nella **tabella 6** si riassumono i principali elementi critici dell'assistenza protesica e alcuni dei suggerimenti operativi proposti.

	Criticità	Proposte di intervento
QUALITÀ ASSISTENZA	Necessità di integrare e innovare gli attuali sistemi di certificazione delle imprese e dei prodotti	Adozione di sistemi di accreditamento degli erogatori con criteri e standard più elevati Predisposizione di set di elementi minimi di qualità dei prodotti erogati Attivazione di meccanismi di controllo della qualità
	Revisione dei meccanismi di identificazione delle tipologie di ausili	Previsione di un'accurata revisione del Nomenclatore Affiancare al nomenclatore l'istituzione del Repertorio degli ausili, come strumento di informazione articolata sugli ausili Definizione in una sezione separata degli ausili di serie che, pur non essendo fabbricati su misura, richiedono particolari competenze e professionalità tecnico/sanitarie
	Interventi indiretti a sostegno dell'innovazione	Rispetto dei tempi massimi di pagamento da parte delle strutture pubbliche Adeguamento periodico delle tariffe
PRINCIPIO DI LIBERA SCELTA	Debole cultura della disabilità	Promozione cultura della disabilità, anche attraverso l'attivazione di Centri ausili regionali
	Professionalità e formazione degli specialisti	Garantire una presenza sul territorio di figure professionali qualificate
	Ampiezza ventaglio prodotti in caso di gare pubbliche	Stipula di «accordi quadro per le forniture» con le imprese del settore, in sostituzione di procedure di gara ad evidenza pubblica che limitino eccessivamente gamma dei prodotti (anche per la lunga durata del contratto)
PROCESSO EROGAZIONE ASSISTENZA PROTESICA	Formazione degli operatori	Garantire un adeguato livello di formazione/informazione ai medici specialisti con costante aggiornamento sull'evoluzione dell'innovazione e sulle caratteristiche dei prodotti Garantire un adeguato livello di formazione/informazione ai responsabili delle attività tecnico-amministrative, con sensibilizzazione dell'importanza della qualità dell'assistenza non solo per il «benessere» dell'assistito, ma anche contenere costi diretti e indiretti per il Ssn Definizione linee guida regionali e correlati interventi formativi per semplificare la procedura di autorizzazione
	Procedure di approvvigionamento	Procedure di gara in grado di assicurare il massimo livello di trasparenza, al fine da garantire una vasta informazione e partecipazione delle imprese del settore Criteri di partecipazione coerenti con le caratteristiche del settore produttivo e delle dimensioni medie delle imprese Criteri di aggiudicazione in grado di premiare sostanzialmente la qualità Integrazione delle commissioni di valutazione tecnica con tecnici esperti, indicati anche da Associazioni di disabili Meccanismi di controllo della qualità del prodotto/servizio coinvolgendo attivamente anche i pazienti Gare separate per ausili di serie che richiedono un elevato contenuto nel servizio ai pazienti Contenimento della durata dei contratti, senza «abusare» di un automatico rinnovo degli stessi con procedure di trattativa privata

Tabella 6
I principali elementi critici dell'assistenza protesica e alcuni suggerimenti operativi

Note

1. Per settore biomedicale si intende l'insieme dei prodotti e servizi per la salute umana forniti dalle tecnologie biomediche, infotelematiche e dalle biotecnologie (Storelli, Tosello, 2007).
2. Considerando il biomedicale in senso stretto (ovvero non includendo il settore dell'odontoprotesica e dell'ottica) in Veneto sono presenti 933 aziende, di cui 411 di produzione e 522 specializzate nella distribuzione, con 7.400 addetti per un fatturato complessivo di 1.700 milioni di euro. L'area maggiormente significativa per numerosità di imprese è quella della terapia e riabilitazione, con 67 imprese nel segmento «Organi artificiali e protesi» e 54 in quello della «Riabilitazione, stimolazione, ausili». A differenza di altri comparti, questo *cluster* presenta una struttura tipicamente artigianale e una dimensione media aziendale (circa l'80% è classificabile come piccola o micro impresa) (Storelli, Tosello, 2007).
3. Con il termine «assistenza protesica» ci si riferisce all'insieme delle politiche concernenti la regolamentazione delle possibilità e modalità di utilizzo degli ausili che consentono di ridurre forme di disabilità o migliorare la capacità di autonomia, mobilità e comunicazione delle persone disabili.
4. Nel corso del 2008 si è assistito all'avvio di un processo di riforma dell'assistenza ortopedica, nell'ambito del più ampio quadro di revisione dei LEA. In particolare, il processo di revisione era stato finalizzato nel DCPM 23 aprile 2008, che avrebbe dovuto regolare il nuovo assetto. In realtà, il DCPM è stato ritirato nel luglio 2008 da parte del Governo in carica, a seguito anche delle riserve sollevate dalla Corte dei conti in merito alla copertura finanziaria di tale manovra.
5. In relazione agli ausili dell'elenco 2, vi è la possibilità per l'Azienda sanitaria di prevedere, oltre alla concessione della proprietà del dispositivo all'assistito, la cessione in comodato dei dispositivi per i quali sia possibile il riutilizzo, con l'obbligo della stessa di garantire la perfetta funzionalità e sicurezza dei dispositivi e di fornire all'assistito le istruzioni previste dalla normativa vigente. Lo stesso vale per gli apparecchi acquistati direttamente e da assegnarsi in uso agli invalidi (elenco 3).
6. L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo protesico prescritto viene rilasciata dalla Asl di residenza dell'assistito previa verifica dello stato di avente diritto del richiedente, della corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati del nomenclatore.
7. Il medico deve essere dipendente o convenzionato con il Ssn, competente per tipologia di menomazione o disabilità (nel caso di protesi ortopediche, il fisiatra o il medico ortopedico).
8. Il criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa è basato su un'idoneità tecnica-economica che deve essere rapportata alla natura ed all'importo delle prestazioni oggetto della gara, per cui la scelta dell'offerta non è affidata al mero ribasso del prezzo, ma coinvolge la valutazione comparativa di altri elementi della prestazione attinenti al termine di esecuzione o di consegna, al merito tecnico, alla qualità, alle caratteristiche estetiche e funzionali, al servizio post vendita, all'assistenza tecnica, ecc.
9. In particolare, si era previsto di affidare all'Azienda Ulss n. 7 di Pieve di Soligo, nel cui territorio hanno sede l'Irccs «E. Medea» – Polo di Conegliano e l'Associazione «La Nostra Famiglia», il compito di predisporre congiuntamente un progetto attuativo per il funzionamento iniziale di un Centro regionale per gli ausili, articolato e definito per le finalità e con gli obiettivi espressi, che sarebbe dovuto essere approvato con decreto del Dirigente della direzione regionale Piani e programmi socio-sanitari.
10. L'analisi è stata compiuta su documentazione non interamente pubblica anche attraverso la consultazione di materiale riservato aziendale. Per questo motivo alcune Ulss hanno acconsentito a mettere a disposizione tale materiale solo in caso di pubblicazione «anonima» dei relativi dati.
11. Dai dati forniti dalla Regione Veneto, la spesa protesica relativa ad ausili e protesi (escludendo quindi la spesa per presidi per incontinenza) delle Ulss nel 2006 ha raggiunto il valore di circa 40 milioni di euro con una crescita del 27,4% in 5 anni. Considerando che la Regione valuta in 6,86 miliardi di euro la spesa sanitaria corrente regionale delle aziende sanitarie e ospedaliere, al netto della spesa gestita centralmente dalla Regione, la spesa per protesi e ausili tecnici (non incontinenza) rappresenta lo 0,58% della spesa sanitaria veneta.
12. Nel caso si tratti di primo acquisto, è necessario acquisire l'invalidità attraverso la commissione invalidità civile della Ulss.
13. Al fine di evitare comportamenti opportunistici da parte dell'aggiudicatario, è stato previsto che la decisione di considerare «non riutilizzabile» un ausilio sia assunta in contraddittorio con la Ulss. Per le parti di ricambio, si è richiesto di allegare un listino prezzi riservato alla Ulss; tuttavia tali prezzi non sono stati oggetto di valutazione in sede di gara, lasciando libertà all'Ulss di procedere direttamente all'acquisto.
14. La valorizzazione dei beni ceduti all'aggiudicatario è stata definita: i) al valore risultante dal registro dei cespiti, nel momento della cessione del bene; ii) al valore di mercato per beni completamente ammortizzati (previo contraddittorio con l'Ulss); iii) al valore di mercato stabilito in contraddittorio per i beni della Ulss non inventariati. L'aggiudicazione era vincolata all'accettazione del prezzo di acquisto dei presidi di proprietà della Ulss, valorizzati ai criteri su definiti.
15. Si ricorda che, sulla base della definizione di presentata nel capitolo 1 si considerano piccole le imprese con 10-49 addetti e fatturato inferiore a 10 milioni di euro.
16. Si deve tuttavia sottolineare come tali nicchie di mercato stiano tendendo a ridimensionarsi nel tempo, primariamente a causa della flessione nei livelli di domanda. È questo il caso di una delle aziende del campione, nata come ausili per lo sport e successivamente specializzatasi in carrozzine da passeggio per una nicchia medio-alta di utenti. Il contenimento del mercato delle carrozzine sportive (che ad oggi rappresenta il 2-3% del fatturato) è dovuto a meccanismi di aggiustamento della domanda, caratterizzata

- da una netta flessione negli ultimi anni della percentuale di disabili praticanti sport agonistico.
17. Per quanto concerne le carrozzine, ad esempio, si richiedono test specifici sulla resistenza dei telai, ovvero sulla stesura e messa a disposizione di linee guida a corredo sull'assetto dell'ausilio (ad es. il grado di pendenza necessario per affrontare una rampa, le specifiche tecniche dei freni ecc.).
 18. Si sottolinea a titolo di esempio il caso delle carrozzine standard, le quali sono rimborsate ancora a 430 euro mentre ad oggi sono importabili da Paesi extraeuropei ad un quarto della cifra stabilita da nomenclatore.
 19. Alcuni degli intervistati hanno suggerito la possibilità di creare convenzioni con centri ausili di altre regioni (in particolare con il SIVA – Servizio informazione e valutazione ausili – attivo presso la Fondazione Don Gnocchi di Milano) per lo scambio di *best practice* e l'attivazione di tavoli di lavoro al fine di promuoverne la diffusione anche in Veneto.

B I B L I O G R A F I A

- BORGONOVÌ E., MARSILIO M., MUSÌ F. (2006), *Relazioni pubblico-privato. Condizioni per la competitività*, Egea, Milano.
- CERM (2005), *Medical Devices Competitiveness and Impact on Public Health Expenditure*.
- Eucomed (2007), *Competitiveness and Innovativeness of the European Medical Technology Industry - Evaluation of the Survey Results*.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- ISTAT (2007), *Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, Spesa sanitaria pubblica e privata per le persone con disabilità*.
- STORELLI S., TOSELLO D. (a cura di) (2007), *Biomedicale veneto: tra benessere e mercato. La competitività delle imprese venete tra mercato globale e Sistema Salute regionale*.
- UNIONCAMERE DEL VENETO (2006), *Il Veneto delle imprese*.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

L'assistenza odontoiatrica in Italia: analisi del settore e possibili traiettorie di evoluzione

ATTILIO GUGIATTI, FRANCESCO LONGO

In Italy, the dental sector accounts for about 10% of the overall economic dimension of health care services and has very different organizational models and financing rules compared to the other components of the system. In this study we analyze main issues of this sector with regard to demand and supply and their recent evolutions also due to the liberalization process in advertising and propriety of clinics and to the effects caused by the entrance of new entrepreneurial competitors. We underline the fragmentation of the sector and the growing role of women professionals. This study summarizes the findings of an survey of 61 dentists investigating organizational and financial aspects. Finally, we discuss the major implications for public health policy.

Keywords: private health expenditure, dental sector in Italy

Parole chiave: spesa sanitaria privata, settore odontoiatrico in Italia

Note sugli autori

Attilio Gugiatti è ricercatore CERGAS, Università L. Bocconi e professore a contratto di economia ed organizzazione sanitaria, Università degli Studi di Pavia - attilio.gugiatti@unibocconi.it
Francesco Longo è direttore del CERGAS e professore associato di Management pubblico e sanitario - Università L. Bocconi - francesco.longo@unibocconi.it

1. Introduzione

Il settore odontoiatrico rappresenta circa il 10% della spesa sanitaria (quindi poco meno del 1% del Pil). Tale settore è particolarmente rilevante perché interessa la salute di tutti i cittadini e, in Italia, è caratterizzato storicamente da assetti istituzionali, finanziari e assicurativi diversi rispetto al resto del sistema sanitario. Le dinamiche economico-finanziarie complessive, i trend evolutivi del settore sanitario, i cambiamenti nei meccanismi di formazione e le politiche di liberalizzazione economica (ad es. le cosiddette leggi Bersani) impattano significativamente sul settore dell'odontoiatria, che si sta rapidamente trasformando.

Nonostante la rilevanza economica e sociale del settore, esso è relativamente poco studiato, scarse sono le discussioni di possibili *policy* di indirizzo del medesimo e ancor meno incisive al riguardo sono le pratiche di governo.

Scopo del presente studio è quello di (1) rappresentare le dimensioni e le caratteristiche del settore dal punto di vista dell'offerta e della domanda; (2) indagare l'evoluzione organizzativa¹ degli ultimi anni anche alla luce dell'entrata sul mercato di nuove forme di offerta di servizi; (3) discutere le principali criticità e possibili ipotesi di *policy*.²

2. Il settore odontoiatrico in Italia

Il settore dell'assistenza odontoiatrica si caratterizza nel nostro Paese per l'estrema frammentazione dell'offerta. Nel marzo del 2006 risultavano iscritti all'Albo nazionale degli odontoiatri 51.975 professionisti³ (laureati in odontoiatria e medicina e chirurgia)

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il settore odontoiatrico in Italia
3. L'evoluzione della domanda
4. Spesa pubblica e privata per assistenza odontoiatrica
5. L'assistenza odontoiatrica pubblica
6. I risultati di una indagine sul settore odontoiatrico
7. Principali criticità del settore odontoiatrico
8. Proposte di *policy*

operanti, secondo dati del Ministero dell'economia relativi all'anno 2004, in 36.999 studi dentistici. Si tratta, in effetti, di un settore altamente frammentato che vede la predominanza di studi di piccola e piccolissima dimensione e che comunque evidenzia un'alta interdipendenza nei comportamenti dei diversi attori sia nell'ambito della produzione/distribuzione del materiale odontoiatrico sia nell'ambito dell'intera catena produttiva di prodotti e servizi.⁴

Il numero dei professionisti (odontoiatri) ha avuto un considerevole incremento negli ultimi anni: gli iscritti all'Albo degli odontoiatri erano 39.601 nel 2000 e risultavano 51.975 nel 2006,⁵ con una crescita del 31% (si veda la **tabella 1**). Nel nostro Paese opera un dentista ogni 1.138 abitanti, rispetto allo standard internazionale suggerito dall'OMS di un professionista ogni 2.000 abitanti, a riprova di un assetto complessivo debole nel

determinare economie di scala e di specializzazione.

La maggior parte dei dentisti (47,5%) svolge la propria attività nel nord Italia, mentre il 21,5% nel centro e il rimanente 31,0% nel sud e nelle isole, dove si registra la minor concentrazione di professionisti per abitanti (uno ogni 1.287 abitanti). A livello regionale, il 16% degli iscritti all'Albo risiede in Lombardia, il 10,5% nel Lazio, l'8,4% nel Veneto e l'8,2% in Campania.

Le regioni che evidenziano la maggiore concentrazione di iscritti all'Albo sono la Liguria (1 dentista ogni 792 abitanti), l'Abruzzo (1 dentista ogni 873 abitanti) e il Friuli Venezia Giulia (1 dentista ogni 947 abitanti). Le regioni che invece presentano la minor densità di professionisti sono la Valle d'Aosta (1 dentista ogni 1.642 abitanti) e la Basilicata (1 dentista ogni 1.638).

A livello provinciale le aree con un maggior numero di abitanti per odontoiatra sono

Tabella 1

Distribuzione regionale degli iscritti all'Albo degli odontoiatri. Anni 2000-2006

Fonte: elaborazioni CERGAS su dati Istat e Albi provinciali degli odontoiatri

Regioni	Anno		Var. 2006-2000 in %	Distribuzione		Abitanti 2006	Abitanti per odontoiatra 2006
	2000	2006		2000	2006		
Emilia-Romagna	2.895	4.075	41%	7,31%	7,84%	4.223.264	1036
Friuli-Venezia Giulia	1.138	1.281	13%	2,87%	2,46%	1.212.602	947
Liguria	1.185	2.031	71%	2,99%	3,91%	1.607.878	792
Lombardia	5.789	8.291	43%	14,62%	15,95%	9.545.441	1151
Piemonte	3.250	3.817	17%	8,21%	7,34%	4.352.828	1140
Trentino-Alto Adige	561	759	35%	1,42%	1,46%	994.703	1311
Valle d'Aosta	66	76	15%	0,17%	0,15%	124.812	1642
Veneto	3.565	4.343	22%	9,00%	8,36%	4.773.554	1099
ITALIA NORD	18.449	24.673	34%	46,59%	47,47%	26.835.082	1088
Lazio	4.350	5.432	25%	10,98%	10,45%	5.493.308	1011
Marche	997	1.271	27%	2,52%	2,45%	1.536.098	1209
Toscana	2.760	3.605	31%	6,97%	6,94%	3.638.211	1009
Umbria	697	871	25%	1,76%	1,68%	872.967	1002
ITALIA CENTRO	8.804	11.179	27%	22,23%	21,51%	11.540.584	1032
Abruzzo	1.224	1.500	23%	3,09%	2,89%	1.309.797	873
Basilicata	301	361	20%	0,76%	0,69%	591.338	1638
Calabria	1.514	1.780	18%	3,82%	3,42%	1.998.052	1123
Campania	3.305	4.241	28%	8,35%	8,16%	5.790.187	1365
Molise	214	276	29%	0,54%	0,53%	320.074	1160
Puglia	2.391	3.124	31%	6,04%	6,01%	4.069.869	1303
Sardegna	1.007	1.377	37%	2,54%	2,65%	1.659.443	1205
Sicilia	2.392	3.464	45%	6,04%	6,66%	5.016.861	1448
ITALIA SUD E ISOLE	12.348	16.123	31%	31,18%	31,02%	20.755.621	1287
ITALIA	39.601	51.975	31%	100,00%	100,00%	59.131.287	1138

Oristano, Ragusa e Enna, mentre all'opposto Genova, Pavia e Bologna, città sedi di antiche e famose facoltà di Medicina e chirurgia e corsi di laurea in Odontoiatria, presentano una maggior concentrazione di professionisti (si veda la **tabella 2**). Esiste quindi anche un problema di eterogenea distribuzione del servizio sul territorio del Paese.

Considerando la distribuzione degli iscritti all'Albo per classi di età e genere, si rilevano alcune caratteristiche peculiari del settore (si veda la **tabella 3**). Innanzitutto, i dentisti con oltre 65 anni sono 2.250 (pari al 4,3% del totale degli iscritti), mentre quelli con meno di 35 anni sono 7.887 (15,0%). L'età media degli iscritti risultava, alla fine del 2006, pari a 46,3 anni (48,2 anni per gli uomini e 40,8 anni per le donne). Il valore modale dell'età è di 52 anni per gli uomini e 37 per le donne. Le donne odontoiatre sono 13.310 pari al 25,4% del totale, tuttavia esse rappresentano il 67,9% nella classe di età 35-39 anni e il 41,3% nella classe 24-34 anni.⁶ Negli ultimi anni questa professione sanitaria si è caratterizzata per la presenza crescente di profes-

nisti di sesso femminile, specialmente nelle regioni settentrionali, mentre le percentuali maggiori di professionisti maschi rimangono al sud.

Un'importante fonte informativa per l'analisi del settore è costituita dai dati di natura fiscale, in particolare lo Studio di settore⁷ UK21U del Ministero dell'economia che contiene dati relativi all'anno 2004. Questo studio è l'evoluzione del precedente TK21U Studio di settore e riguarda l'insieme delle attività economiche classificate con il codice ATECOFIN 2004 85.13.0 «Servizi di studi dentistici».⁸

Gli studi sono uno strumento utilizzato per valutare la capacità di produrre ricavi o conseguire compensi delle singole attività economiche attraverso un metodo di calcolo di tipo induttivo-analitico che consente di determinare con la massima probabilità le grandezze reddituali da attribuire al contribuente.⁹ La logica di tipo finanziario su cui gli studi di settore si basano è la consapevolezza da parte dell'Amministrazione finanziaria che la capacità di produrre ricavi o

Ordine	Provincia	Residenti per iscritto	Ordine	Provincia	Residenti per iscritto
1	Oristano	1.981	99	L'Aquila	758
2	Ragusa	1.957	100	Bologna	755
3	Enna	1.930	101	Cagliari	748
4	Siracusa	1.822	102	Pavia	746
5	Potenza	1.795	103	Genova	700

N.B.: nella tabella sono considerate 103 province con l'esclusione di 4 province regionali sarde (Olbia-Tempio, Ogliastra, Medio Campidano e Carbonia-Iglesias).

Tabella 2
Numero residenti per iscritto all'Albo degli Odontoiatri. Prime 5 e ultime 5 province. Dati 2006

Età	Maschi	Femmine	Totale	Percentuali di colonna		
				Totale	M	F
< 35	4.630 (58,7%)	3.257 (41,3%)	7.887	15,0%	11,8%	24,5%
35-39	1.507 (32,1%)	3.193 (67,9%)	4.700	9,0%	3,9%	24,0%
40-44	5.536 (72,3%)	2.117 (27,7%)	7.653	14,6%	14,2%	15,9%
45-49	8.921 (79,4%)	2.318 (20,6%)	11.239	21,4%	22,8%	17,4%
50-54	10.427 (85,6%)	1.750 (14,4%)	12.177	23,2%	26,7%	13,1%
55-59	4.562 (91,1%)	447 (8,9%)	5.009	9,6%	11,7%	3,4%
60-64	1.395 (93,2%)	102 (6,8%)	1.497	2,9%	3,6%	0,8%
> 65	2.124 (94,4%)	126 (5,6%)	2.250	4,3%	5,4%	0,9%
Totale	39.102 (74,6%)	13.310(25,4%)	52.412	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 3
Iscritti all'Albo degli Odontoiatri per età e genere. Fine 2006
Fonte: elaborazioni CERGAS su dati degli Albi provinciali degli odontoiatri

conseguire compensi, anche all'interno di attività identiche, possa cambiare notevolmente al variare degli elementi strutturali, del mercato di riferimento o della localizzazione territoriale.¹⁰ Le ovvie finalità di tipo fiscale di questo strumento, specie per quanto riguarda la definizione degli indicatori reddituali su base probabilistica, ne limitano la portata analitica, mentre notevole appare la sua utilità come fotografia complessiva del settore e come interpretazione delle variabili organizzative e tecnologiche che ne definiscono le caratteristiche evolutive.

Secondo lo Studio di settore, il numero di contribuenti interessati all'attività economica classificata da codice ATECOFIN 2004 85.13.0 era, nel 2004, pari a 36.999 unità e l'analisi discriminante prevista da questo strumento fiscale ha consentito di associare ogni professionista/impresa ad uno dei gruppi omogenei individuati nella precedente versione dello studio TK21U (si veda la **tabella 4**), sulla base dell'analisi delle seguenti variabili: a) la tipologia di assistenza odontoiatrica erogata in prevalenza, b) la presenza di attività odontotecniche, c) la tipologia di utenza, d) il numero di studi per singolo professionista, e) la dimensione dello studio e la sua dotazione tecnologica (apparecchiature diagnostiche, numero di riuniti, ecc.), f) il modello organizzativo.

Dall'analisi degli aspetti organizzativi, tecnologici e clinici lo Studio di Settore

identifica 14 *cluster* di studi dentistici¹¹ per un totale di 29.463 professionisti/impresе con riguardo a:

- la tipologia di servizi erogati (*cluster* 1 e 5 specializzati in ortodonzia, 2 e 6 in protesi dentarie, 3 in chirurgia orale e implantologia);

- la presenza di attività odontotecniche identifica i *cluster* 4, 5 e 6;

- gli studi che operano prevalentemente per aziende del (Ssn) o per organizzazioni sanitarie private sono inclusi nei *cluster* 7 e 8;

- la disponibilità di due o più studi per singolo professionista caratterizza i *cluster* 11 e 12;

- i piccoli studi e quelli medio-grandi sono rappresentati rispettivamente dai *cluster* 11-12 e 10-12;

- studi con dentisti associati (13) e professionisti senza un proprio studio e che svolgono la propria attività in organizzazioni sanitarie private o in studi di altri professionisti costituiscono il *cluster* 14.

Le principali evidenze di carattere organizzativo rilevabili dallo Studio di settore risultano essere le seguenti:

1) Il settore odontoiatrico è estremamente frammentato, mostrando tuttavia una significativa interdipendenza tra studi e profes-

Tabella 4

Gruppi omogenei e loro numerosità secondo lo Studio di Settore UK21U. Anno d'imposta 2004

Fonte: Ministero dell'Economia, Studio di Settore, UK21U, Roma

<i>Cluster</i>	Descrizione	Numero	In %
1	Studi specializzati in ortodonzia	1.110	3,8%
2	Studi specializzati in protesi dentarie	3.403	11,6%
3	Studi specializzati in chirurgia orale e implantologia	1.112	3,8%
4	Studi con attività odontotecniche	748	2,5%
5	Studi specializzati in ortodonzia con attività odontotecniche	154	0,5%
6	Studi specializzati in chirurgia orale e implantologia con attività odontotecniche	452	1,5%
7	Studi che operano per la maggior parte per strutture Ssn	584	2,0%
8	Studi che operano per la maggior parte per organizzazioni sanitarie private	1.102	3,7%
9	Piccoli studi	5.680	19,3%
10	Studi di grandi dimensioni	6.335	21,5%
11	Professionisti con due o più piccoli studi	2.769	9,4%
12	Professionisti con due o più studi medio-grandi	2.394	8,1%
13	Professionisti che operano in associazione	2.213	7,5%
14	Professionisti senza un proprio studio e che operano presso altri studi o organizzazioni sanitarie	1.407	4,5%

sionisti appartenenti ai diversi *cluster*. Lo Studio sottolinea, infatti, come molti professionisti svolgano la propria attività – anche o prevalentemente – a favore di altri studi odontoiatrici o altre strutture odontoiatriche. Questo aspetto è sottolineato, in particolare, per gli studi specializzati in uno specifico settore dell'odontoiatria (*cluster* 1 e 5), oltre che ovviamente per gli studi che espletano attività in prevalenza per organizzazioni sanitarie pubbliche e private (*cluster* 7 e 8) e per professionisti senza un proprio studio (*cluster* 14). Sommando le dimensioni di questi *cluster* si rileva che circa il 15% dei professionisti ha relazioni deboli o nulle direttamente con i pazienti (dal punto di vista economico e commerciale, naturalmente), svolgendo la propria attività a beneficio di altri studi di medio-grande dimensione, oppure per aziende del Ssn o organizzazioni sanitarie private.

2) I dentisti senza un proprio studio o che lavorano in studi associati (*cluster* 13 e 14) sono circa 3.700 quasi il 10% degli iscritti all'Albo degli odontoiatri.

3) Circa 5.200 dentisti (*cluster* 11 e 12) svolgono la propria attività in due o più studi con una dotazione tecnologica significativa, presentando rilevanti spese annue in materiale odontoiatrico e in protesi dentali.¹²

4) Gli studi sono posseduti in grande maggioranza da singoli professionisti, ma una componente del settore è rappresentata da studi associati o di organizzazioni private. Questo aspetto è confermato dai dati riportati nel successivo Studio di settore VK21U che, analizzando i dati delle dichiarazioni di imposta 2007, sottolinea che l'11,1% dei contribuenti del settore odontoiatrico ha forma giuridica di società di persone e il 2,5% di società di capitali.¹³

Pur con la cautela indispensabile nell'analizzare dati di natura fiscale, alcuni aspetti di carattere strutturale, organizzativo e reddituale sono da analizzare con attenzione. Il settore si caratterizza per essere costituito principalmente da professionisti che svolgono la propria attività in forma autonoma all'interno di un singolo studio professionale,¹⁴ ma con molteplici e significativi elementi di complessità e di varietà, di seguito riportati:

a) gli studi con i maggiori livelli di spese per protesi dentali e materiale odontoiatrico presentano secondo lo Studio di settore maggiori entrate a livello di reddito fiscale e i maggiori margini di profitto;

b) i maggiori livelli di dotazione tecnologica (apparecchiature Rx, autoclave, riuniti) sono rilevati nei *cluster* 4, 2, 3 e 11 (studi specializzati in protesi con un proprio laboratorio, oppure professionisti con 2 o più studi);

c) i ricavi maggiori sono rilevati in alcune province del nord e del centro Italia, in particolare nelle principali aree urbane (Roma, Milano, Torino e Firenze);

d) tuttavia, gli studi individuati come maggiormente profittevoli da un punto di vista fiscale sono situati nelle piccolo-medie città del nord Italia, anche a causa dei minori livelli di concentrazione e concorrenza dell'offerta;

e) gli studi hanno generalmente pochi dipendenti, ma risultano rilevanti le spese per collaboratori esterni per quanto concerne servizi sanitari e di tipo odontotecnico.

Nel febbraio del 2009 l'Amministrazione finanziaria ha pubblicato un ulteriore aggiornamento dello Studio di settore UK21U denominato Studio di settore VK21U Attività 86.23.00 Attività degli studi odontoiatrici, analizzando le dichiarazioni dei redditi per il periodo d'imposta 2007 di 41.845 contribuenti. Anche in questo caso, dopo l'analisi discriminante i professionisti/imprese, sono stati assegnati a 14 *cluster* omogenei di cui è variata la denominazione (cfr. **tabella 5**). Gli elementi di maggiore significato in sede di confronto fra la distribuzione dei professionisti e degli studi nei 2 periodi di imposta 2004 e 2007 appaiono i seguenti:

– il forte incremento degli studi di piccole dimensioni (da 5.680 secondo lo Studio di settore UK21U a 13.308 secondo lo Studio di settore VK21U);

– gli odontoiatri senza un proprio studio che erano classificati nel *cluster* 14 dello Studio di settore UK21U passano da 1.407 a 2.334 nello studio successivo (*cluster* 8) ai quali si aggiungo altri 1.032 professionisti specializzati in ortodonzia che svolgono l'attività per studi o strutture odontoiatriche di terzi (*cluster* 9 del nuovo studio di settore);

Tabella 5

Gruppi omogenei e loro numerosità secondo lo Studio di settore VK21U. Anno d'imposta 2007

Fonte: Ministero dell'Economia, Studio di Settore, VK21U, Roma

Cluster	Descrizione	Numero	In %
1	Odontoiatri che dispongono di uno studio in condivisione con altri professionisti	2.828	7,0%
2	Studi odontoiatrici che espletano attività in convenzione con il Ssn	595	1,5%
3	Studi associati	566	1,4%
4	Studi odontoiatrici con fabbricazione in proprio di protesi dentarie e app. ortodontici	402	1,0%
5	Studi odontoiatrici con attività di implantologia, parodontologia e chirurgia orale	2.870	7,1%
6	Contribuenti che dispongono di più di uno studio odontoiatrico con una struttura di ampia dimensione	928	2,3%
7	Contribuenti che dispongono di più di uno studio odontoiatrico con una struttura di piccole dimensioni	4.336	10,7%
8	Odontoiatri che svolgono l'attività per studi o strutture odontoiatriche di terzi	2.334	5,8%
9	Odontoiatri specializzati in ortodonzia che svolgono l'attività per studi o strutture odontoiatriche di terzi	1.032	2,6%
10	Attività odontoiatrica svolta per strutture sanitarie private	1.094	2,7%
11	Studi odontoiatrici specializzati in ortodonzia	846	2,1%
12	Studi odontoiatrici di grandi dimensioni	4.510	11,1%
13	Studi odontoiatrici di piccole dimensioni	13.308	32,9%
14	Studi odontoiatrici specializzati in protesi	4.816	11,9%

– rimangono sostanzialmente stabili i numeri degli studi e dei professionisti che svolgono la propria attività in convenzione con il Ssn o per strutture sanitarie private;

– i professionisti con più di uno studio di piccola dimensione passano da 2.769 a 4.336;

– infine, gli studi specializzati in protesi dentarie passano da 3.403 a 4.816.

Anche i dati del periodo d'imposta 2007 permettono, quindi, di sottolineare la frammentazione del settore con la netta prevalenza degli studi di piccola dimensione (32,9% dei professionisti/imprese) e la crescente importanza dei professionisti senza un proprio studio che svolgono attività per studi o strutture odontoiatriche di terzi (*cluster* 8 e 9 dello Studio di settore VK21U) che raggiungono il numero di 3.336 unità pari all'8,4% dei contribuenti.

Per illustrare le tendenze in atto relativamente al numero di professionisti del settore si riportano nella **tabella 6** le grandezze più significative in merito ai corsi universitari in Odontoiatria secondo i dati più recenti disponibili.

Dal 2000 si assiste ad alcuni fenomeni significativi: a) l'evidente contrazione del numero degli immatricolati ai corsi di Odon-

oiatria si accompagna ad una riduzione del numero di iscritti e dal 2006 anche del numero di laureati; b) questa netta riduzione delle iscrizioni e immatricolazioni ai corsi interessa particolarmente studenti di sesso maschile e le regioni del nord Italia; c) nei prossimi anni il numero dei laureati si dovrebbe attestare attorno alle 500 unità annue delle quali circa 200-250 nelle facoltà del nord Italia, 200 in quelle del centro e 100 in quelle del sud.

Questi andamenti vanno confrontati con i dati sulla distribuzione per età degli iscritti all'Albo degli odontoiatri commentati in precedenza (cfr. tabella 3), che evidenziavano la presenza di 2.250 iscritti con oltre 65 anni e 1.497 di età compresa tra i 60 e i 65. Considerando il numero degli odontoiatri che nei prossimi anni abbandoneranno la professione per limiti di età e il numero di laureati previsti, si può prevedere una relativa stabilizzazione del numero degli iscritti all'Albo a partire dal prossimo decennio.

A queste osservazioni sui modelli organizzativi prevalenti in odontoiatria occorre aggiungere anche qualche riflessione sulle relazioni tra i professionisti e la componente dell'offerta rappresentata dagli odontotecnici. Secondo i dati dell'Agenzia delle entrate relativi al 2003, in Italia risultavano operanti

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Laureati	840	1.068	1.230	1.390	1.520	1.537	1.198
Iscritti	9.165	8.878	8.412	8.016	7.365	6.731	6.267
Immatricolati	749	759	846	658	623	545	530

Tabella 6

Numero di laureati, iscritti e immatricolati nei corsi di Odontoiatria nelle università italiane. Anni 2000-2006

Fonte: elaborazioni CERGAS su dati del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica

15.299 imprese odontotecniche con 25.775 addetti con una media di addetto per impresa di 1,68, un indicatore evidente del basso livello strutturale di queste imprese (Comparto del Dentale, 2005). Il rapporto tra studi odontoiatrici e laboratori odontotecnici è di poco superiore a 2 e indica come il dentista abbia un rapporto privilegiato, se non esclusivo, con uno/due fornitori odontotecnici, a loro volta fortemente dipendenti da un numero estremamente limitato di committenti (Comparto del Dentale, 2005). Alla frammentazione degli studi odontoiatrici corrisponde quindi una frammentazione dei fornitori di materiale dentale (odontotecnici), per cui la *supply chain* del settore è scarsamente industrializzata e non esistono significativi meccanismi di aggregazione della domanda di prestazioni intermedie e di esplicitazione della competizione tra i fornitori

3. L'evoluzione della domanda

L'analisi della domanda di servizi odontoiatrici può essere iniziata a partire da un classico indicatore, il DMFT (*Decayed-Missing-Filling Teeth*) all'età di 12 anni, utilizzato in sede di confronti internazionali per evidenziare differenze rilevanti nello stato di salute della popolazione a livello odontoiatrico.¹⁵ Nel 1992 questo indicatore aveva in Italia un valore di 2,9 (WHO, 1995), nel 1995 di 2,2 (WHO, 2000) e nel 2006 di 1,13 (cfr. Campus *et al.*, 2006), evidenziando una significativa riduzione che avvicina il nostro Paese alla situazione di altri contesti sanitari come Germania (Pieper, Schulte, 2006) (0,98), Austria (OBIG, 2003) (1,04) e Regno Unito (Harker, Morris, 2005) (0,8).

Per quanto riguarda la dimensione complessiva della domanda di servizi odontoiatrici, sono disponibili diversi studi, di natura campionaria, che stimano il ricorso da parte di cittadini all'insieme dei servizi offerti dagli studi odontoiatrici.

Secondo una *survey* condotta nel 2002 da Key Stone nell'ambito del progetto *Dental Monitor*¹⁶ il numero di pazienti che sono stati in uno studio dentistico almeno una volta durante l'anno è diminuito dal valore di 19,9 milioni del 1999 a 17,8 milioni nel 2002 (-8%).

Secondo il Servizio studi ANDI¹⁷ che riprende dati dell'indagine Istat sui consumi delle famiglie per il 2001, le famiglie che hanno sostenuto spese per il dentista in quell'anno sono state circa un terzo del totale (34,6%), pari a 7,7 milioni di nuclei familiari (nel 2001 il numero delle famiglie italiane raggiungeva le 22.813.190 unità con un numero medio di componenti pari a 2,5).

Secondo una *survey* del Censis del 2003 in Italia i componenti di due terzi delle famiglie non si recano dal dentista nemmeno una volta nel corso di un anno (Censis, 2003a).

Secondo l'indagine Istat sulla salute degli italiani, le maggiori percentuali di famiglie che ricorrono a servizi odontoiatrici si rilevano in Emilia-Romagna (45%), Veneto (44,9%), Umbria (41%), Lombardia e Toscana (40,5%), mentre le percentuali minori si registrano in Sicilia (20,4%), Basilicata (23,5%) e Lazio (25,3%) (Istat, 2006). L'Italia registra, quindi, un tasso di copertura del bisogno insoddisfacente e rilevanti differenze inter-regionali, ponendo un serio problema di universalità e di equità per il settore.

4. La spesa privata per i servizi odontoiatrici

In Italia il totale della spesa sanitaria (pubblica, privata intermediata e privata «out of pocket»¹⁸) ha raggiunto secondo l'OECD nel 2005 una percentuale dell'8,9% del Pil, con una spesa procapite di 2.532 dollari. Sempre secondo l'OECD, in Italia la spesa sanitaria pubblica ha rappresentato nel 2005 il 76,6% della spesa sanitaria complessiva. La spesa sanitaria privata comprende un insieme molto eterogeneo di servizi e prodotti (farmaci

non erogati in regime Ssn, esami clinici, diagnostici e specialistici, servizi di assistenza infermieristica, fisioterapia, di riabilitazione, materiali di consumo) tra i quali rilevante è la presenza del settore odontoiatrico.

Nella **tabella 7** sono riassunte le evidenze disponibili sulla dimensione economica del settore odontoiatrico in Italia.

Secondo l'indagine Ipsos Explorer - Key Stone¹⁹ condotta nel 2002 il numero di pazienti che si sono recati almeno una volta dal dentista può essere stimato in 19.400.000 unità con una spesa complessiva di 10,639 miliardi di euro e una spesa *procapite* di 549 euro.

Nel 2001 l'Istat ha stimato la spesa privata per servizi odontoiatrici in 9,6 miliardi di euro, con una spesa media per famiglia di 432 euro e di 1.247 euro per ogni famiglia che sia ricorsa effettivamente a cure dentistiche.²⁰ Sempre secondo i dati Istat sui consumi delle famiglie del 2001, il livello maggiore di spesa per famiglia riferita all'intera popolazione si è rilevato nel Friuli-Venezia Giulia (1.078 euro), quasi dieci volte tanto rispetto al dato stimato per ogni singola famiglia siciliana (113 euro).

Secondo l'indagine Istat, sui consumi delle famiglie italiane nel 2004 (Istat, 2006) la spesa mensile per servizi odontoiatrici sostenuta dalle famiglie che effettivamente ricorrono a queste cure è stata di 368,88 euro con una diminuzione del 4,1% rispetto al 2003. Questa spesa mensile effettiva è stata più alta nel nord ovest (392,55 euro) e al sud (390,30 euro), mentre valori più bassi si sono riscontrati nelle isole (247,45 euro) e al centro (331,41 euro). A livello di composizione familiare, Istat rileva che la spesa mensile maggiore è a carico di famiglie senza figli e con componenti di età maggiore di 65 anni (507,77 euro), mentre famiglie con figli e con componenti di età minore di 65

anni spendono mensilmente 382,03 euro se ricorrono a cure odontoiatriche.

Secondo una rilevazione del Censis - *Bio-medics Research Forum Survey*, il 37% dei cittadini italiani nel 2001 è ricorso a cure dentistiche erogate da studi privati. La spesa dentistica privata sostenuta dai cittadini *out-of-pocket* ha riguardato nel 49% dei casi servizi odontoiatrici specialistici, nel 42,8% cure dentistiche generali e nel 34,9% servizi diagnostici.²¹

Secondo il Rapporto del Censis «La qualità dell'assistenza odontoiatrica privata in Italia» basato sui comportamenti di un campione di 1.300 adulti distribuiti sul territorio nazionale, la spesa media per singolo trattamento odontoiatrico è stata nel 2003 pari a 476,70 €, mentre la spesa media annua per ogni famiglia ha raggiunto i 740 euro (Censis, 2003a).

Il dossier delle associazioni del settore del 2005 confronta le varie fonti disponibili e valuta il fatturato del settore nel 2000 in circa 10 miliardi di euro, cioè circa un terzo del totale della sanità privata (*out of pocket* o intermediata) in Italia, registrando successivamente una riduzione del 3% nel 2002 (Comparto del Dentale, 2005).

Le indagini campionarie citate e il quadro complessivo dell'odontoiatria delineato dalle associazioni del settore²² concordano nel mettere in rilievo la diminuzione complessiva del numero degli accessi ai servizi con prevedibili ripercussioni sulle pratiche di prevenzione e di intervento precoce nelle patologie dentali. Infatti, negli ultimi anni la dimensione della spesa è stata influenzata da due principali fenomeni: a) la riduzione nel numero complessivo di pazienti che ricorrono a prestazioni odontoiatriche a causa di più generali andamenti economici e b) i crescenti costi delle tecnologie, risorse umane,

Tabella 7

Indagini sulla spesa privata per servizi odontoiatrici in Italia. Dati di sintesi
Fonte: elaborazioni CERGAS basati sulle indagini degli istituti di ricerca riportate in bibliografia

Fonte	Anno	Spesa complessiva	Numero pazienti	Spesa procapite	Spesa media per famiglia	Spesa effettiva per famiglia*
Ipsos Explorer - Key Stone	2002	10,639 Md euro	19.400.000	549 euro	–	–
Istat	2001	9,9 Md euro	–	–	432 euro	1.247 euro
Istat	2004	–	–	–	–	368,9 euro mensili
Censis	2001	–	37% della popolazione	–	–	740 euro

* Spesa sostenuta dalle famiglie in cui almeno un componente è ricorso durante l'anno a servizi odontoiatrici.

materiali di consumo, utenze, spese per lo studio, ecc.

Nel complesso vi è stata, quindi, una riduzione dei margini di redditività del settore e della professione, un aumento della competizione tra i centri di offerta e una progressiva riduzione del coefficiente di saturazione dei professionisti, pur aumentando il bisogno di cure odontoiatriche non soddisfatte.

5. L'assistenza odontoiatrica pubblica

Quanto previsto dalla riforma sanitaria del 1992-1993 è stato attuato con il DPCM 29 novembre 2001 che stabilisce che le prestazioni di odontoiatria sono erogate *limitatamente* alle fasce di utenti e alle condizioni indicate dalla 502/92.²³ Il volume e le caratteristiche dei servizi odontoiatrici erogati in regime di Ssn dipendono dalle singole politiche sanitarie regionali.²⁴ I LEA (Livelli essenziali di assistenza) assicurano ai pazienti differenti livelli di assistenza nelle diverse regioni italiane. Ad esempio:

- in Valle d'Aosta ai minori di 16 anni e agli adulti con un reddito al di sotto del minimo vitale sono garantite cure gratuite;
- nelle Marche hanno accesso a servizi odontoiatrici gratuiti i giovani (meno di 18 anni), gli anziani (con oltre 65 anni) e le persone disabili;
- in Umbria lo stesso avviene per i minori di 14 anni, i disoccupati, i pensionati al di sotto di un determinato livello di reddito, nonché alcune categorie di portatori di handicap.

I LEA generalmente includono:

- servizi di prevenzione e diagnostica;
- trattamenti per la carie e sue complicanze;
- trattamenti delle patologie paradontali;
- emergenze odontoiatriche;
- trattamenti dell'occlusione dentale e sue conseguenze a livello muscolo-scheletrico.

Accanto a queste indicazioni formali previste dalla definizione dei LEA, occorre ricordare il ruolo effettivo delle organizzazioni del Servizio sanitario nazionale nell'offerta di servizi odontoiatrici. Ruolo che è tradizio-

nalmente stato relativamente marginale nel contesto di questi servizi. Secondo quanto affermava nel 2008 lo stesso Ministero della salute in sede di definizione dei nuovi LEA, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) eroga solo 0,6 visite in un anno per singolo cittadino rispetto ai valori più elevati riscontrati in altri contesti sanitari pubblici come il Belgio (1,8 visite annue erogate da strutture pubbliche per ogni abitante), la Germania (1,4) o i Paesi Bassi (2,1).²⁵

Secondo il Censis, le organizzazioni sanitarie pubbliche erogano solo il 5-8% del complesso dei servizi odontoiatrici soprattutto a causa della mancanza di fiducia da parte dei pazienti (37,4%), della presenza di liste di attesa (29,3%), o per consigli informali di altri pazienti (10%) (cfr. Censis, 2003a). Sicuramente l'offerta pubblica, sia dal punto di vista finanziario, sia dal punto di vista delle dotazioni infrastrutturali e di personale, è largamente insufficiente, quindi strutturalmente orientata a coprire quote marginali di bisogno.

Alcune Regioni come la Lombardia e l'Emilia-Romagna stanno valutando l'opportunità di integrare i livelli attuali dei LEA con un maggior *range* di servizi odontoiatrici anche attraverso la creazione di specifici fondi integrativi regionali a carattere assicurativo.²⁶

Queste Regioni hanno allo studio l'introduzione di schemi assicurativi per i propri cittadini ai quali questi ultimi possano aderire individualmente compartecipando al loro finanziamento. Questi schemi assicurativi sarebbero comunque finanziati in gran parte attraverso il sistema di imposizione fiscale.²⁷

Lo stesso dibattito politico che ha preceduto la tornata elettorale del 2008 ha discusso la fattibilità delle proposte di creare specifici fondi a livello regionale in grado di coprire la maggiore spesa per servizi dentistici attualmente pagati *out-of-pocket* dai singoli cittadini.

6. I risultati di una indagine sul settore odontoiatrico

A) I gruppi di studio

Per valutare le caratteristiche salienti del settore dal punto di vista organizzativo, tariff-

fario e dei modelli gestionali è stata condotta nell'estate del 2008 un'indagine mirata basata su un questionario a professionisti classificati in due gruppi distinti:

- 32 interviste a dentisti associati ad un gruppo di acquisto (Gruppo A);
- 29 interviste a dentisti durante lo svolgimento di un corso di formazione professionale (Gruppo B).

Il questionario utilizzato per le interviste è stato diviso in tre parti: la prima, centrata sulle caratteristiche dello studio professionale e sull'attività svolta dai professionisti, la seconda, mirata ad approfondire gli aspetti di tipo tariffario e, infine, un'ultima parte finalizzata a evidenziare i cambiamenti nella propria attività professionale.

Si riassumono nel **box 1** gli aspetti più significativi emersi dall'indagine per singolo gruppo di studio.

B) Tariffe e finanziamento delle prestazioni

Per valutare la differenziazione dei livelli tariffari sono stati comparati i risultati emersi dai questionari con i prezzi di riferimento contenuti nel Nomenclatore e tariffario ufficiale dell'ANDI e con le tariffe applicate dall'Istituto stomatologico italiano, una ri-

levante organizzazione *non profit* milanese operante nel settore odontoiatrico.

Il confronto dei risultati ottenuti nelle interviste, da un lato con le tariffe suggerite da ANDI, e dall'altro con quelle applicate da una organizzazione non a scopo di lucro, ha permesso di verificare l'esistenza di scostamenti significativi presenti sul mercato.

L'analisi è stata ristretta ad alcuni interventi comuni che rappresentano per la maggior parte degli studi la principale fonte di fatturato (**tabella 8**).

I risultati di questa analisi evidenziano che il livello complessivo delle tariffe rilevate si colloca generalmente sul limite inferiore del *range* indicato dall'ANDI per gli specifici interventi. Tuttavia, si è rilevata una significativa variabilità delle tariffe all'interno dei gruppi di studio, spiegabile soprattutto per le differenti dotazioni tecnologiche e per le qualità diverse del materiale odontoiatrico impiegato nei singoli studi. Resta indiscutibile, in conclusione, l'esistenza di prezzi molto differenziati per interventi relativamente poco complessi come l'otturazione semplice in adulto (2 superfici) - dove si è rilevato un *range* tariffario tra 70 e 300 euro -, o l'applicazione di un primo provvisorio (40-200 euro).

I maggiori margini di profittabilità per i professionisti sono stati osservati per gli in-

Box 1

Principali aspetti dell'indagine nei 2 gruppi di professionisti

Gruppo A	Gruppo B
<p>Ogni professionista opera in media in 2 studi (<i>range</i> 1-7) e quasi un terzo dichiara di svolgere la propria attività in altre organizzazioni non avendo un proprio studio dentistico (9 su 32)</p> <p>Il numero medio di visite giornaliere è 8,6 (2-25)</p> <p>Le spese non sanitarie (amministrazione, utenze, personale non sanitario) rappresentano in media il 26,2% del fatturato degli studi</p> <p>Le tariffe applicate per gli interventi odontoiatrici più comuni presentano una rilevante variabilità e si collocano generalmente al livello più basso del <i>range</i> contenuto nel Nomenclatore tariffario di ANDI, la principale associazione di categoria</p> <p>Poco meno di un terzo degli intervistati dichiara di disporre di margini di tempo non occupato nel corso della settimana lavorativa</p>	<p>L'età dei dentisti varia da 26 a 60 anni (classe media fra 40-44 anni)</p> <p>La maggior parte dei professionisti ha ottenuto la laurea durante gli anni '90 (media 1992)</p> <p>Il 75% dei professionisti è laureato in odontoiatria, mentre i rimanenti sono laureati in medicina e chirurgia o medici specializzati in odontoiatria</p> <p>Il 62% dei professionisti lavora in aree urbane</p> <p>In media ogni dentista opera in 3 diversi studi (il 15% in 5 o più studi)</p> <p>Il numero medio di dentisti riuniti per lo studio principale dove i professionisti operano è 2,7</p> <p>Il numero medio di visite giornaliere è 12,1</p> <p>L'84% dei professionisti opera in studi «generalisti» dove si eseguono tutti i trattamenti di odontoiatria, compresa l'implantologia e l'ortodonzia, mentre solo il 16% in studi specializzati in alcuni trattamenti</p> <p>Le spese amministrative e non sanitarie sono valutate in media attorno al 39% del fatturato del singolo professionista</p> <p>11 odontoiatri su 29 dichiarano di disporre di tempo a disposizione durante la settimana lavorativa</p>

Tipologia di prestazione	Valori medi Gruppo A	Valori medi Gruppo B	ANDI Range	Tariffe ISI
Sbiancamento (per arcata)	303	252	200- 450	
Otturazione semplice di deciduo	83		60- 100	75
Otturazione semplice in adulto (2 superfici)	136	111	100- 160	100
Ricostruzione in amalgama	140		130- 200	145
Estrazione semplice in adulto	101	83	60- 130	
Primo provvisorio	95	88	80- 150	93
Devitalizzazione di un dente (2 canali)		232	160- 280	150
Corona oro-ceramica		685	550- 850	700
Protesi (per arcata)			900-1.600	1.400

Tabella 8
Una comparazione delle tariffe odontoiatriche per alcune prestazioni. Anno 2008
Fonte: Isil (Istituto stomatologico italiano di Milano), Bilancio 2005, per i gruppi di studio elaborazioni Cergas, ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), Nomenclatore e tariffario 2008

terventi di implantologia e per la protesica in generale.

Circa la metà dei professionisti coinvolti nell'indagine opera in studi che offrono facilitazioni di carattere finanziario ai loro pazienti, attraverso l'intervento di operatori specializzati nel credito al consumo. Questa percentuale relativamente elevata sottolinea il ruolo giocato dalle condizioni economiche dei pazienti e dalle tendenze economiche più generali nel definire le prospettive del settore odontoiatrico.

La gran parte delle facilitazioni finanziarie riguarda crediti a breve-medio termine concessi da organizzazioni finanziarie, sia direttamente ai singoli pazienti, sia meno frequentemente ai professionisti e rimborsati in seguito dai pazienti. Le organizzazioni finanziarie offrono generalmente sui finanziamenti le condizioni vigenti sul mercato e un margine anche ai professionisti nel caso di finanziamento diretto della loro attività. Infine, in quasi metà degli studi è prevista la possibilità per i pazienti di effettuare pagamenti tramite carta di credito utilizzando i POS.

C) Evoluzione della propria attività

In entrambi i gruppi, la maggior parte dei professionisti sottolinea come, dal 2000, si sia verificata una riduzione significativa nel numero di pazienti annualmente assistiti, mentre risultano crescenti le spese destinate all'acquisto di materiale odontoiatrico e di attrezzature diagnostiche. I dentisti più giovani e laureati da meno anni tendono a operare in più studi di altri professionisti o di organizzazioni sanitarie private proprio per

diminuire i rischi di natura economica e per evitare di essere legati ad un unico ambito lavorativo.

Un altro aspetto significativo della parte conclusiva dell'indagine è la verifica che più di un terzo dei professionisti intervistati appartenenti ai due gruppi (36%) ha dichiarato di disporre di tempo libero eventualmente a disposizione di pazienti durante l'orario e i giorni di apertura degli studi. Questo tempo disponibile varia naturalmente tra i professionisti: da alcune ore nell'arco della settimana a 2 o più giorni. Questo dato conferma in parte l'esistenza della cosiddetta *sindrome della poltrona vuota* tra gli operatori del settore e spiega i comportamenti dei professionisti, specie di quelli più giovani, spinti alla ricerca di diverse opportunità di svolgimento della propria attività in localizzazioni e in studi diversi.²⁸

7. Principali caratteristiche e criticità del settore odontoiatrico

L'analisi effettuata in questo studio si è basata sulle diverse fonti disponibili e si è focalizzata sulle indicazioni emerse dall'indagine sui modelli organizzativi e condotta su due campioni di professionisti.

Sia gli studi sul settore che le indicazioni dei professionisti permettono di evidenziare le seguenti caratterizzazioni dell'assistenza odontoiatrica nel nostro Paese.

A. Pur essendo il numero dei dentisti in Italia sopra gli standard internazionali, il tasso di ricorso a prestazioni odontoiatriche da parte degli italiani è insufficiente e con grande variabilità nel Paese (Istat, 2006; Censis,

2003b; Comparto del Dentale, 2005), anche se gli indicatori di *outcome* segnalano un sostanziale avvicinamento del Paese rispetto ai grandi Paesi Eu (WHO, 1995 e 2000).

B. La crescita del settore negli ultimi anni è stata principalmente ascrivibile agli incrementi dei costi delle apparecchiature e dei materiali odontoiatrici. I livelli tariffari effettivamente praticati dagli studi dentistici presentano una rilevante differenziazione in una situazione congiunturale caratterizzata da una debolezza della domanda con fenomeni di contrazione della domanda stessa di assistenza.²⁹

C. I margini di redditività per i professionisti che operano in forma autonoma hanno subito una rilevante contrazione³⁰ a causa di:

- crescenti costi del materiale odontoiatrico e delle attrezzature;
- maggiore livello della concorrenza dovuto all'ingresso sul mercato di giovani professionisti laureati nel corso dei primi anni del secolo;
- esistenza di un tradizionale mercato irregolare formato da operatori non abilitati alla professione che, come sottolineato dai professionisti intervistati, tende a incrementarsi in periodi di crisi economica attraverso tariffe minori e soprattutto minori livelli di sicurezza e qualità delle prestazioni;
- diffondersi di forme di turismo sanitario verso Paesi comunitari che presentano livelli tariffari inferiori (cfr. Tan, Rutter, 2008 e Laurance, 2008).

D. Secondo i professionisti coinvolti nella nostra indagine, le categorie di pazienti più sensibili alla diminuzione del reddito reale disponibile si vedono spesso costretti a posticipare gli interventi più costosi, oppure a ricorrere a forme di finanziamento fortemente condizionate dagli andamenti dei tassi di interesse.

E. Il settore odontoiatrico è, nel nostro Paese, caratterizzato da un'alta frammentazione dell'offerta, testimoniata dalla prevalenza di piccoli studi professionali, con un singolo professionista, come evidenziato dai dati degli Studi di settore dell'Agenzia delle entrate (si veda il § 2). Gli stessi dati fiscali testimoniano, comunque, la crescente importanza, dal punto di vista numerico e del volume di prestazioni, di studi dentistici con dimensioni e dotazioni tecnologiche maggiori e di

professionisti senza un proprio studio e che svolgono la propria attività presso diverse organizzazioni sanitarie.

F. Le associazioni di categoria sottolineano, inoltre, che il settore delle apparecchiature e del materiale dentale è caratterizzato da poche imprese produttrici e distributrici con un livello relativamente omogeneo di prezzi e condizioni commerciali. La *supply chain* registra, quindi, una simmetrica e speculare situazione agli studi odontoiatrici, privilegiando relazioni di prossimità e di fiducia reciproca a logiche di concentrazione e sviluppo industriale.

G. Le spese di carattere non sanitario (affitti e spese legate alla gestione degli immobili, prezzi di acquisto e messa a norma degli studi, utenze, spese amministrative) sono risultate in questa indagine significative, arrivando fino al 39% del fatturato medio del singolo professionista. Questo elemento riduce sia le opportunità di intraprendere nuove attività per i professionisti più giovani e neolaureati, sia i margini di redditività per il complesso degli operatori del settore.

H. I professionisti intervistati e i documenti delle associazioni di settore sottolineano che la qualità e la sicurezza delle prestazioni odontoiatriche dipendono in misura crescente dalle caratteristiche del professionista (formazione e aggiornamento professionale) e, in particolare, dal livello qualitativo del materiale e delle attrezzature utilizzati.

7. Proposte di *policy*

Rispetto alle caratteristiche e alle criticità rilevate per il settore odontoiatrico, si ritiene sia importante riflettere su alcune possibili proposte di *policy*, rispetto alle quali aprire un dibattito scientifico e politico, per migliorare complessivamente gli *end point* sociali ed economici.

Il numero eccessivo di professionisti del settore sembra possa risolversi nel lungo periodo, stante la significativa riduzione del numero degli iscritti alle facoltà di odontoiatria (dal 2000), dei laureati (dal 2006) e degli immatricolati (dal 2002), nonché l'esaurimento del doppio canale di accesso (attraverso la laurea di medicina) alla professione. A partire dal 2010-2015, considerando il numero di professionisti con oltre 55 anni (pari nel 2006 a 8.756 unità) e la riduzione del numero di

immatricolati alla facoltà di odontoiatria (di poco superiore a 500 all'anno), si assisterà a una progressiva stabilizzazione del numero complessivo dei professionisti. Rimane però necessario mantenere alta la tensione su questa dimensione, per evitare che altri fenomeni di cambiamento possano generare nuovamente in futuro lo stesso problema di eccesso di offerta.

Si ravvisa senza dubbio il bisogno di organizzare i professionisti in forme aggregate di lavoro, che permettano lo sfruttamento di economie di scala e di specializzazione. L'attuale dispersione dei dentisti tra molte sedi, il tasso di saturazione modesto dei fattori produttivi disponibili sono indicatori di modelli organizzativi poco efficaci.

Forme di lavoro e di servizio più aggregate possono favorire processi di confronto tra professionisti, portafogli di servizi più completi e specializzati per gli utenti, economie di scala nell'acquisizione di tutti i fattori produttivi di sostegno. Simili politiche possono dare anche un significativo contributo allo sviluppo del mercato, alla crescita della sua trasparenza e contendibilità per gli utenti. Ciò potrebbe avere il positivo effetto di contribuire a «spiazzare» produttori non autorizzati, che evidentemente non possono organizzarsi in forme molto visibili come quelle aggregate.

L'aggregazione potrebbe avere come *focus* il semplice acquisto dei fattori produttivi di sostegno compreso il *marketing* e l'amministrazione degli studi, oppure riguardare lo sviluppo di competenze professionali attraverso reti di specializzazione e segmentazione del mercato, oppure si potrebbe arrivare a forme di erogazione del servizio organizzate in ampi studi polispecialistici.

Questo pone la questione su chi debba essere il soggetto imprenditoriale promotore dell'aggregazione e della nascita di centri odontoiatrici aggregati e polifunzionali. Tali iniziative potrebbero essere promosse e organizzate dai professionisti stessi che si ricordano tra loro, oppure da soggetti imprenditoriali esterni che già si sono affacciati sul mercato. Le stesse associazioni di categoria potrebbero avere un ruolo positivo nello sviluppo di queste forme associative, mentre le politiche sanitarie pubbliche potrebbero spingere indirettamente in tale direzione. La natura del soggetto che si imporrà come im-

prenditore prevalente nel settore influenzerà gli assetti istituzionali, le finalità e le strategie delle future forme di aggregazione dei servizi.

La filiera delle prestazioni odontotecniche intermedie è a sua volta estremamente frammentata, basata su rapporti fiduciari quasi esclusivi tra un singolo dentista e un singolo odontotecnico, come sottolinea più volte l'analisi del settore svolta dalle associazioni di categoria. Ciò determina, sul lato produttivo, l'impossibilità di economie di scala e di specializzazione e, sul lato degli acquisti, introduce scarsa trasparenza e competitività. Promuovere forme di aggregazione della produzione dei *device* intermedi può aumentare l'efficacia complessiva del settore. La stessa aggregazione degli studi dovrebbe già innestare processi di questo tipo, diventando i lotti acquistati decisamente più ampi.

Essendo la spesa odontoiatrica al 95% *out of pocket*, questo pone severi problemi di equità all'accesso e di uniformità della salute dei cittadini. Se il Ssn non riesce a ipotizzare l'aumento delle proprie risorse per coprire anche quest'area di bisogno, per lo meno è possibile ipotizzare la nascita di forme assicurative collettive organizzate. La questione cruciale è chi debba essere l'organizzatore di queste forme assicurative aggregate (lo Stato attraverso il Ssn, le Regioni o le Ausl, le assicurazioni private o le imprese) e se esse siano facoltative o obbligatorie per i cittadini. In ogni caso è decisivo perseguire un cambiamento nell'accesso al servizio, spostandosi da una logica riparatoria e contingente *ex post* a un modello di intervento preventivo o precoce programmato. Se anche si mantenesse costante il livello di spesa nazionale per l'odontoiatria, un modello di assistenza basato su interventi sistematici preventivi programmati, garantito da un meccanismo assicurativo pubblico o privato, aumenterebbe la quota degli assistiti e migliorerebbe l'indice di *outcome* collettivo. Questo garantirebbe anche stabilità della domanda per gli studi e migliore possibilità di programmare il lavoro. Il Paese dovrebbe decidere se preferisce una grande iniziativa diffusa sistematicamente in tutto il territorio, ad esempio promossa dalle Regioni in uno schema federale, o se preferisce iniziative basate sull'imprenditorialità e il capitale sociale locale. È da ritenere che la risposta a tali domande non

sia più rimandabile nel quadro più complessivo di sviluppo del sistema di *welfare* socio-sanitario.

Note

1. Per una lettura complessiva del settore dentale e della sua evoluzione si rimanda a Comparto del Dentale (2005) e Rosso (2004).
2. Un'inchiesta sulla diffusione degli studi odontoiatrici in franchising è contenuta in Altea (2008). Si veda inoltre Dell'Olio (2005).
3. Le principali associazioni del settore sono l'Associazione nazionale dentisti italiani ANDI, fondata nel 1946 che è il sindacato di categoria più rappresentativo con oltre 21.000 associati e l'Associazione italiana odontoiatri (AIO), fondata nel 1984 per iniziativa dei primi laureati in Odontoiatria, corso di laurea istituito nel 1980.
4. Secondo lo studio promosso dalle associazioni di categoria del settore dentale, oltre ai professionisti, compongono il settore gli odontotecnici (15.299 studi con 25.775 addetti), gli igienisti dentali (1.500) e gli assistenti alla poltrona (valutati in almeno 90.000 unità). Dal punto di vista delle imprese produttrici di materiale per l'assistenza odontoiatrica sono attive in Italia 125 aziende con 5.000 addetti, oltre a 250 imprese distributrici e 75 imprese importatrici di materiale per l'odontoiatria. Cfr. per questi dati Comparto del Dentale (2005).
5. Il dato è aggiornato al 23.3.2006 ed è del Centro elaborazione dati di FNOMCeO.
6. Per un'analisi della presenza femminile nel settore si veda l'articolo «L'avanzata delle donne medico, i dati», *ADN Cronos*, Roma 26 settembre 2007 e «Professione al femminile: dati italiani», *FNOMCeO Bollettino*, n. 11, novembre 2007.
7. La disciplina degli studi di settore è stata introdotta nel nostro ordinamento dall'art. 62 bis del DL 30 agosto 1993 convertito nella legge 427 del 29 ottobre 1993.
8. Lo studio di settore TK21U era «in applicazione monitorata» per il periodo d'imposta 2005 ed è stato applicato in via definitiva a partire dal periodo di imposta 2006. Il Direttore dell'Agenzia delle entrate con proprio provvedimento del 16 gennaio 2009 ha inserito questo studio di settore nel programma di revisione degli studi di settore applicabili a partire al periodo d'imposta 2009. Il nuovo studio di settore, denominato VK21U, è stato pubblicato nel febbraio 2009 ed è disponibile presso il sito dell'Agenzia delle entrate.
9. Il *software* utilizzato per la definizione dei compensi in base agli studi di settore è denominato GE.RI.CO. Esso calcola gli indici relativi alla congruità, alla normalità economica e alla coerenza dei dati dei contribuenti ai fini fiscali tenendo conto di numerose variabili come la tipologia di attività economica esercitata, il contesto territoriale, le ore dedicate all'attività, la presenza di personale dipendente o di collaboratori, le dimensioni dei locali, il valore dei beni strumentali, le spese sostenute per le utenze.
10. Per un'analisi complessiva sulla natura, finalità e caratteristiche degli Studi di settore si rimanda alla Guida, aggiornata al luglio 2008, disponibile presso il sito dell'Agenzia delle entrate.
11. La descrizione degli elementi caratterizzanti gli studi dentistici inseriti nei diversi *cluster* è illustrata nel dettaglio nelle pp. 3-9 dello Studio di settore alle quali si rimanda.
12. Secondo lo Studio (cfr. p. 8) gli studi di questi professionisti «presentano una struttura ampia e articolata», le spese per protesi e per apparecchi ortodontici fabbricati da terzi «sono nettamente superiori alla media del settore» e la dotazione di beni strumentali si compone in media di «4 riuniti, 2 compressori, 2 rx endorali, 2 autoclavi e 2 aspirazioni chirurgiche»(p. 9).
13. Cfr. Agenzia delle entrate, Studio di Settore VK21U, febbraio 2009, p. 2.
14. Secondo nostre elaborazioni sui dati presenti negli Albi degli odontoiatri a fine 2006 il numero degli odontoiatri per singolo studio in alcune province del nord Italia variava da valori di 1,03 per Lecco e di 1,13 per Lodi a valori di 1,54 per Varese e 1,68 per Alessandria.
15. Il DMFT/dmft viene utilizzato per definire lo stato della salute dentale di un individuo ed è stato introdotto da Klein e Palmer nel 1938. Se l'acronimo presenta le lettere maiuscole si riferisce a denti permanenti. OMS suggerisce di effettuare studi epidemiologici in soggetti di determinate fasce di età, allo scopo di facilitare il confronto dei dati. Particolarmente utilizzato nei confronti internazionale è il suo valore medio all'età di 12 anni che generalmente coincide con il termine della scuola dell'obbligo e in cui è probabile che tutti gli elementi permanenti siano erotti con l'esclusione dei terzi molari (WHO, 1987). Dal punto di vista del calcolo, l'indice considera il numero di denti ($T=teeth$), cariati ($D=decayed$), mancanti ($M=missing$), otturati o incapsulati ($F=filled$). Per esempio un DMFT a 12 anni di $1-0-1=2$ significa che un dente è cariato, 0 mancanti e uno è già curato.
16. Un'analisi dei dati della *survey* di Key Stone è contenuta in Rosso (2004).
17. Cfr. *Il Sole 24 Ore Sanità*, 16-22 maggio 2006.
18. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a www.as-sr.it/agenas_pdf/Out_of_pocket.pdf.
19. Si veda la nota 1.
20. Cfr. *Il Sole 24 Ore Sanità*, cit.
21. Una sintesi dei risultati di questa indagine è disponibile sul sito del centro di ricerca, www.censis.it.
22. Il dossier del giugno 2005 si intitola significativamente «La crisi del settore dentale in Italia: analisi e misure di rilancio».
23. Per un'analisi dell'odontoiatria pubblica con riferimento alla Regione Toscana si rimanda a Dinelli *et al.* (2007).
24. Un primo elemento di riflessione sul ruolo dell'offerta pubblica di servizi odontoiatrici è dato dal numero esiguo di odontoiatri presenti nelle strutture del Ssn. Secondo il Ministero della salute (2007) gli odontoiatri dipendenti da strutture di ricovero pubbliche od equiparate erano 330 sulle 390.507 unità del ruolo sanitario e sulle 542.128 unità complessive.
25. Questi dati sono ripresi dall'Allegato 4C del DPCM del 23 aprile 2008 sui nuovi LEA firmato dai precedenti Ministri Turco e Padoa-Schioppa.
26. Per il caso lombardo si veda Censis (2003b).

27. Secondo l'indagine condotta dal Censis in Regione Lombardia nel 2003 il 30,3% dei cittadini è disposto a partecipare ad un fondo integrativo volontario a carattere regionale che copra le spese sostenute in ambito odontoiatrico. Si veda Censis (2003b).
28. Per un approfondimento di alcuni temi affrontati in questo paragrafo si rimanda a Altea (2007).
29. I professionisti hanno sottolineato nelle risposte al questionario che alcuni interventi ad alto costo e maggiori margini di guadagno come le protesi dentarie siano meno comuni attualmente rispetto al passato.
30. Per una analisi di questi aspetti si rimanda al Dossier del Comparto del Dentale (2005).

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2007), *CEIS Rapporto sanità 2007*, Roma.
- ALTEA P.L. (2007), «Controllo di gestione, ad ogni costo?», *Il dentista moderno*, dicembre, pp. 2-6.
- ALTEA P.L. (2008), «Franchising e odontoiatria. Una contraddizione di termini?», *Il dentista moderno*, marzo, pp. 14-18.
- ANDI ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ITALIANI (2008), *Nomenclatore e Tariffario*.
- CAMPUS G., SOLINAS G., MATTI M., CASTIGLIA P., STROHMENMGER L. (2006), «Caries experience in 12-year-olds: The Italian National Pathfinder on Children's Oral Health», *Caries Research*, 40, p. 331.
- CENSIS (2003a), *La qualità dell'assistenza odontoiatrica privata in Italia*, Roma.
- CENSIS (2003b), *Odontoiatria e mutua regionale. Le opinioni dei lombardi*, in *www.censis.it*.
- CERGAS, *Rapporto OASI*, vari anni.
- COMPARTO DEL DENTALE (AIO, AIASO, AIDI, AISO, Amici di Brugg, ANCAD, ANDI, ANTLO, COI AIOG, CIC, Collegio dei Docenti, FENAODI Confartigianato, ODI, SNO CNA, UNIDI) (2005), *Dossier. La crisi del settore dentale in Italia: analisi e misure di rilancio*, giugno.
- DELL'OLIO L. (2005), «I professionisti vanno in franchising», *Italia Oggi*, 28 novembre.
- DINELLI F. et al. (2007), *Odontoiatria Pubblica: analisi delle prestazioni erogate nell'Area Pisana nel biennio 2004-2005*, *Difesa Sociale*, 2.
- HARKER R., MORRIS J. (2005), *Children's dental health in the United Kingdom 2003*, Office for National Statistics, London.
- ISI ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO, Soc. coop. Sociale (2005), *Bilancio*.
- ISTAT, *La spesa degli italiani. Vari anni*, Roma.
- ISTAT (2005), *I consumi delle famiglie. Anno 2003*, Roma.
- ISTAT (2006), *I consumi delle famiglie. Anno 2004*, Roma.
- LAURANCE J. (2008), «Ouch! British dental care the most expensive in Europe», *The Independent*, 10th January.
- MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO (2007), *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Anno 2005*, Roma.
- OBIG Österreich Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003), *Zahnstatuserhebung 2002 bei 12-Jährigen (Oral Health Status of 12 year olds in Austria 2002)*.
- OCDE (2007), *OECD Health Data 2007*, Paris.
- PIEPER K., SCHULTE A. (2006), «Caries prevalence among 12-year-old German children in 2004. Results from a national survey», *Caries Research*, 40, p. 331.
- ROSSO R. (2004), «Spesa odontoiatrica e popolazione assistita nel 2002», *Italian Dental Economist*, n. 1, febbraio.
- TAN S.S., RUTTER F.F.H. (2008), «Costs and prices of a single dental filling in Europe: a micro-costing study», *www.interscience.wiley.com/journal/hec*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987), *Indagini sulla Salute Orale: metodi di base*, WHO Ed., edizione italiana.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1995), *Oral Health Programme, DMFT at 12 Years*, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), *Global Data on Dental Caries Prevalence (DMFT) in Children aged 12 years*, Geneva, May.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

La misurazione della soddisfazione per il lavoro del personale ospedaliero

CATERINA GURRIERI, MARIO CORSI, ALBERTO FRANCI

The aim of this paper is to describe the principal domains of staff satisfaction at hospital level. For this purpose, a questionnaire was developed and distributed to all staff members of the 3 hospitals (n = 477) in the Marche Region. By the end of the data collection period, 338 out of 477 staff members had completed the questionnaire, yielding a response rate of 77%. The average rating of job satisfaction was 0.60 out of the possible point 0 ÷ 1. The ANOVA reveal significant differences between categories of staff and between hospitals. A priority index was computed for each category of staff in order to discover the strength and the weakness of staff satisfaction.

Keywords: measurement of job satisfaction, hospital staff, factor analysis, priority index

Parole chiave: misura della soddisfazione per il lavoro, personale ospedaliero, indice di priorità di miglioramento

Note sugli autori

Caterina Gurrieri è dottoranda, cultore della materia in Statistica sociale presso l'Università degli Studi di Urbino «Carlo Bo»; Mario Corsi è ricercatore confermato di Statistica sociale presso l'Università degli Studi di Urbino «Carlo Bo»; Alberto Franci è professore ordinario di Statistica Sociale presso l'Università degli Studi di Urbino «Carlo Bo» alberto.franci@uniurb.it. Tutti e tre gli autori afferiscono al CSOSS - Centro Studi Organizzazioni Socio Sanitarie dell'Università degli Studi di Urbino «Carlo Bo».

Attribuzione

Pur condividendone la responsabilità complessiva, i §§ 1, 2, 3.1 e 3.2 sono da attribuire ad Alberto Franci; §§ 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 sono attribuibili a Mario Corsi; i §§ 3.7, 3.8, 3.9, 3.10 sono attribuibili a Caterina Gurrieri. Le conclusioni sono opera congiunta dei tre autori.

1. Introduzione

Nessuna azienda, pubblica o privata, può pensare di offrire un servizio di qualità con dipendenti sfiduciati e senza entusiasmo per il lavoro che svolgono. Questa centralità delle risorse umane è ancora più enfatizzata nei servizi sanitari, in cui «il personale pesa per il 35% sul totale dei costi e per oltre il 50% della spesa ospedaliera» (www.corteconti.it). Di conseguenza, i costi economici e umani derivanti da una cattiva gestione di questa voce rappresentano una notevole fonte di spreco.

Da ciò deriva che la soddisfazione per il lavoro del personale in ambito ospedaliero rappresenta il perno dell'efficacia assistenziale. L'assenteismo, il *turnover*, gli incidenti sul lavoro, i rischi di conflitto sociale, il rifiuto al cambiamento sono dei sintomi inquietanti e presenti nelle attuali gestioni ospedaliere, le cui conseguenze finanziarie possono rivelarsi anche gravi. Perciò, la misura della soddisfazione del personale permette di prevenire tali situazioni, ma soprattutto di mobilitare gli operatori e le direzioni generali delle Aziende ospedaliere. Essa si identifica, quindi, tanto come uno strumento di diagnosi quanto uno di management.

Inoltre, le direttive fornite dall'EFQM (*European Foundation of Quality Management*) sul miglioramento della qualità suggeriscono di misurare la soddisfazione del personale e la motivazione dei dipendenti (Aubert, 2000).

Per queste considerazioni, nella presente ricerca si è deciso di concentrare l'attenzione sul personale ospedaliero sostanzialmente per tre motivi:

– la consistenza numerica di questi operatori si rivela superiore a quella di altri settori occupazionali;

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Metodologia
3. Principali risultati
4. Considerazioni conclusive

– la natura intrinseca del lavoro in ospedale, che comporta una maggiore ambiguità e conflittualità di ruoli;

– la presenza di elevati livelli di stress, turnover ed esaurimento emotivo tra gli operatori della salute.

Partendo da questi presupposti, l'obiettivo principale del presente lavoro è quello di mettere a punto uno strumento di misura della soddisfazione lavorativa del personale ospedaliero, che possa essere utilizzato periodicamente all'interno di queste strutture. L'articolazione dello studio può essere schematizzata come segue:

– in una prima parte, si presentano le fasi della progettazione del questionario di soddisfazione, secondo le indicazioni fornite dai vari operatori, integrate anche dai suggerimenti forniti dalla più recente letteratura (Van Saane *et al.*, 2003);

– segue la sperimentazione dello strumento in tre contesti ospedalieri della Regione Marche;

– nella successiva parte vengono presentati i livelli di soddisfazione per ogni singola categoria professionale e per ogni singolo ospedale investigato;

– si procede, poi, alla costruzione dell'indice di priorità di miglioramento al fine di ravvisare quelle voci della soddisfazione lavorativa che risultano prioritarie per intraprendere azioni correttive;

– l'attenzione sarà poi riposta sull'analisi e modellizzazione delle associazioni tra caratteristiche personali, peculiarità dell'ambiente lavorativo, contesto territoriale e misure della soddisfazione lavorativa;

– seguono, come di consueto, le conclusioni.

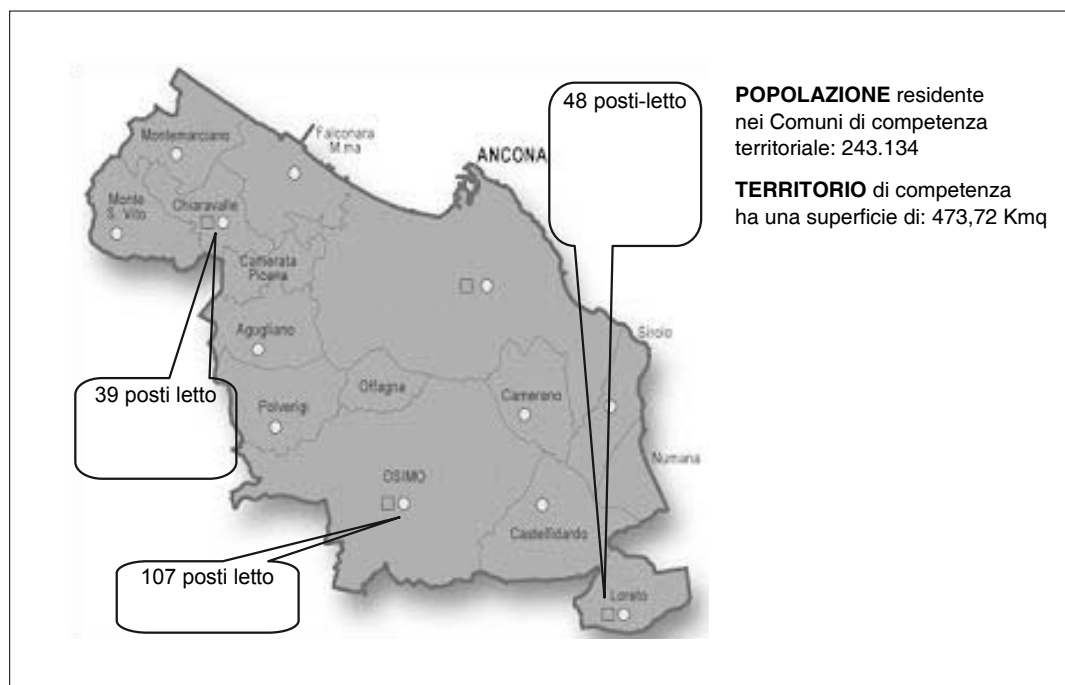
2. Metodologia

L'indagine è stata realizzata nei primi mesi del 2008 e ha coinvolto tutti gli operatori di tre ospedali (Osimo, Chiaravalle e Loreto)¹ appartenenti tutti alla Zona territoriale 7 delle Marche (vedi **cartogramma 1** e **tabella 1**), ad eccezione del solo personale convenzionato. La scelta è ricaduta su questa Zona in quanto la Direzione generale ha accolto con entusiasmo la nostra iniziativa di ricerca.

Al fine di massimizzare i tassi di risposta, sono state seguite le indicazioni di gran parte della letteratura (Oppenheim, 1992; Bosco, 2003). In particolare:

Cartogramma 1

Ubicazione dei tre ospedali investigati



– il questionario, oltre ad essere chiaramente progettato, presentava un formato semplice nella sua articolazione e nella sua forma lessicale;² si differenziava inoltre con tre colori, a seconda dell'ospedale investigato;

– prima dell'invio del questionario agli operatori, è stata messa in atto una campagna di informazione con identica strategia comunicativa in tutti e tre i presidi ospedalieri. Il canale comunicativo più adeguato è stato scelto in funzione delle abitudini degli ospedali stessi: riunioni programmate (anche con il gruppo di ricerca), lettere inserite in busta paga, avvisi sul giornalino aziendale e in bacheca;

– tutti i partecipanti sono stati opportunamente informati delle finalità della ricerca attraverso una lettera personalizzata firmata in originale sia dal Direttore dell'Azienda sia dal Direttore del nostro Centro. La lettera è stata consegnata insieme al questionario;

– il questionario è stato consegnato a ciascun operatore sul luogo di lavoro all'interno di una busta nominativamente intestata;

– per le modalità di somministrazione del questionario, si è optato per quello auto-compilato postale (è il questionario che l'operatore compila a casa da solo e poi rispedisce, in forma del tutto anonima, ad una istituzione indipendente). Nel nostro caso, quindi, ciascun operatore, dopo aver debitamente compilato il questionario, lo ha rispedito al nostro Centro utilizzando una busta pre-affrancata che gli era stata consegnata unitamente al questionario stesso;

– il cuore del questionario è stato articolato per aree di contenuto. In particolare, gli aspetti investigati riguardano: le caratteristiche ambientali (quadro B, 6 voci); le caratteristiche del lavoro svolto (quadro C, 6 voci); l'organizzazione del lavoro (quadro D, 5 voci); la sua supervisione (quadro E, 9 voci); la comunicazione (quadro F, 5 voci); il livello retributivo e la carriera (quadro G, 4 voci); il coinvolgimento nell'organizzazione del lavoro (quadro H, 3 voci). A completamento di questo quadro è prevista una voce di soddisfazione complessiva (L1), volta a sondare il giudizio complessivo del rispondente, a prescindere dai giudizi espressi sui singoli domini. Sono incluse, poi, alcune caratteristiche socio-demografiche degli operatori (quadro A), delle do-

CHIARAVALLE (Ospedale di supporto alla rete) – n = 96	
Reparto di degenza	Posti-letto
Chirurgia generale	8
Medicina generale	19
Lungo degenza	12
LORETO (Ospedale di supporto alla rete) – n = 124	
Reparto di degenza	Posti-letto
Chirurgia generale	18
Medicina generale	18
Lungodegenza	12
OSIMO (Ospedale di rete) – n = 257	
Reparto di degenza	Posti-letto
Chirurgia generale	22
Medicina generale	34
Urologia	8
Pneumologia	14
Ostetricia-ginecologia	15
Pediatria	3
Pronto soccorso-medicina d'urgenza	4

mande riguardanti l'indice di depressione/entusiasmo per il lavoro svolto, utilizzando una forma ridotta della scala del *Maslach Burnout Inventory* (quadro M). Il quadro N, invece, cerca di sondare il pensiero dell'operatore sull'intenzione di lasciare anticipatamente il proprio posto di lavoro. Infine è prevista una sezione libera, dove i singoli operatori possono apporre commenti o valutazioni critiche su aspetti non investigati dal questionario.³

3. Principali risultati

3.1. Partecipazione all'indagine

Dei 477 questionari consegnati, ne sono ritornati 338, garantendo un tasso medio di partecipazione complessiva pari al 70,9%.

In considerazione delle modalità di somministrazione e di riconsegna del questionario, il grado di partecipazione si può considerare di ottimo livello, visto che in ricerche effettuate con modalità analoghe il valore si attesta al 50% (Galgano & associati, 1999; Polit, Hungler, 1995).

Di questi questionari 18, pari a circa il 4%, sono stati scartati in quanto mancanti di notizie fondamentali (es. professione) o contenenti palesi errori di compilazione. La successiva tabella 1 fornisce i tassi di risposta, che risultano abbastanza differenziati sia per presidio che per professione.

Tabella 1
Dimensioni delle Unità Operative operanti nell'ospedale di rete (Osimo) e negli ospedali di supporto (Loreto e Chiaravalle)
Fonte: delibera Giunta Regionale n. 77 del 26/01/2009 (Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti)

La **tabella 2** evidenzia in maniera chiara le notevoli differenze presenti tra i diversi «gruppi» individuati. In particolare, nell'ospedale di Osimo (il più grande tra i tre), eccezion fatta per il personale amministrativo, i tassi di risposta risultano decisamente inferiori rispetto a tutti gli altri, quasi ad identificare un maggior distacco dalle problematiche, dovuto forse sia ad una maggior «sicurezza» della permanenza al lavoro (in termini di mantenimento o ampliamento della struttura) che ad una maggior soddisfazione derivante dall'operare in un contesto ospedaliero cui viene attribuito maggior prestigio, derivante dalla sua qualifica di principale ospedale della rete. L'analisi condotta sui dati aggregati (presidio vs presidio) mostra chiaramente come questa diversità nella partecipazione risulti significativa ($\chi^2 = 18,69$ $p = 0,0001$).

3.2. Analisi dei rispondenti e dei non rispondenti

Pur configurandosi come esaustiva e caratterizzata da elevati tassi di risposta, la nostra indagine non può non comprendere una breve analisi delle caratteristiche dei non

rispondenti, verificando se e come esse vengano a differenziarsi da quelle dei rispondenti. A tale riguardo, sin dalla fase istruttoria dell'indagine, eravamo pervenuti in possesso di alcune caratteristiche della popolazione nella sua interezza (sesso, età e professione) che, per differenza con le medesime caratteristiche riscontrate nei rispondenti, ci hanno permesso di ricostruire la tipologia di chi si è astenuto dal partecipare. Purtroppo, però, nel caso della qualifica professionale di ogni operatore, si è assistito alla contemporanea presenza di errori di codifica nella popolazione fornita dall'Azienda e di una non sempre corretta dichiarazione della propria collocazione professionale tra i rispondenti. Tutto ciò non permette di avere un'immagine perfettamente fedele alla realtà. Riteniamo tuttavia che la scarsa numerosità delle non coincidenze tra la professione presunta e quella dichiarata non vada ad inficiare più di tanto la sostanza dei risultati ottenuti.

La **tabella 3** pone, quindi, a confronto le due popolazioni relativamente alle caratteristiche dichiarate. Un'analisi sommaria indica che i non rispondenti si caratterizzano per una maggior presenza maschile e un'età media più elevata.

Tabella 2

Questionari consegnati e ritornati per presidio e professione

	Presidio						Totale	
	1 - Chiaravalle		2 - Loreto		3 - Osimo			
	Consegne	Ritorni (%)	Consegne	Ritorni (%)	Consegne	Ritorni (%)	Consegne	Ritorni (%)
Totale	96	72 (75.0)	124	105 (84.7)	257	161 (62.6)	477	338 (70.9)
Scartati *		2 (2.1)		6 (4.0)		10 (3.9)		18 (3.8)
Validi		70 (97.9)		99 (96.0)		151 (96.1)		320 (96.2)

Professione	Consegne	Ritorni (%)	Consegne	Ritorni (%)	Consegne	Ritorni (%)	Consegne	Ritorni (%)
Medico	11	11 (100)	17	12 (70.6)	51	25 (49.0)	79	48 (60.8)
Altro personale laureato	1	1 (100)	1	2 **	5	4 (80.0)	7	7 (100)
Infermiere/coordinatore	44	31 (70.5)	61	46 (75.4)	130	80 (61.5)	235	157 (66.8)
OTA/OSS	10	7 (70.0)	10	11 **	22	15 (68.2)	42	33 (78.6)
Tecnico sanitario/coordinatore	6	9 **	17	16 (94.1)	20	8 (40.0)	43	33 (76.7)
Ausiliari	3	4 **	2	2 (100)	4	1 (25.0)	9	7 (77.8)
Amministrativo	21	7 (33.3)	16	10 (62.5)	25	18 (72.0)	62	35 (56.5)

* La % esprime il rapporto tra i questionari scartati ed il totale dei ritornati.

** L'essere i ritorni superiori alle consegne indica ovviamente un'errata codifica a priori delle professioni e/o una non corrispondenza tra professione «ufficiale» e quella dichiarata nelle risposte. Gli errori si propagano chiaramente a tutta la tabella in maniera non controllabile.

Relativamente alla professione, si nota subito una maggior presenza del personale medico e di quello amministrativo, fatto che meriterebbe sicuramente un commento su come risultino diverse le «sensibilità» verso questo tipo di iniziative. Analizzando nel dettaglio i dati scopriamo poi come la differenza tra i sessi risulti non significativa ($z = 0,95$, $p = 0,085$) mentre tale appare quella sull'età media ($t = -2,42$, $p = 0,0039$). Per garantire sufficiente numerosità, tale da consentire la presenza di un congruo numero di unità statistiche per ogni categoria professionale, preliminarmente all'analisi si è fatto confluire la professione «Altro personale sanitario laureato» in quella del «Medico» e le figure degli «Ausiliari» in «OTA-OSS». Anche qui, come nel caso del sesso e nonostante le evidenti difformità presenti, la differenziazione tra rispondenti e non rispondenti risulta non significativa ($\chi^2 = 8,36$, $p = 0,08$).

3.3. Caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti

La prima parte del questionario (Quadro A) riassume alcune notizie relative agli operatori, utili sia ad abbozzarne un profilo, sia alla formazione di gruppi omogenei necessari per successive analisi. Diciamo subito che molte delle caratteristiche risultano più o meno fortemente legate al tipo di professione svolta, per cui gli unici confronti degni di qualche attenzione sono quelli tra i diversi presidi ospedalieri, atti a rimarcare locali peculiarità e scelte strategiche operate dalla Direzione aziendale.

In generale, per quanto concerne il sesso il rapporto di circa due a uno (63,2%) conferma la predominanza femminile, caratteristica specifica di molte delle professioni quali quella infermieristica.

I dati relativi all'età mostrano come la classe modale risulti quella 40-49 anni (l'età media complessiva si attesta sui 45 anni), con alcune spiccate differenziazioni e il caso «anomalo» del presidio di Chiavalle in cui sembra mancare un naturale turnover (nessuno degli operatori ha meno di 30 anni). Tutti e tre gli ospedali, comunque, sono caratterizzati da una maggiore consistenza della «classe uscente» (50 -) rispetto a quella naturalmente candidata a sostituirla (- 29).

Caratteristica	Rispondenti	Non rispondenti
Sesso		
M	36.8%	41.7%
F	62.2%	58.3%
Età		
Media	44.5	46.6
σ	8.82	9.06
Professione		
Medico	15.0%	19.7%
Altro personale laureato	2.2%	0.0%
Infermiere/coordinatore	49.1%	49.7%
OTA/OSS	10.3%	5.7%
Tecnico sanitario/coordinatore	10.3%	6.4
Ausiliari	2.2%	1.3
Amministrativo	10.9%	17.2

La quasi totalità degli operatori, infine, risulta legata all'Azienda con un contratto a tempo pieno (96,2%) e oltre i nove decimi (92,5%) sono titolari di un contratto a tempo indeterminato. Queste due caratteristiche si riscontrano in maniera quasi del tutto analoga nei tre presidi investigati.

3.4. Livelli di soddisfazione per il lavoro svolto

La **tabella 4** e collegata **figura 1** riassumono, in forma aggregata, i giudizi di soddisfazione così come emergono dall'elaborazione dei questionari ritornati.

Un esame della tabella e della figura evidenzia immediatamente una notevole differenziazione dei giudizi tra area e area e, all'interno di queste, tra voce e voce. Scendendo nel dettaglio e usando come «evento sentinella» la quota di giudizi «sostanzialmente negativi», ottenuti fondendo le percentuali delle modalità di risposta «pessimo» e «scarso», la sezione del questionario relativa agli aspetti retributivi e di progressione in carriera denuncia preoccupanti livelli di disaffezione. In particolare, per quanto concerne la progressione in carriera, oltre 7 operatori su 10 (G3, 72,6%) giudicano negativamente la possibilità offerta per questa aspettativa. Seguono i giudizi sui premi di produttività (G2, 68,2%), cui spetta anche lo sgradito primato dei giudizi assolutamente negativi (32,9%), sulla meritocrazia (G4, 67,7) e, più distanziati, sullo stipendio (G1, 51,5%). È da sottolineare come molti meccanismi di

Tabella 3
Caratteristiche dei rispondenti (n = 320)/ non rispondenti (n = 157)

Voce	Giudizi di soddisfazione ⁽¹⁾					Non vissuto (%) ⁽²⁾	Mancante (%) ⁽³⁾	Sostanzialmente insoddisfatti (%) ⁽⁴⁾
	Pessimo (%)	Scarso (%)	Sufficiente (%)	Discreto (%)	Buono (%)			
B1 - Funzionalità	9.4	29.7	32.8	17.8	10.3			39.1
B2 - Pulizia	3.2	15.5	32.1	20.8	28.4			18.7
B3 - Attrezzature	7.9	27.0	34.3	20.1	10.7		0.1	34.9
B4 - Sicurezza	8.9	21.2	34.4	20.9	14.6		1.0	30.1
C1 - Programmi formazione	4.1	25.0	31.3	26.6	13.0	0.1	0.1	29.1
C2 - Autonomia	3.8	13.1	25.3	24.1	33.7			16.9
C3 - Dotazione personale	7.5	37.2	28.3	15.1	11.9		0.1	44.7
C4 - Realizzazione obiettivi	5.4	23.4	40.2	21.2	9.8	0.1	0.1	28.8
C5 - Fierezza	7.3	15.1	34.1	24.3	19.2	0.1		22.4
C6 - Prestigio sociale	2.3	15.9	27.5	31.8	22.5	4.0	1.0	18.2
D1 - Lavoro-qualifica	6.3	15.4	26.1	30.5	21.7		0.1	21.7
D2 - Orari	3.4	5.0	21.6	29.5	40.5			8.2
D3 - Flessibilità esigenze personali	8.0	15.1	23.1	26.6	27.2	1.1	0.1	23.1
D4 - Ferie	4.1	9.5	20.5	26.5	39.4		0.1	13.6
D5 - Congedi	3.9	6.4	21.4	28.9	39.4	10.0	2.1	10.3
E1 - Accettazione idee	11.0	16.9	27.2	21.8	23.1	2.1	0.1	27.9
E2 - Disponibilità superiori	10.8	15.2	21.9	22.5	29.6	1.0		26.0
E3 - Incoraggiamento indipendenza	11.5	24.7	23.1	21.5	19.2	1.1	0.1	36.2
E4 - Contestazione superiori	15.3	21.8	20.1	23.0	19.8	3.0		37.1
E5 - Rispetto dai superiori	10.0	13.5	21.0	20.1	35.4			23.5
E6 - Sostegno dai superiori	15.0	16.6	23.6	20.8	24.0	1.1	0.1	31.6
E7 - Valutazione dai colleghi	1.6	6.3	22.2	33.7	36.2	1.0		7.9
E8 - Valutazione attività	5.8	8.4	19.5	28.2	38.1	2.1	1.0	14.2
E9 - Encomi	16.8	24.1	17.5	24.8	16.8	8.1		40.9
F1 - Conoscenza obiettivi	8.4	33.4	38.7	14.6	4.9	3.0	0.1	41.8
F2 - Chiarezza obiettivi	10.4	40.7	34.7	11.0	3.2	2.1	0.1	51.1
F3 - Efficacia comunicativa	5.7	28.6	44.6	15.1	6.0			34.3
F4 - Scambio informazioni	9.0	31.5	38.0	17.0	4.5	2.0	0.1	40.5
F5 - Possibilità lamentele	15.0	33.9	31.6	14.0	5.5	3.1	0.1	48.9
G1 - Stipendio	14.7	38.7	23.8	17.2	5.6			53.4
G2 - Premi produttività	32.9	35.3	17.8	11.3	2.7	8.0	0.1	68.2
G3 - Progressione carriera	26.0	46.6	17.1	7.9	2.4	7.1	0.1	72.6
G4 - Meritocrazia	28.8	38.9	22.9	6.3	3.1	9.0	0.1	67.7
H1 - Partecipazione iniziative	6.8	27.7	36.1	18.1	11.3	2.1		34.5
H2 - Coinvolgimento nelle decisioni	13.5	33.6	30.3	16.1	6.5	2.1	0.1	47.1
H3 - Attenzione alle proposte	13.7	36.3	31.7	13.4	4.9	3.1	0.1	50.0
L1 - Soddisfazione complessiva	3.8	11.1	40.6	30.5	14.0		1.1	14.9

(1) Le % sono calcolate sui giudizi validi espressi.

(2) Le % sono calcolate sul totale delle risposte.

(3) Le % sono calcolate sul totale dei rispondenti.

(4) Ottenuti accorpando le modalità «pessimo» e «scarso».

Tabella 4

Giudizi di soddisfazione per gli aspetti lavorativi (valore %). Dato aggregato (n = 320)

tipo contrattuale sollevano l'Azienda da una responsabilità diretta su questi temi, ma essa risulta comunque «bersaglio» di questo clima poco sereno. Scendendo rapidamente nella graduatoria troviamo voci relative alla gestione e organizzazione del lavoro quali la chiarezza degli obiettivi aziendali (F2, 51,1%), l'attenzione data alle proposte avanzate dal personale (H3, 50,3%), la possibi-

lità di esprimere lamentele (F5, 48,9%) e il coinvolgimento nelle decisioni (H2, 47,1%). Troviamo, infine, il giudizio dato sulla dotazione di personale (C3, 44,7%), additato spesso a vera emergenza del comparto ospedaliero.

Se spostiamo l'attenzione sugli aspetti meno critici, troviamo al primo posto la valutazione ricevuta dai colleghi (E7, 7,9%), gli

orari di lavoro (D2, 8,4%), la possibilità di ottenere congedi temporanei (D5, 10,3%) e la programmazione delle ferie (D4, 13,6%). Si tratta, in altre parole, della possibilità di modulare i propri impegni lavorativi anche in funzione delle proprie esigenze personali sembra essere l'aspetto premiante.

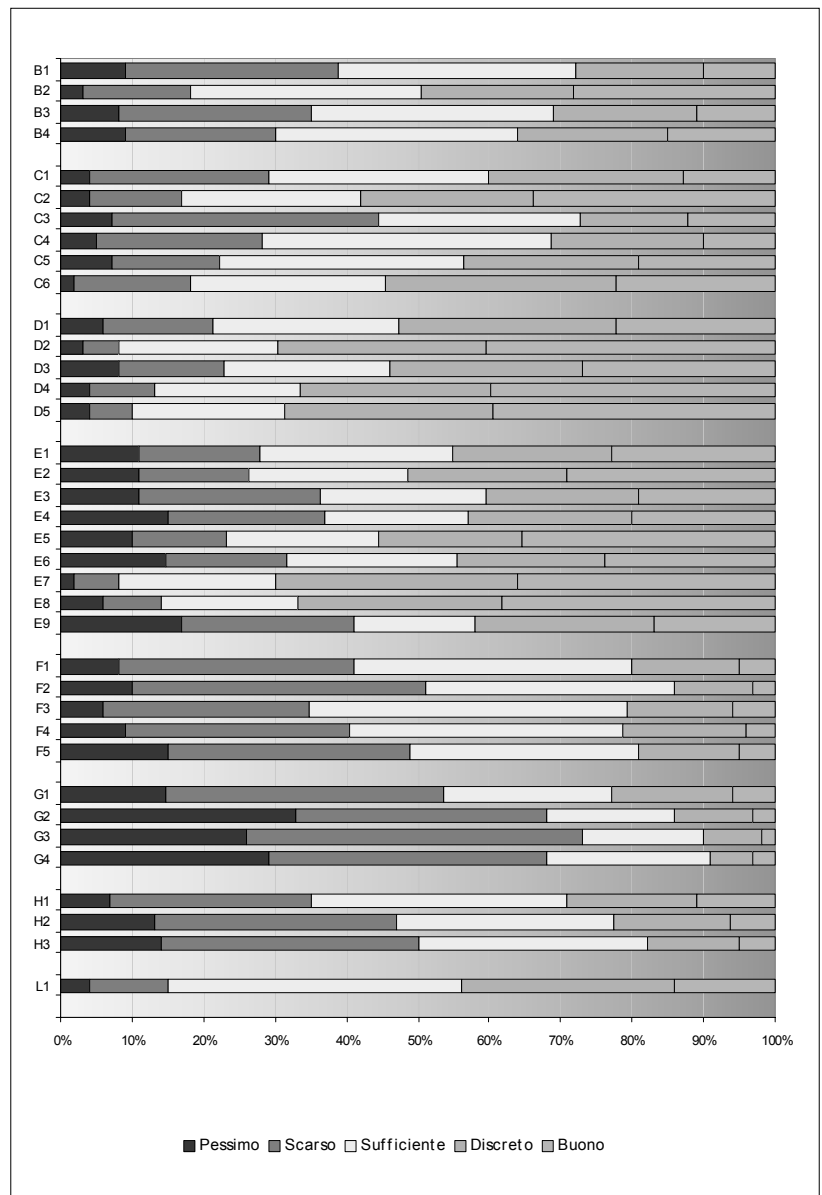
Si sottolinea che tra gli aspetti meno critici emerge anche la voce di soddisfazione complessiva (L1, 14,9%), che tendenzialmente risulta essere sempre più generosa rispetto alla valutazione espressa nelle singole voci del questionario.

Naturalmente queste conclusioni sono frutto di un'analisi superficiale, che però è già in grado di esprimere alcune delle emergenze così come evidenziate dal personale nei preliminari colloqui.

3.5. Quadro M. Entusiasmo/depressione

Inquadrabile sia come effetto sia come causa di una scarsa gratificazione derivante dal proprio lavoro, l'atteggiamento di depressione o entusiasmo mostrato dagli operatori costituisce una delle più importanti conseguenze della insoddisfazione lavorativa. Per la valutazione e misurazione dell'indice di depressione ed entusiasmo siamo ricorsi ad una versione semplificata di uno strumento, validato dalla letteratura, denominato «Job-related Well-being»⁴ (Mullarkey *et al.*, 1999). Su quest'ultimo si è proceduto ad una rielaborazione della scala originaria al fine di ottenere una misura finale che risulta normalizzata nell'intervallo [-1, 1]. Il valore medio dell'indicatore, relativo all'intero aggregato degli operatori, assume un valore di 0,19 ($\sigma = 0,34$), evidenziando una leggera prevalenza di un atteggiamento di «entusiasmo» per il lavoro svolto, anche se la spiccata variabilità riscontrata mostra una grande instabilità dei singoli atteggiamenti (**figura 2**).

Le ragioni di questa variabilità non sembrano risiedere nelle diverse professionalità. L'analisi condotta sulle categorie professionali, infatti, mostra valori compresi tra lo 0,11 per il personale amministrativo e lo 0,21 dei medici, con differenze che riconducono la variabilità più ad altre cause che non ad una specificità attribuibile al diverso ruolo professionale. Ad ulteriore conferma di quanto ipotizzato, l'analisi della varianza⁵ condotta sui punteggi non



ha evidenziato nessuna differenza significativa.

3.6. Quadro N. Permanenza nell'attuale collocazione lavorativa

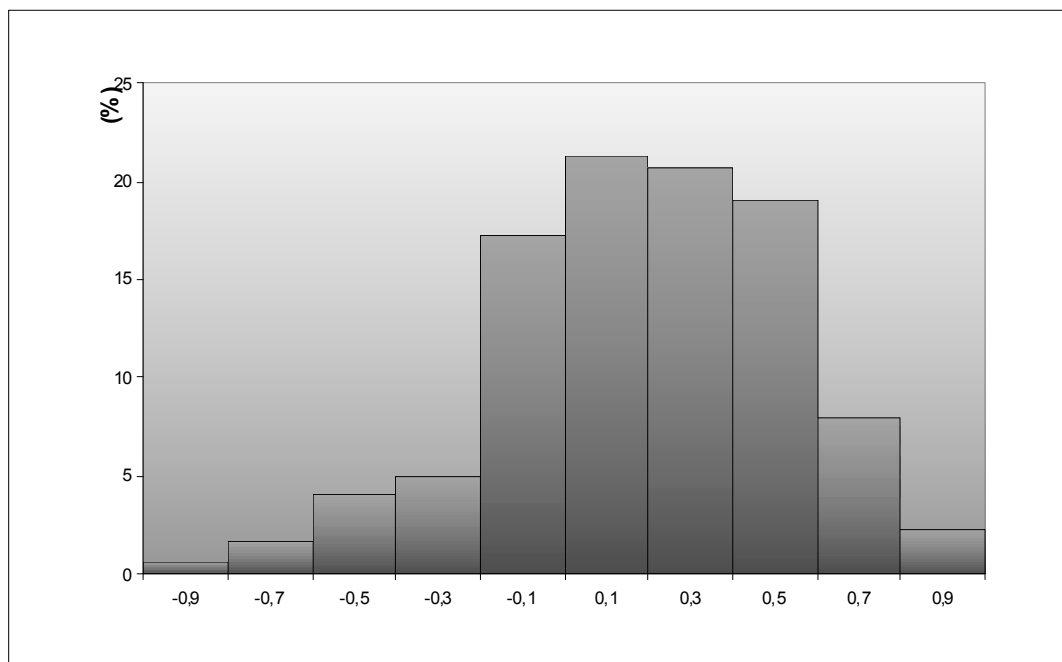
L'attaccamento al proprio lavoro e alla propria collocazione lavorativa rappresenta un valido indicatore da porsi in relazione ad altri che tendono a valutare la soddisfazione per il proprio operato.

L'analisi delle risposte fornite al Quadro N del questionario fa emergere l'attaccamento

Figura 1
Giudizi di soddisfazione per gli aspetti lavorativi. Dato aggregato (n = 320)

Figura 2

Distribuzione del valore dell'indice di depressione-entusiasmo (IDE) relativo al lavoro svolto. Dato aggregato (n = 300)



al lavoro degli operatori. Se, infatti, guardiamo le percentuali relative al non suggerire ai colleghi l'Azienda e al dichiararsi disponibile al cambiamento rimaniamo sempre al di sotto del 20%.

Volendo scendere nello specifico delle professioni abbiamo «spinto» a favore della costruzione di un indicatore di sintesi del quadro relativo ricalcando la procedura già messa in atto in precedenti ricerche (Franci, Corsi, 2007). Il valore ottenuto per il coefficiente di affidabilità «Alpha di Cronbach» sul dato complessivo (tutte le professioni) risulta essere pari a 0,61, non lontanissimo dal valore soglia di 0,70 posto quale limite per la definizione di una buona scala (Zeller, Carmines, 1980; Corbetta, 1999). Lo stesso tipo di analisi condotta disaggregando i dati tra le singole professioni rivela valori oscillanti tra lo 0,55 dei medici e lo 0,73 degli OTA/OSS, mostrando nuovamente la prudenza con la quale vanno condotti i confronti tra operatori diversi. Nonostante questa necessaria cautela siamo comunque passati a «produrre» un modello di misurazione (Corbetta, 2002) per l'ipotizzata variabile latente definita indicatore di attaccamento al lavoro (IAL). I risultati permettono di ottenere una misura sintetica normalizzata⁶ la cui distribuzione complessiva è illustrata nella **figura 3**.

Il valore medio risulta pari a 0,71 ($\sigma = 0,21$) mentre la distribuzione evidenzia una notevole asimmetria (Skewness = -0,62).

Anche qui si è proceduto a segmentare l'utenza, il che produce valori medi oscillanti tra lo 0,68 dei medici e lo 0,78 dei tecnici sanitari. Al fine di valutare eventuali sistematicità in queste differenze abbiamo sottoposto l'indicatore sintetico ad analisi della varianza, dopo averne ridotto l'asimmetria distributiva con apposita trasformazione. Il risultato complessivo non evidenzia significative differenze ($F = 1,67$, $p = 0,157$), anche se l'utilizzo del test LSD,⁷ alquanto permissivo, per i confronti multipli permette di mostrare come il giudizio dei tecnici sanitari risulti significativamente superiore a quello dei medici e degli infermieri.

3.7. Punteggi di soddisfazione. Un'analisi comparativa

Il dettaglio fornito dallo spoglio relativo ai giudizi di soddisfazione ha già permesso di osservare come le criticità emerse risultino grandemente differenziate nelle varie aree tematiche previste dal questionario. Va ribadito che questa prima e sommaria analisi non tiene conto, però, di tutte quelle differenze di giudizio riconducibili sia alla differenziazione

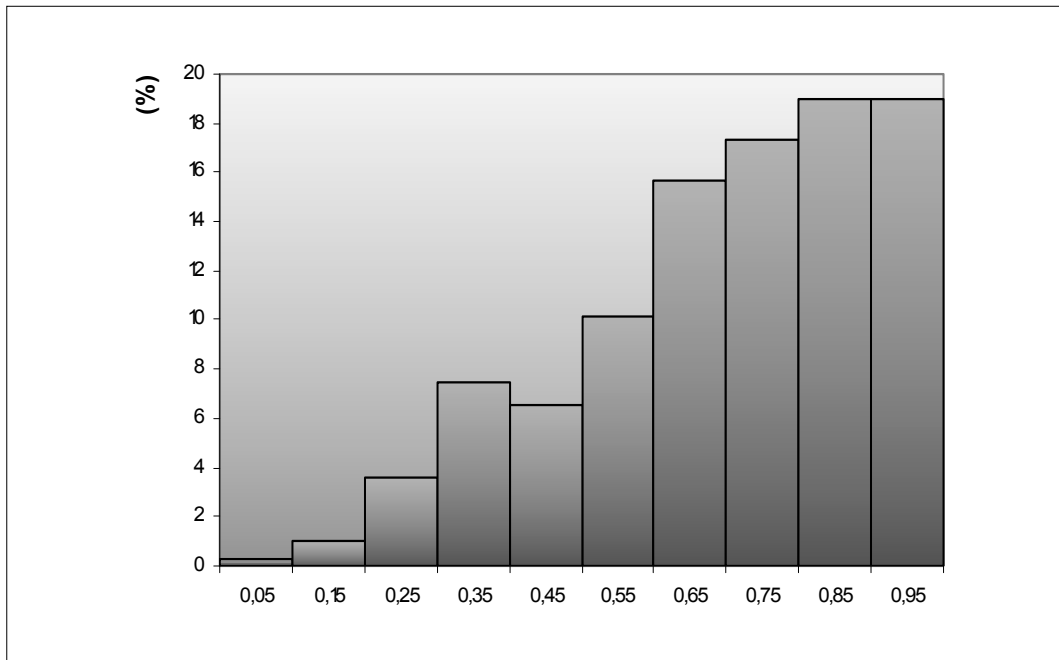


Figura 3
Distribuzione dell'indicatore sintetico di attaccamento al lavoro svolto (IAL). Dato aggregato (n = 306)

ne professionale che alla collocazione territoriale degli operatori.

Per questo motivo, si è quindi proceduto alla ricerca di *pattern* interni alla struttura di soddisfazione, cercando di capire se e come questa si differenzi tra le diverse figure professionali e nei tre presidi ospedalieri. A questo scopo abbiamo provveduto alla «riduzione» dei giudizi di soddisfazione (espressi su scala ordinale) in altrettanti indicatori numerici normalizzati nell'intervallo [0, 1].⁸

Ridotte a 5 le categorie professionali, e in presenza di 3 presidi ospedalieri, si avverte la necessità di porre a confronto 15 distinti gruppi di rispondenti. La **tabella 5** mostra i risultati derivanti da questa sequenza di operazioni. Una prima analisi mostra come tra i diversi gruppi, voce per voce, si manifesti una notevole variabilità nei valori calcolati. Si passa, infatti, dal valore più basso (0,10) corrispondente al gruppo dei tecnici sanitari dell'ospedale di Loreto nella voce relativa ai premi di produttività, a quelli più alti (1,00) che troviamo, relativamente a più voci, nel gruppo del personale amministrativo dell'ospedale di Chiaravalle. Ma anche guardando ai dati indistinti (terzultima colonna) passiamo da uno 0,29, presente sempre nella voce relativa ai premi di produttività, allo 0,75 relativo agli orari di lavoro. A fronte di

ciò risulta doveroso rispondere a due quesiti. Il primo riguarda il «dove» dobbiamo ricercare le fonti di maggiore insoddisfazione/soddisfazione; il secondo dovrebbe investigare se, a prescindere dall'entità dei giudizi, le voci di maggiore/minore criticità seguano o meno la stessa gerarchia, indipendentemente dal sito ospedaliero e dalla professione del rispondente.

Per quanto concerne il primo problema, dopo avere diminuito le pronunciate asimmetrie delle distribuzioni dei punteggi (ultima colonna della tabella) mediante opportuna trasformazione,⁹ abbiamo approntato un'analisi della varianza sui dati. I risultati mostrano come sulle 37 voci presenti, e utilizzando il fattore relativo alle 15 combinazioni professione-presidio, ben in 32 gruppi si riscontrano differenze significative (F-Test; sign. = 0,05).

Da quest'analisi risultano escluse le voci C4 (Realizzazione obiettivi), C5 (Fierezza), D3 (Flessibilità esigenze personali), G4 (Meritocrazia) e H2 (Coinvolgimento nelle decisioni). Per ricercare ampie indicazioni sui confronti multipli difforni si è utilizzato il test LSD, sebbene sia ritenuto poco «conservativo» nel giudicare significativamente diverse le differenze dei valori tra i gruppi.¹⁰ Le indicazioni che emergono risultano as-

Tabella 5

Valori dei punteggi di soddisfazione per professione e presidio ospedaliero

Voce	Medico* (n = 55) Media			Infermiere/ coordinatore (n = 157) Media			OTA-OSS** (n = 40) Media			Tecnico sanitario/ coordinatore (n = 33) Media			Amministrativo (n = 35) Media			Totale (n = 320)	
	Chiavalle (n = 12)	Loreto (n = 14)	Ostino (n = 29)	Chiavalle (n = 31)	Loreto (n = 46)	Ostino (n = 80)	Chiavalle (n = 11)	Loreto (n = 13)	Ostino (n = 16)	Chiavalle (n = 9)	Loreto (n = 16)	Ostino (n = 8)	Chiavalle (n = 7)	Loreto (n = 10)	Ostino (n = 18)	Media	(SD)
B1 - Funzionalità	.73	.57	.45	.51	.37	.45	.57	.48	.48	.47	.72	.31	.50	.48	.38	.48	(.28)
B2 - Pulizia	.79	.71	.59	.72	.62	.61	.64	.88	.85	.44	.72	.53	.50	.65	.39	.64	(.29)
B3 - Attrezzature	.44	.50	.58	.48	.32	.53	.55	.40	.53	.67	.62	.41	.75	.60	.43	.50	(.28)
B4 - Sicurezza	.68	.59	.55	.60	.36	.55	.64	.48	.55	.42	.62	.44	.54	.53	.51	.53	(.29)
C1 - Programmi formazione	.35	.48	.51	.66	.54	.57	.68	.62	.64	.50	.42	.34	.58	.50	.53	.55	(.27)
C2 - Autonomia	.71	.73	.78	.73	.55	.67	.73	.67	.80	.75	.72	.50	.89	.67	.51	.68	(.29)
C3 - Dotazione personale	.40	.48	.54	.53	.51	.42	.33	.44	.52	.44	.28	.34	.83	.38	.51	.47	(.28)
C4 - Realizzazione obiettivi	.55	.57	.65	.56	.41	.49	.61	.46	.53	.53	.53	.44	.58	.47	.54	.52	(.26)
C5 - Fierezza	.48	.55	.60	.53	.46	.61	.70	.67	.70	.55	.58	.66	.75	.60	.58	.58	(.29)
C6 - Prestigio sociale	.48	.77	.69	.56	.47	.64	.75	.77	.72	.81	.77	.72	.82	.67	.60	.64	(.27)
D1 - Lavoro-qualifica	.69	.63	.73	.71	.44	.66	.61	.58	.59	.64	.64	.53	.87	.52	.49	.61	(.29)
D2 - Orari	.75	.63	.74	.83	.63	.77	.82	.69	.78	.81	.83	.69	1	.73	.68	.75	(.27)
D3 - Esigenze personali	.48	.60	.58	.72	.52	.65	.70	.58	.80	.61	.59	.53	.71	.61	.69	.63	(.31)
D4 - Ferie	.75	.50	.83	.77	.63	.73	.82	.63	.78	.61	.67	.62	.89	.70	.78	.72	(.29)
D5 - Congedi	.73	.63	.81	.79	.63	.73	.83	.75	.81	.64	.64	.68	.89	.75	.83	.73	(.28)
E1 - Accettazione idee	.75	.75	.63	.72	.37	.53	.70	.54	.60	.58	.67	.44	.82	.53	.50	.57	(.32)
E2 - Disponibilità superiori	.70	.68	.66	.76	.36	.63	.70	.58	.68	.58	.62	.47	.79	.72	.54	.61	(.33)
E3 - Prom. indipendenza	.66	.58	.62	.55	.36	.53	.57	.54	.56	.50	.58	.34	.82	.68	.44	.53	(.32)
E4 - Contestazione superiori	.66	.62	.66	.62	.38	.49	.53	.48	.52	.56	.59	.36	.86	.52	.41	.53	(.34)
E5 - Rispetto dai superiori	.77	.75	.68	.74	.47	.63	.73	.60	.78	.64	.61	.47	.93	.83	.53	.64	(.34)
E6 - Sostegno dai superiori	.63	.69	.61	.60	.37	.55	.68	.42	.69	.50	.58	.37	.86	.70	.53	.56	(.34)
E7 - Valutazione dai colleghi	.77	.79	.83	.76	.71	.72	.68	.62	.83	.75	.77	.63	1	.72	.68	.74	(.25)
E8 - Valutazione attività	.68	.79	.66	.70	.56	.71	.80	.85	.85	.72	.72	.78	1	.70	.68	.71	(.30)
E9 - Encomi	.43	.50	.55	.52	.37	.52	.58	.48	.71	.50	.42	.42	.96	.50	.41	.50	(.34)
F1 - Conoscenza obiettivi	.60	.57	.41	.48	.39	.42	.56	.48	.37	.42	.33	.18	.75	.36	.44	.44	(.24)
F2 - Chiarezza obiettivi	.44	.52	.34	.40	.35	.39	.58	.38	.35	.33	.33	.25	.71	.36	.40	.39	(.23)
F3 - Efficacia comunicativa	.48	.50	.49	.42	.47	.45	.75	.52	.48	.39	.41	.22	.57	.55	.46	.47	(.24)
F4 - Scambio informazioni	.33	.54	.55	.47	.42	.45	.64	.48	.47	.31	.34	.25	.43	.42	.35	.44	(.25)
F5 - Possibilità lamentele	.40	.55	.44	.38	.32	.36	.52	.42	.52	.39	.44	.25	.64	.36	.44	.40	(.27)
G1 - Stipendio	.44	.41	.55	.35	.33	.41	.50	.38	.27	.33	.38	.34	.68	.38	.44	.40	(.28)
G2 - Premi produttività	.20	.29	.40	.25	.28	.30	.56	.31	.25	.14	.10	.11	.61	.31	.28	.29	(.27)
G3 - Progressione carriera	.18	.30	.36	.20	.24	.28	.53	.20	.42	.31	.25	.18	.50	.37	.22	.29	(.24)
G4 - Meritocrazia	.25	.34	.32	.21	.25	.30	.44	.32	.36	.28	.25	.19	.62	.22	.23	.29	(.25)
H1 - Partecipazione iniziative	.54	.54	.63	.53	.51	.47	.65	.42	.45	.43	.36	.25	.83	.50	.44	.50	(.27)
H2 - Coinvolgimento	.40	.48	.49	.38	.39	.43	.58	.42	.39	.50	.31	.28	.75	.40	.38	.42	(.27)
H3 - Attenzione alle proposte	.46	.46	.44	.40	.32	.36	.48	.38	.46	.41	.40	.28	.82	.36	.40	.40	(.26)
L1 - Soddisfazione complessiva	.58	.60	.65	.64	.50	.61	.61	.69	.64	.56	.50	.47	.89	.60	.61	.60	(.25)

* In questa categoria si sono fusi anche i casi appartenenti a «Altro personale laureato».

** In questa categoria si sono fusi anche i casi appartenenti a «Ausiliari (ASS)».

sai complesse e di difficile interpretazione, anche se alcune conclusioni possono trarsi. Infatti, qualora usassimo come indicatore il numero di confronti significativamente difformi, la categoria che più si discosta dalle altre è quella del personale amministrativo dell'ospedale di Chiaravalle, che mostra livelli di soddisfazione superiori in maniera generalizzata sugli altri gruppi (circa il 50% dei confronti risultano significativi). Quasi parimenti si comportano gli infermieri del presidio di Loreto, ma, questa volta, i giudizi di soddisfazione risultano generalmente più bassi e indicano una prima «polarizzazione» tra le diverse figure professionali, differenziazione di cui non potremo non tener conto nelle analisi successive.

Altrettanto interessante è la risposta da fornire ad eventuali differenziazioni nelle priorità emerse dall'analisi dei gruppi testé analizzati. A questo scopo si sono costruite altrettante graduatorie, relativamente ai punteggi di soddisfazione registrati nelle singole voci, tra le quali si sono calcolate le cograduazioni.¹¹ Il valore del coefficiente medio di cograduazione, pari a 0,73 ($p < 0,01$), mostra come sostanzialmente l'ordine con cui emergono le criticità non appaia così drasticamente difforme tra le diverse categorie professionali e nei diversi ospedali. Infatti, un'analisi, seppur parziale, mostra come tra il personale, indipendentemente dal presidio ospedaliero, si passi dal valore di 0,63 ($p < 0,01$) degli amministrativi allo 0,85 ($p < 0,01$) dei tecnici sanitari mentre, nel caso del confronto tra ospedali, indipendentemente dalla categoria professionale, i valori oscillano dallo 0,64 ($p < 0,01$) di Chiaravalle allo 0,83 ($p < 0,01$) di Osimo.

In definitiva, possiamo osservare come la notevole variabilità dei punteggi di soddisfazione tra i diversi presidi ospedalieri e tra le diverse figure professionali faccia intravedere la necessità di intraprendere opportune azioni correttive, specie per quanto riguarda i premi di produttività, la progressione in carriera e la meritocrazia. Questi aspetti, tuttavia, sono di difficile realizzazione, considerati i vincoli normativi e gestionali delle Aziende sanitarie.

D'altra parte, dagli stessi dati non sembrano emergere grandissime differenziazioni per quanto concerne l'ordine con cui emergono i deficit di soddisfazione. Ciò che dun-

que potremmo osservare è che, nel rispetto dei singoli punti di vista e almeno grossolanamente, i problemi sono ricorrenti e ciò che differenzia le risposte è piuttosto il livello di «gravità» con il quale vengono denunciati.

3.8. Ricerca di un costrutto della soddisfazione

Per conoscere le caratteristiche metriche del questionario di soddisfazione, in modo da poterlo più efficacemente comprendere e governare, è stata utilizzata la tecnica dell'analisi fattoriale, che permette di capire la composizione dimensionale dello strumento utilizzato. Sebbene fosse stato previsto un questionario unico per tutte le categorie di personale, si era consapevoli che la misura della soddisfazione assumesse un aspetto difforme fra le varie professioni investigate. Per questo, con un approccio spesso usato in campo epidemiologico, tutta l'utenza è stata segmentata in due gruppi. Nel primo è stato inserito tutto il personale infermieristico (casi); nel secondo, invece, hanno trovato collocazione tutti gli altri operatori (controlli). Questo approccio si è reso necessario perché l'analisi del costrutto risulta oggettivamente applicabile solo in quei gruppi che presentano un congruo numero di unità statistiche rispetto alle variabili utilizzate.¹²

Va inoltre sottolineato che prima di effettuare questa analisi si è proceduto, come prassi consolidata (Norman, Streiner, 2000), ad una valutazione della coerenza interna sulle ipotetiche scale ottenute sommando i punteggi sulle singole voci che si riferivano alle sette aree tematiche del questionario.

I valori del coefficiente di affidabilità «Alpha di Crombach», utilizzato per misurare la coerenza interna, risultano sempre superiori a 0,70, considerato il valore soglia posto dalla letteratura (Norman, Streiner, 2000). Questo è avvenuto sia per il personale infermieristico che per gli altri operatori. Tali valori si collocano sempre al di sopra del valore sopra menzionato e in alcuni casi eccedono persino lo 0,90. È da sottolineare che i valori dell'Alpha di Crombach ottenuti da questa analisi per il personale infermieristico sono risultati leggermente superiori alle analoghe misure prodotte sugli altri operatori. Questo risultato rappresenta una prima indicazione dell'esistenza di un diverso costrutto della

soddisfazione lavorativa riscontrabile fra le varie figure professionali.

Dopo l'utilizzo di queste prove psicometriche, si è proceduto alla riduzione della dimensionalità mediante analisi fattoriale.¹³ L'approccio seguito è stato quello di tipo esplorativo con il metodo delle componenti principali e rotazione dei fattori, per consentirne una più agevole identificabilità. Per garantire una maggiore leggibilità ai fattori, l'analisi è stata ulteriormente forzata, eliminando progressivamente le voci che nelle successive soluzioni presentavano una collocazione ambigua tra due o più fattori.¹⁴

L'analisi fattoriale così condotta ha permesso di identificare, per il personale infermieristico, sei componenti che spiegano quasi il 70% della variabilità. La struttura emersa da questo tipo di analisi conferma l'impianto sostanziale dello strumento utilizzato. In particolare, le sei componenti estratte fanno riferimento all'*organizzazione del lavoro* (varianza spiegata 15.2%), alla sua *supervisione* (12.1%), alla *comunicazione* (11.8%), alla *meritocrazia e progressione* in carriera (10.3%), al *prestigio* derivante dal lavoro svolto (10.1%), alle *caratteristiche ambientali* (8.7%).

Analoga procedura è stata poi utilizzata in riferimento al complesso degli altri operatori. Anche in questo caso si ottengono sei fattori, con una quota di variabilità complessiva spiegata che supera il 70%. In questa seconda analisi, però, non viene confermata la struttura originaria del questionario. Del resto questo risultato non appare sorprendente in quanto trattasi di una miscellanea di professioni, che manifestano un costrutto della soddisfazione diverso tra loro.

Sulla base dei risultati emersi, è possibile trarre le seguenti conclusioni. La struttura fattoriale del personale infermieristico non risulta sovrapponibile con quella degli altri operatori. Tutto ciò è una ulteriore conferma della presenza di costrutti della soddisfazione lavorativa diffusi, che dipendono dal ruolo professionale ricoperto

3.9. Indicatori sintetici di soddisfazione

Fallito il tentativo di giungere alla definizione di un costrutto della soddisfazione comune a tutte le figure professionali, proveremo, al fine di agevolare valutazioni e

confronti, alla costruzione di misure sintetiche fatte nella ipotesi che le singole voci, così come definite all'interno delle specifiche aree dello strumento, entrino con «pari dignità» a far parte della misura sintetica relativa all'area stessa (ipotesi di voci isopeso). Un successivo passo trasformerà poi queste sintesi in misure normalizzate onde permettere un agevole confronto anche tra aree caratterizzate da un diverso numero di voci. La **tabella 6** riassume, secondo prassi oramai consolidata, valori e misure di variabilità degli indicatori sintetici prodotti secondo l'ipotesi appena detta, disaggregandoli in base alla professione e al presidio ospedaliero di appartenenza.

Un rapido sguardo alle ultime colonne della tabella, che forniscono le informazioni non disaggregate, mostra ancora una volta una grande variabilità tra area e area. Così, il più basso punteggio sintetico (0,31), relativo all'area G che descrive aspetti inerenti al livello retributivo e la progressione in carriera, risulta più che dimezzato rispetto al valore più alto (0,69) riscontrabile nell'area D relativa all'organizzazione del lavoro. I punteggi concernenti le altre aree vedono posizionarsi «in basso» gli aspetti legati alla comunicazione, quadro F, e quelli relativo al coinvolgimento nelle iniziative promosse dall'azienda. Più virtuosi sono invece i giudizi relativi alla supervisione del lavoro (quadro E), alle caratteristiche del lavoro stesso (quadro C) e alle caratteristiche dell'ambiente lavorativo (quadro B). È comunque chiaro il fatto di come, nel loro complesso, i giudizi «disertino» l'area dell'eccellenza che potremmo ragionevolmente individuare a partire dal valore di 0,75 (corrispondente ad un giudizio di «discreto»). Se volessimo dunque cercare una sintesi, che punti il dito sugli aspetti meno appaganti, potremmo dire come, al di là di un lapalissiano e negativo giudizio relativo alla retribuzione (nota dolente, in Italia, per ogni professione!), emerga il quadro di un'organizzazione giudicata «poco democratica» in cui il passaggio di informazioni avviene più «per via gerarchica» e le iniziative, di qualsiasi genere esse siano, risultano poco partecipate e di conseguenza vissute come «imposte».

A questo punto, quasi per «vezzo statistico», abbiamo sottoposto ad analisi della varianza i punteggi stessi¹⁵ ottenendo confer-

Tabella 6
Valori dei punteggi sintetici di soddisfazione per categoria professionale e presidio ospedaliero

Area	Medico* (n = 55) Media (DS)			Infermiere/ coordinatore (n = 157) Media (DS)			OTA-OSS** (n = 40) Media (DS)			Tecnico sanitario/ coordinatore (n = 33) Media (DS)			Amministrativo (n = 35) Media (DS)			Totale (n = 320)		
	Charavalle (n = 12)	Loreto (n = 14)	Osimò (n = 29)	Charavalle (n = 31)	Loreto (n = 46)	Osimò (n = 80)	Charavalle (n = 11)	Loreto (n = 13)	Osimò (n = 16)	Charavalle (n = 9)	Loreto (n = 16)	Osimò (n = 8)	Charavalle (n = 7)	Loreto (n = 10)	Osimò (n = 18)	Media (SD)	Asimmetria (SD)	
B - Caratteristiche ambientali	.64(.15)	.59(.23)	.54(.17)	.58(.21)	.42(.22)	.53(.21)	.59(.19)	.56(.26)	.61(.24)	.50(.25)	.67(.22)	.42(.23)	.54(.27)	.54(.21)	.43(.21)	.53	.22	0,19
C - Caratteristiche del lavoro	.51(.18)	.60(.17)	.65(.16)	.59(.14)	.48(.24)	.57(.17)	.62(.22)	.63(.19)	.67(.23)	.60(.11)	.55(.12)	.50(.13)	.75(.09)	.55(.21)	.55(.21)	.57	.19	-0,07
D - Organizzazione del lavoro	.68(.23)	.60(.23)	.72(.23)	.76(.17)	.57(.22)	.70(.22)	.74(.23)	.66(.30)	.76(.19)	.65(.22)	.66(.21)	.61(.26)	.93(.07)	.68(.22)	.72(.19)	.69	.22	-0,45
E - Supervisione del lavoro	.62(.23)	.69(.18)	.66(.23)	.67(.20)	.42(.25)	.58(.24)	.71(.23)	.57(.19)	.73(.21)	.63(.21)	.64(.25)	.37(.22)	.91(.12)	.73(.17)	.54(.21)	.60	.25	-0,36
F - Comunicazione	.45(.21)	.54(.20)	.45(.21)	.43(.15)	.37(.20)	.41(.18)	.61(.17)	.45(.20)	.43(.24)	.41(.17)	.37(.14)	.23(.19)	.65(.27)	.39(.09)	.42(.21)	.42	.20	0,57
G - Livello retributivo e carriera	.26(.17)	.33(.22)	.42(.21)	.26(.19)	.27(.22)	.32(.22)	.51(.28)	.29(.17)	.33(.26)	.26(.15)	.24(.16)	.21(.19)	.57(.23)	.33(.10)	.30(.16)	.31	.21	0,76
H - Coinvolgimento	.47(.18)	.49(.19)	.52(.30)	.43(.19)	.40(.23)	.43(.22)	.57(.21)	.42(.26)	.42(.24)	.50(.11)	.36(.20)	.27(.23)	.79(.24)	.43(.19)	.39(.14)	.44	.23	0,30
L1 - Soddisfazione complessiva	.58	.60	.65	.64	.50	.61	.61	.69	.64	.56	.50	.47	.89	.60	.61	.60	.25	-0,22

ma alle differenziazioni viste; risulta, infatti, come i valori siano nel complesso significativamente difforni tra loro ($F = 199,8$; $p = 0,000$) così come significativamente difforni risultano i confronti a coppie tra gli indicatori stessi, eccezion fatta per alcuni relativi a punteggi prossimi¹⁶ (quadri C vs E; F vs H).

Torniamo ora ad analizzare la tabella nel suo complesso e facciamolo partendo dagli aspetti che risultano complessivamente meno graditi ai rispondenti: retribuzione e carriera. Procedendo ad un esame «trasversale» notiamo come il giudizio, negativo tra i negativi, risulti quello fornito dai tecnici sanitari del presidio di Osimo (0,21) cui spetta anche la palma di più severi giudici per questi aspetti. A fronte di ciò, gli amministrativi di Chiaravalle, sempre limitatamente agli aspetti retributivi e di carriera, risultano, con il loro 0,57, assai più generosi. Se la medesima operazione viene condotta per i più gratificanti aspetti legati all'organizzazione del lavoro vediamo come nuovamente gli amministrativi di Chiaravalle denunciino un sostanziale benessere visto che il relativo giudizio, pari a 0,93, rappresenta in assoluto la più alta valutazione di soddisfazione dell'intero comparto. Qui, il giudizio relativamente meno gratificante spetta ai medici di Loreto che denunciano un valore dell'indicatore pari a 0,60. Anche qui, un'oramai pleonastica analisi della varianza condotta sui dati mostra come (analisi per riga), in ognuna delle misure sintetiche prodotte l'analisi per gruppi omogenei (professione e presidio) porti ad avere differenze significative indicando come, se mai ve ne fosse ancora ulteriore necessità, ci si trovi in presenza di una notevolissima variabilità dei giudizi che, emersa sin dalle prime analisi, trova continue conferme.

Volendo costruire un indicatore sintetico di soddisfazione aggregando prima i punteggi delle singole aree (ipotesi di aggregazione per aree c.d. isopeso) e poi quelli relativi alla medesima professione, potremmo notare come il comparto in assoluto più critico risulti sempre quello dei tecnici sanitari di Osimo (0,30) a fronte degli OTA/OSS del medesimo presidio che denunciano la più alta soddisfazione (0,74). Limitatamente alla sola categoria professionale, nuovamente, i tecnici sanitari sono i meno soddisfatti (0,47) assieme agli infermieri (0,48) mentre, dall'altra parte, gli OTA/OSS (0,58) distan-

ziano di poco medici e amministrativi (0,55). Gli ovvi limiti di un tale approccio rendono i risultati perlomeno discutibili anche se, nella sostanza, le conclusioni che possiamo trarne, ancorché grossolane, risultano senza dubbio assai indicative. Anche per questo non si ritiene opportuno sottoporre nuovamente i dati ad analisi volte a corroborare le differenziazioni descritte.

Interessante risulta infine un semplice confronto che può farsi tra questi valori e quelli calcolabili per la voce di soddisfazione complessiva (L1). Qui, un confronto diretto permette di «apparentare» i giudizi relativi alla sola professione visto che la correlazione misurata tra le due serie di valori porta al confortante valore di 0,90 ($p = 0,04$). Evidentemente, e questa ne è la prima conferma, la voce di soddisfazione complessiva ben riassume il giudizio desumibile da una sintesi operata sugli specifici aspetti investigati.

3.10. L'indice di priorità di miglioramento e le azioni correttive

Giunti a questo punto si pone come necessario fornire pratiche e utili indicazioni concernenti l'eventuale scelta di azioni «correttive» volte a superare alcune delle criticità emerse nei giudizi di soddisfazione forniti dal personale. Ci si chiede, in pratica, se i miglioramenti negli specifici aspetti abbiano una ricaduta nella soddisfazione generale e quindi sulla qualità del lavoro degli operatori. A tale scopo le sole informazioni relative alla soddisfazione risultano incomplete in quanto occorre considerare anche gli aspetti legati all'importanza che le singole voci assumono nei confronti di una valutazione olistica dell'ambiente lavorativo. Lo strumento statistico che, coniugando semplicità ed efficacia, meglio si presta a questo tipo di analisi è il cosiddetto «Indice di Priorità di Miglioramento (IPM)».¹⁷ Esso consente di stabilire su quali voci della soddisfazione si dovrà intervenire prioritariamente al fine di intraprendere azioni migliorative. Per stabilire adeguate misure sull'importanza che le voci assumono ai fini di una valutazione complessiva qui semplificheremo il problema adottando un approccio largamente utilizzato in letteratura (Franci, Corsi, 2006; Press Ganey, 2007) e consistente nel «surrogare» l'importanza ad una misura di associazione

tra i singoli aspetti e la voce di soddisfazione complessiva.

Le voci, ordinate secondo valori decrescenti dell'indice, permettono di definire azioni di intervento prioritario identificate con il primo 25% della graduatoria; queste saranno contrapposte ad altrettante «voci silenti», collocate sull'ultimo 25%.

Prima ancora di scendere in dettagli «tipologici» abbiamo sottoposto i dati ad una semplice analisi trasversale relativa alle «somiglianze» tra le diverse graduatorie e banalmente tendente a verificare se le emergenze sono specifiche del solo contesto o rispecchiano anche i diversi punti di vista delle diverse professioni. In maniera quasi ovvia non sorprende come l'apparentamento tra le strutture generate non sia propriamente uniforme. Se procediamo, infatti, a calcolare il valore del coefficiente medio di cograduazione tra le graduatorie ottenibili per le singole professioni, ne risulta un valore pari a 0,56 ($p = 0,000$), oscillante da un minimo di 0,31 ($p = 0,068$) tra il personale tecnico e quello amministrativo e un massimo pari a 0,68 ($p = 0,000$) tra medici e infermieri. Tale valore medio, anche se significativo, denuncia comunque «sostanziali» differenziazioni nell'emergere delle problematiche.

Scendendo nella specificità degli aspetti, limitandoci a quelli maggiormente «critici», vediamo come per il medico la meritocrazia (G4) e l'attenzione riservata alle proprie proposte (H3) risultino in cima alla lista delle priorità. Ne emerge l'immagine di un professionista che vuole veder riconosciuto il proprio valore e che nel contempo vorrebbe essere attore primario delle scelte gestionali e operative. Tra gli infermieri emerge prioritario il riconoscimento del lavoro svolto e la remunerazione della produttività (G2); seguono la chiarezza con la quale vengono presentati gli obiettivi aziendali (F2) e il modo in cui questi vengono portati alla conoscenza degli operatori (F1). L'attenzione si sposta, insomma, sull'ovvia consapevolezza di come la qualità e quantità del lavoro vadano premiate all'interno di un sistema in cui ruoli e competenze siano vissuti senza «confusioni». Tra il personale addetto alla cura della persona e degli ambienti (OTA/OSS) le criticità emergono nei riguardi dell'attenzione riservata alle proprie proposte (H3) e alla possibilità di poter liberamente esprimere la-

mente sulla propria condizione lavorativa (F5). Di nuovo appare la richiesta per una partecipazione attiva vissuta però all'interno di un ambiente ritenuto forse «prevaricatore». Situazione non molto difforme emerge per i tecnici sanitari. Anche essi pongono al primo posto la meritocrazia (G4) seguita dalla possibilità di progredire in carriera (G3), dalla chiarezza degli obiettivi (F2) e dal coinvolgimento negli atti decisionali (H2).

La chiarezza degli obiettivi (F2) distingue nelle criticità il personale impiegato nell'amministrazione, mentre le altre esigenze rispecchiano quanto già emerso.

4. Considerazioni conclusive

La soddisfazione lavorativa degli operatori della salute sarà sempre più considerata come misura critica del risultato assistenziale, soprattutto per la sua relazione con la soddisfazione dei pazienti.

Normalmente, essa viene misurata all'interno delle strutture ospedaliere per far luce su tre importanti aspetti che la caratterizzano: cultura dell'impegno, fedeltà verso la struttura ospedaliera di appartenenza, volontà di rimanere in servizio.

L'indagine da noi effettuata ha previsto l'uso di un questionario auto-compilato restituito via posta al nostro Centro dagli operatori di tre ospedali della Regione Marche. Il tasso di risposta ottenuto si colloca ben al di sopra del livello di accettabilità per il metodo di somministrazione utilizzato.

Per le peculiarità del contesto d'indagine, i risultati devono essere interpretati con le cautele del caso. Tuttavia, le conclusioni a cui siamo pervenuti confermano le stesse problematiche riscontrate nello studio della soddisfazione lavorativa presenti in altri Paesi. In particolare, il personale infermieristico risulta il meno soddisfatto rispetto alle altre categorie professionali, mentre quello amministrativo riporta i più alti livelli di soddisfazione in tutti gli ospedali investigati.

L'analisi delle componenti principali, effettuata sulle voci di soddisfazione, ha evidenziato per il personale infermieristico la presenza di sei fattori, caratterizzati da elevata coerenza interna e che spiegano il 68,2% della variabilità. Dalla stessa analisi è altresì emerso che la struttura fattoriale riscontrata per gli infermieri non è sovrapponibile a

quella degli altri operatori. Questo conferma la presenza di costrutti della soddisfazione difformi tra le varie figure professionali.

L'analisi della varianza, condotta sulle voci di soddisfazione e utilizzate come discriminante le categorie ottenute incrociando presidi e professioni, ha evidenziato molte e significative differenze tendenti a rafforzare la diversificazione dei livelli di soddisfazione tra figure professionali e relativi contesti ospedalieri.

Infine, la costruzione dell'Indice di priorità di miglioramento ha evidenziato quelle voci su cui le Direzioni aziendali devono intraprendere azioni correttive della soddisfazione lavorativa, compatibilmente con le risorse disponibili negli ospedali investigati. In particolare, sembra emergere l'importanza della meritocrazia e l'ascolto delle varie proposte per il personale medico, mentre per il personale infermieristico la direzione aziendale deve mettere a punto tutti gli strumenti che ritiene opportuni per permettere a questi professionisti di essere attori e non più solo esecutori dei processi decisionali. È necessario, poi, ripensare ad una maggiore efficacia dei processi comunicativi per migliorare le relazioni tra i vertici aziendali e le varie categorie professionali. Si sottolinea, infine, come per i premi di produttività e la progressione in carriera la soluzione più efficace sia quella di una erogazione non a pioggia, bensì ancorata alla realizzazione di percorsi di qualità all'interno dell'Azienda, di cui la soddisfazione per il lavoro del personale e quella dei pazienti per l'assistenza ricevuta rappresentano percorsi essenziali e fondamentali nella moderna gestione delle Aziende sanitarie.

Pur con le limitazioni del caso, i risultati presentati in questo lavoro hanno messo in luce interessanti aspetti della soddisfazione lavorativa nei contesti ospedalieri. L'applicazione della metodologia elaborata in questa ricerca su piccoli ospedali presenta certamente dei limiti, legati alla specificità del contesto di riferimento. Riteniamo tuttavia di aver portato un contributo metodologico alla conoscenza del grado di soddisfazione del personale ospedaliero e dei relativi determinanti, che rappresentano una condizione essenziale per programmare e realizzare una politica del personale positiva, orientata a garantire livelli ottimali o almeno soddisfacenti di efficacia e di efficienza dell'azione assistenziale ospedaliera.

Note

1. Trattasi di piccoli ospedali che hanno soprattutto la funzione di filtro nei confronti del Polo ospedaliero di Torrette di Ancona.
2. In particolare, erano presenti 7 domini per un totale di 36 voci.
3. Il questionario è disponibile su richiesta agli autori.
4. Tradizionalmente, il *burnout* in ambito socio-sanitario è stato studiato utilizzando l'approccio del *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Maslach, Jackson, 1986; Sirigatti, Stefanile, 1993). Secondo questo punto di vista esso viene considerato come una «sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo, spersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, che può insorgere in operatori che lavorano a stretto contatto con la gente».
5. Prima di condurre l'analisi i punteggi sono stati resi positivi e sottoposti a trasformazione Box Cox atta a ridurre l'asimmetria distributiva.
6. L'indicatore è calcolabile mediante la formula: $IAL = (0,20 \cdot N1 + 0,25 \cdot (6 - N2) + 0,30 \cdot (6 - N3) + 0,25 \cdot (6 - N4) - 1) / 4$, nella quale l'indicazione delle voci fa riferimento alla codifica 1-5 trasformata in punteggio ed è chiara l'inversione della codifica operata sulle voci.
7. *Test LSD - Least Significant Different Test* (test di minima differenza significativa). È utilizzato per confronti multipli nell'analisi della varianza (Cicchitelli, 2001).
8. Nel caso specifico la trasformazione dei giudizi verbali in valori numerici, in ipotesi di equidistanza tra le valutazioni, avviene partendo dallo 0 che è, banalmente, associato al giudizio «Pessimo» e attribuendo valori distanziati di 0,25 ai successivi giudizi sino a giungere a far corrispondere 1 al «Buono».
9. L'analisi della varianza, come molte altre tecniche statistiche, è tacitamente basata su determinati assunti relativi alle variabili cui si applica. Nel nostro caso abbiamo voluto almeno «recuperare» quello relativo alla simmetria delle distribuzioni sottoponendo i dati a trasformazione Box Cox (Zani, 2000).
10. Il test utilizzato e l'LSD e il livello di significatività è stato preso pari a 0,05 (Norman, Streiner, 2000).
11. La misura di cograduazione per due graduatorie è, come noto, il coefficiente $\sqrt{\rho}$ di Spearman (Delvecchio, 2005). Nel caso di più graduatorie si può utilizzare la media aritmetica di tutti i coefficienti derivanti dal confronto a coppie.
12. Si «sconsiglia» di sottoporre ad analisi fattoriale corpi di dati in cui le unità statistiche risultino inferiori al doppio del numero delle variabili in gioco.
13. Come già fatto per altre analisi e nel rispetto di alcuni assunti per la corretta applicabilità della tecnica anche qui si è lavorato con i punteggi trasformati per ridurre l'asimmetria distributiva.
14. Questo si ha quando i pesi fattoriali risultano significativamente diversi da 0 su più di un fattore. Quando le dimensioni del campione analizzato superano, come nel nostro caso, le 100 unità una buona approssimazione del test usato per stabilire il limite di significatività dei pesi fattoriali è fornita da: $2 \cdot z_{\alpha/2} / \sqrt{N-2}$. Nel nostro caso posto $\alpha = 0,01$ da cui $z_{\alpha/2} = 2,576$ e $N \cong 150$, si ottiene il valore limite di 0,42.

15. L'asimmetria delle singole distribuzioni, mostrata nell'ultima colonna della tabella, consiglia una preliminare trasformazione atta alla riduzione dell'asimmetria stessa. Abbiamo già precedentemente detto delle motivazioni che, cautelativamente, conducono a questa prassi.
16. Questa volta, stante la volontà di affermare differenze sostanziali, si è usato un test «esigente» quale quello di Scheffé.
17. L'indice di priorità di miglioramento (IPM) consente di effettuare un'analisi congiunta dei punteggi di soddisfazione e di importanza. La costruzione avviene sommando, per ogni voce, il rango nella graduatoria dell'importanza con il relativo rango nella contrograduatoria costruita sui punteggi di soddisfazione. Per uno strumento articolato in n voci, i ranghi

delle graduatorie assumono valori da 1 a n per cui, secondo quanto detto, IPM potrà assumere valori da $2(1+1)$ a $2n(n+n)$. Per maggior efficacia descrittiva viene proposta una versione di IPM normalizzata nell'intervallo [0, 100] ottenuta mediante la formula: $IPM[0, 100] = (IPM-2)/(2n-2)$.

Ringraziamenti

La ricerca è stata portata a termine con un contributo del CNR n. 91.03954.CT10, del Comitato nazionale per le Scienze economiche, sociologiche e statistiche personalmente intestato al Prof. Alberto Franci. Gli autori ringraziano la Direzione generale e il personale tutto della Zona territoriale 7 delle Marche per la loro professionalità e la disponibilità per aver favorito e reso possibile lo svolgimento della ricerca.

B I B L I O G R A F I A

- AUBERT A. (2000), *La mesure de la satisfaction du personnel en milieu hospitalier: pour une approche globale*, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.
- CICCHITELLI G. (2001), *Probabilità e statistica*, Maggioli Editore, Rimini.
- CORBETTA P. (1999), *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- CORBETTA P. (2002), *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali. I modelli di equazioni strutturali*, Il Mulino, Bologna.
- DELVECCHIO F. (2005), *Statistica per la ricerca sociale*, Carocci Editore, Bari.
- FABBRIS L. (1997), *Statistica multivariata. Analisi esplorativa dei dati*, McGraw-Hill, Milano.
- FOURNIER P. et al. (2005), *Réformes des systèmes de santé et satisfaction du personnel: le cas du Mali*, Colloque International-Financement de la santé dans les pays en développement. CERDI, l'Institut de la Banque Mondiale et le Collège des Économistes de la santé.
- FRANCI A., CORSI M. (2006), *Una valutazione olistica della soddisfazione nelle residenze per anziani*, Arti Grafiche Editoriali, Urbino.
- FRANCI A., CORSI M. (2007), *La soddisfazione del personale infermieristico nell'assistenza domiciliare integrata*, Arti Grafiche Editoriali, Urbino.
- GALGANO & ASSOCIATI (1999), *Analisi del clima del personale*, Azienda Speciale USL Centro-Sud, Bolzano.
- HAYNES C.E. et al. (1999), «Measures of perceived work characteristics for health services research: Test of a measurement model and normative data», *British Journal of Health Psychology*, 4, pp. 257-275.
- MASLACH C., JACKSON S.E. (1986), *Maslach Burnout Inventory Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- MULLARKEY S. et al. (1999), *Measures of Job Satisfaction, Mental Health and Job Related Well-Being, A Bench-Marking Manual*, Sheffield Academic Press.
- NORMAN G.R., STREINER D.L. (2000), *Biostatistica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- OPPENHEIM AN., *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, London: Continuum, 1992.
- POLIT D., HUNGLER B. (1995), *Interviews and questionnaires*, 4th edition, Lippincot, Philadelphia.
- PRESS-GANEY (2007), *Hospital Check-up report, Nurse and Employee Perspectives on American Health Care*, Press-Ganey Associates, Inc.
- SIRIGATTI C., STEFANILE C. (a cura di) (1993), *MBI Maslach Burnout Inventory*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- TABACHNICK B.G., FIDELL L.S. (1989), *Using Multivariate Statistics*, Harper and Row, New York.
- VAN SAANE N., SLUITER J.K., VERBEEK J.H.A.M., FRINGS-DRESEN M.H.W. (2003), «Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction - a systematic review», *Occupational Medicine* 53, pp. 191-200.
- ZANI S. (2000), *Analisi dei dati statistici*, Vol. II, Giuffrè Editore, Milano.
- ZELLER R. A., CARMINES E. G. (1980), *Measurement in the social sciences: the link between theory and data*, Cambridge University Press.
- www.cortecenti.it (ultimo accesso: 27/04/2009).

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav

M. VAINIERI, C. CALABRESE, C. CAMPANALE, C. PANERO, S. NUTI

The main objective of this paper is to describe the multidimensional performance system that has been built up to cope with evaluation of the outsourced activities in Tuscany Health System. The multidimensional performance system aims at measuring the impact of the procurement services and the other centralized functions both on the efficiency and effectiveness of the health care system. The multidimensional performance evaluation system was built up on the basis of the performance measurement systems adopted in the recent years through an action research, involving Regional managers, LHs, THs and the ESTAV.

Keywords: governance, performance evaluation system, administrative centralized functions

Parole chiave: governance, sistema di valutazione, misurazione della performance, Estav

Note sugli autori

Milena Vainieri, Carmen Calabrese, Cristina Campanale, Cinzia Panero svolgono attività di ricerca presso il Laboratorio Management e Sanità di Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana - vainieri@ssspp.it
Sabina Nuti è professore associato Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e direttore Laboratorio Management e Sanità

1. Premessa

Negli ultimi anni il tema della *governance* è stato ricorrente nel contesto della pubblica amministrazione. Con tale termine¹ si includono i principi del consenso, dell'economicità e funzionalità ma anche, come sottolineato da Borgonovi (2002), i criteri della concreta fattibilità tecnica, organizzativa, economica, sociale attraverso le politiche economiche, la produzione di servizi o regolamentazione delle attività economiche di altri soggetti.

Il concetto di *governance* supera, quindi, la logica del governo attraverso la mera emanazione di atti amministrativi, per accentuare l'aspetto della relazione e dei processi di interazione e cooperazione fra diversi attori sociali che intervengono nel campo di azione delle scelte politiche.

La *governance* di un sistema caratterizzato da elevata complessità, quale quello sanitario, richiede il contributo di una molteplicità di attori che possano dar luogo a (Cinquini *et al.*, 2008):

- una forte *leadership* trasformazionale, a livello di sistema e di singole aziende;
- un'elevata interazione tra ruoli specialistici che possano fornire un supporto ad obiettivi generali comunemente condivisi;
- un coinvolgimento di soggetti che, pur non essendo tradizionalmente protagonisti nella gestione del sistema, possano generare opportunità di decentramento ed esternalizzazione di funzioni *non-core*;
- un'adeguata interazione bidirezionale con i fruitori del servizio e con gli *stakeholder*.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto del Sistema sanitario toscano (SST)
3. Fabbisogni di governance del sistema
4. La valutazione della performance della sanità toscana
5. Il sistema di valutazione della performance degli Estav
6. Sistema integrato di incentivazione delle direzioni generali
7. Conclusioni

Gli strumenti di *governance* che le Regioni elencano in proposito (Boni, 2008) sono diversi. Tra questi, sia a livello regionale che nazionale, una maggiore attenzione è stata riservata agli strumenti di programmazione piuttosto che di valutazione (Ancona, 2008). In realtà, per supportare le funzioni di governo di un sistema sanitario pubblico, oltre alla programmazione, risulta di particolare utilità, nell'indirizzare gli assetti e le decisioni strategiche, un sistema di valutazione delle performance, ossia di misurazione dei risultati raggiunti con una funzione obiettivo multidimensionale.

Con questa ottica si intende trattare il tema della progettazione e realizzazione di un sistema di misurazione delle performance funzionale alla *governance* di un sistema sanitario regionale al cui interno operano, come sottosistemi, le aziende sanitarie ma anche altre entità organizzative. Il riferimento empirico adottato è quello della Regione Toscana.

La letteratura manageriale affronta la problematica della valutazione della performance considerando quale oggetto di riferimento il sistema aziendale e non un sistema di ordine superiore quale quello sanitario pubblico, in cui sono presenti molteplici soggetti con ruoli differenziati. La Regione Toscana, a partire dal 2001, affiancata dalla Scuola Superiore Sant'Anna, ha iniziato un percorso di realizzazione di un sistema innovativo di misurazione della performance delle aziende sanitarie del sistema (Nutti, 2008),² strettamente funzionale alla *governance* del sistema, che ha determinato profondi cambiamenti nei comportamenti e nell'atteggiamento nei confronti della valutazione da parte degli attori del sistema ai diversi livelli decisionali. Il sistema progettato nel 2003, sperimentato nel 2004 in quattro realtà pilota, è stato successivamente implementato nel 2005 in tutte le Aziende territoriali, nel 2006 nelle aziende ospedaliero-universitarie e nel 2008 è stato esteso anche agli Estav (per i Servizi tecnico-amministrativi di Area vasta), diventando sempre più uno strumento che affianca e sostiene la funzione di governo a livello regionale. Questa esperienza costituisce un'importante sperimentazione in campo nazionale di strumenti di governo del sistema sanitario regionale sia nel suo comples-

so e sia per i diversi soggetti organizzativi che in esso operano.

L'articolo si sviluppa in sei sezioni: la prima descrive il contesto del sistema sanitario toscano e, in particolare, la nascita e l'evoluzione degli Estav; la seconda i fabbisogni di *governance* del sistema sanitario in un'ottica di cooperazione interaziendale; la terza il modello concettuale del sistema di valutazione della performance degli Estav; la quarta e quinta sezione descrivono rispettivamente il sistema adottato per la valutazione della performance degli Estav e il collegamento con l'incentivazione dei direttori generali degli Estav e delle aziende sanitarie e, infine, la sesta sezione contiene alcune considerazioni critiche e commenti

2. Il contesto del Sistema sanitario toscano (SST)

Il processo di regionalizzazione della sanità, rafforzato dagli ulteriori processi di decentramento come la riforma del titolo V della Costituzione, ha accentuato le differenze fra gli assetti regionali determinati da specifiche scelte di sistema e di principi ispiratori.

In questo contesto la Toscana ha focalizzato la propria strategia sui valori comuni di universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari della legge 833/78, ma ha anche proposto quali principi guida la cooperazione e non competizione fra i produttori interni. Questo orientamento la distingue da altre regioni come ad esempio la Lombardia.

Nel Psr 2008-2010 al capitolo 2, nel quadro normativo si legge: «*Il nostro sistema basato sulle aziende, inoltre, ha già compiuto quel passaggio dalla competizione alla cooperazione tra Aziende sanitarie, per il quale oggi la condivisione e l'assunzione collettiva di responsabilità costituiscono il presupposto, entro un quadro di programmazione aziendale, di area vasta e regionale, su cui declinare nuove azioni.*» Per questa specificità il Censis, nel rapporto finale su «I modelli decisionali nella sanità locale», ha definito la Toscana un modello decisionale di tipo «poliarchico compatto»: un sistema in cui i soggetti che prendono decisioni su scelte organizzative e di spesa sono molti ma riescono a procedere in modo unitario seguendo le direttive fissate dalla Regione che

gioca, in Toscana, un forte ruolo di controllo (Censis 2008).

Una delle espressioni della cooperazione fra i produttori interni del sistema sono le *Aree Vaste*, nodo centrale per la realizzazione di un piano di cooperazione sanitaria sviluppato «in rete» e concertato con tutti i soggetti attivi sul territorio. Le Aree vaste sono tre ed includono le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere che devono concertare una programmazione sanitaria interaziendale (principalmente sul piano ospedaliero e dei percorsi assistenziali). Allo stesso tempo queste rappresentano anche l'ambito territoriale in cui ottimizzare le attività gestionali, attraverso l'accentramento finalizzato all'economia di scala ed alla semplificazione delle procedure di alcune funzioni di supporto amministrativo.

Per tali finalità sono stati costituiti prima i Cav (Consorzi di area vasta) e successivamente gli Estav.

2.1. La storia dei Cav e degli Estav attraverso la normativa

Con la delibera n. 144 del 25 settembre 2002 del Consiglio regionale sono stati istituiti i Consorzi di area vasta (Cav) costituiti operativamente nel gennaio del 2003. I Cav rappresentano una delle innovazioni gestionali della Toscana costituendo una delle prime esperienze in ambito nazionale di centralizzazione della funzione acquisti in ambito regionale o infraregionale.³

Dopo alcuni anni di attività, nel 2005, il Consiglio regionale con la legge regionale n. 40 ha trasformato i Consorzi di area vasta in enti con personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, contabile gestionale e tecnica. All'art. 101 della l. reg. 40/2005 sono elencate le sette funzioni di competenza dei nuovi enti: a) approvvigionamento di beni e servizi; b) gestione dei magazzini e della logistica; c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione e alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (Cup); d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; f) gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del persona-

le; g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

I tre nuovi enti che prendono l'acronimo di Estav Nord Ovest per le aziende dell'Area vasta Nord Ovest⁴ Estav Centro per le aziende dell'Area vasta Centro⁵ e, infine, Estav Sud Est per le aziende dell'Area vasta Sud Est⁶ (vedi **figura 1**) subentrano ai Cav nell'ottobre 2005 con la delibera 1021, con l'immediato trasferimento della funzione di approvvigionamento (alla lettera a) dell'art. 101 della l. reg. 40/05). Nel 2006 la delibera 617 stabilisce il trasferimento dalle aziende agli Estav anche della funzione logistica (alla lettera b dell'art. 101 della l. reg. 40/05) e da ultima la delibera 317 del 2007 dispone il passaggio anche delle restanti funzioni dell'art. 101 della l. reg. 40/2005.

Tali funzioni sono state confermate dal nuovo Psr 2008 che al § 8.3 richiama tutte le funzioni soggette a scorporo e trasferimento esplicitando anche la funzione di «coordinamento delle attività inerenti gli affari legali con particolare riferimento alla gestione delle procedure assicurative».

Il nuovo Psr 2008-2010 inserisce gli Estav all'interno delle scelte organizzative volte a perseguire il principio dell'appropriatezza attraverso processi di razionalizzazione mediante economie di scala, ma essi sono an-

Figura 1
Gli ambiti territoriali in cui hanno operato i Cav ed ora operano gli Estav

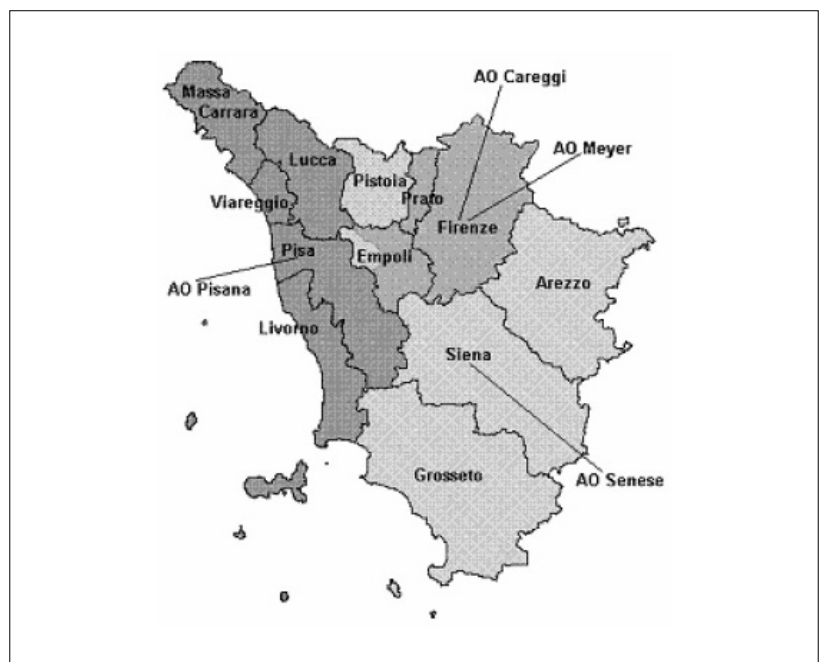


Tabella 1

Riepilogo degli atti normativi che riassumono lo sviluppo dei Cav ed Estav

che costituiti «per favorire adeguati livelli di specializzazione delle competenze tecniche». Nella **tabella 1** sono riassunti in ordine cronologico gli atti normativi che hanno determinato la nascita e lo sviluppo dei Cav e degli Estav.

3. Fabbisogni di governance del sistema

La poliarchia decisionale toscana si basa sulla condivisione di alcuni principi e logiche dei sistemi di programmazione e controllo, processo necessario in caso di «mercato cooperativo». La *governance* si caratterizza

Anno	Fonte normativa	Obiettivi	Funzioni
25/09/2002	Delibera Consiglio regionale 144	Istituzione dei consorzi di Area vasta	Ai C.A.V. inizialmente viene affidata solo la «funzione acquisti»
24/02/2005	Legge regionale n. 40 Capo IV	All'Art. 100 - Istituzione e natura giuridica degli Estav	<p>1. Per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie sono istituiti gli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav):</p> <p>a) Estav dell'Area vasta nord - ovest;</p> <p>b) Estav dell'Area vasta centro;</p> <p>c) Estav dell'Area vasta sud - est</p> <p>2. Il bacino di riferimento di ciascun ente è quello costituito dalle aziende sanitarie ricomprese nella corrispondente area vasta ai sensi dell'articolo 9, comma 2</p> <p>3. Gli Estav di cui al comma 1 sono enti del servizio sanitario regionale, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica</p>
24/02/2005	Legge regionale n. 40 Capo IV	All'Art. 101 - Competenze e attribuzioni degli Estav	<p>Gli Estav sono competenti in materia di:</p> <p>a) approvvigionamento di beni e servizi;</p> <p>b) gestione dei magazzini e della logistica;</p> <p>c) gestione delle reti informatiche e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (Cup);</p> <p>d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;</p> <p>e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;</p> <p>f) gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;</p> <p>g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale</p>
17/10/2005	Delibera Giunta Regionale 1021	Subentro degli Estav ai Cav	Viene trasferito solo il processo di approvvigionamento di beni e servizi già di competenza dei Cav
04/09/2006	Delibera Giunta regionale 617	Trasferimento di altre funzioni agli Estav	<p>Vengono trasferite le attività relative:</p> <p>– alla gestione degli ordini;</p> <p>– alla gestione amministrativa del magazzino logistica ed al conseguente pagamento delle fatture</p>
07/05/2007	Delibera Giunta Regionale 317	Trasferimento delle restanti funzioni previste dalla l. reg. 40/05 agli Estav	<p>Vengono trasferite le attività relative:</p> <p>– gestione reti informatiche e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (Cup);</p> <p>– gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;</p> <p>– gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale;</p> <p>– gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale</p>
16/07/2008	16/07/2008 Psr 2008-2010	§. 8.3 «gli strumenti di governo e gestione»	Viene ribadito il ruolo dell'Estav, le funzioni e gli strumenti di controllo da attivare

per la presenza di una pluralità di istituti autonomi in un contesto in cui vi sono poteri che si influenzano reciprocamente e dove è necessaria la costruzione di fiducia reciproca e la ricerca di sinergie (Longo, 2005). Per la costruzione di tale rapporto fiduciario giocano un ruolo importante i processi di condivisione e concertazione relativi, ad esempio, alla definizione della tempistica e dei documenti programmatici nonché la definizione degli indicatori e della metodologia di calcolo per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello interaziendale (Barretta, Busco, 2004). Le relazioni interaziendali tipiche dei contesti dei *network* rendono gli strumenti contabili sviluppati per i modelli organizzativi dicotomici della gerarchia e del mercato (Håkansson, Lind, 2004). Certamente in questi contesti contano le relazioni fiduciarie, ma il motto «make vigilance be your mantra»⁷ rimane pur sempre valido.⁸ Una risposta efficace allora, anche se complessa in termini di *governance* di sistema, può essere data mediante l'introduzione di un sistema di misurazione della performance. Laddove è stato implementato, a livello di sistema sanitario, rappresenta uno strumento essenziale per attivare processi di miglioramento e per raggiungere i risultati programmati.

Considerando che i soggetti che compongono il sistema non sono in relazione di concorrenza ma di collaborazione, per evitare il rischio di autoreferenzialità, il sistema di valutazione della performance deve basarsi sul confronto dei risultati, ossia sul *benchmarking*. Questo è un processo che permette a più organizzazioni di confrontarsi sui risultati ottenuti. Esso rappresenta un sistema di misure comuni che, con continuità e sistematicità, permette a ogni organizzazione del sistema di confrontare i propri risultati con quelli di altre organizzazioni che svolgono processi simili. In questo modo è possibile individuare i differenziali di risultato rispetto alle organizzazioni che presentano la performance di maggiore successo, e focalizzare la tipologia e l'entità dei punti di debolezza della gestione in cui cercare il miglioramento della propria performance (Camp, 1989, McNair, Leibfried, 1992, Bullivant, 1994).⁹

Per implementare un sistema di *benchmarking* è necessario che più organizzazioni si accordino tra loro per individuare, in pri-

mo luogo, su quali aspetti, variabili o processi chiave impostare l'analisi di confronto. Quindi è necessario che siano definite e accettate da tutte le organizzazioni:

- a) le modalità con cui i dati e le misure devono essere rilevate;
- b) il soggetto preposto all'elaborazione dei dati.¹⁰

Nel contesto sanitario pubblico lo strumento del *benchmarking* appare essenziale (Banchieri, 2005; Barretta, 2005, Ferri, 1997, Sargiacomo, 1998), anche se non sostitutivo delle misure specifiche che ciascun soggetto del sistema può ritenere opportuno inserire nel proprio sistema di valutazione della performance.

La Regione Toscana, con l'obiettivo di implementare un sistema di misurazione della performance quale strumento di *governance* a livello di sistema sanitario, ha affrontato queste problematiche secondo un percorso e con delle soluzioni specifiche per le aziende sanitarie e per gli Estav.¹¹

4. La valutazione della performance della sanità toscana

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana, adottato dal 2004, si basa sul monitoraggio di 130 indicatori, raggruppati in 50 indicatori di sintesi, a loro volta classificati in sei dimensioni di analisi: la valutazione dei livelli di salute della popolazione; la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale; la valutazione della performance economico-finanziaria e dell'efficienza operativa; la valutazione clinico-sanitaria; la valutazione esterna e, infine, la valutazione interna.

La rappresentazione grafica di sintesi è espressa attraverso un bersaglio (*target*) a cinque fasce di valutazione (Nutti, 2005; 2008). Il bersaglio permette di capire a colpo d'occhio quali siano i punti di forza e di debolezza di ciascuna azienda fornendo una fotografia sintetica dell'andamento aziendale e, al contempo, informazioni dettagliate per ciascuna delle sei dimensioni di analisi.

L'immediatezza nella comprensione dell'andamento delle aziende è collegata alla scelta di associare ad ognuna delle cinque fasce di valutazione della performance un

colore e un *range* numerico: si va da una performance molto scarsa con colore rosso e un *range* di valori da 0 ad 1 ad una performance ottima con colore verde scuro e un *range* di valori da 4 a 5, come riportato nel dettaglio della **figura 2**.

Il modello è semplice e complesso allo stesso tempo. Semplice, perché la metafora del «bersaglio» che è stata utilizzata è di immediata chiarezza, ma anche complesso perché, come in un gioco a scatole cinesi, partendo da un dato di sintesi si possono analizzare con passaggi di sempre ulteriore dettaglio i dati di origine e le loro determinanti. Ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare non solo i risultati delle istituzioni sanitarie in termini economico-finanziari, ma anche le modalità con cui queste si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione, la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini.

Un'altra peculiarità consiste nell'utilizzo di processi di valutazione *ad hoc* laddove manchino o non siano attendibili le rilevazioni sistematiche basate su flussi ministeriali, regionali o su indagini campionarie rappresentative della popolazione. Questo tipo di indagini integra le rilevazioni per le valutazioni sistematiche e sono state denominate «valutazioni *ad hoc*», rappresentate sul bersaglio da un campanello; seguono una logica fotografica, sintomatica di una situazione, basate sulla semplicità della risposta; generalmente si tratta di indagini qualitative.

L'esperienza positiva del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane,¹² l'efficacia della rappresentazione della performance aziendale e la familiarità con questo strumento da parte dei

professionisti della sanità toscana, ha portato il *team* di ricerca a seguire gli stessi passaggi e, dove possibile, le stesse scelte metodologiche adottate per il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie anche per la valutazione della performance degli Estav.

L'idea di utilizzare lo stesso modello, mantenendo, per quanto possibile, la stessa simbologia e gli stessi acronimi, ha lo scopo di sfruttare al massimo le sinergie derivanti dall'applicazione di uno strumento manageriale simile e già condiviso dai soggetti del sistema.

L'adozione del sistema di valutazione della performance anche per gli Estav vuole, infatti, facilitare il dialogo tra il *top management* delle varie aziende (sanitarie ed Estav) e la Regione sugli aspetti rilevanti della gestione in modo strutturato con un linguaggio già da tempo adottato dal sistema, con relativi vantaggi in termini di economie di apprendimento.

5. Il sistema di valutazione della performance degli Estav

Una prima valutazione della performance degli Estav è stata effettuata nel 2005 dal laboratorio MeS su richiesta della giunta regionale per monitorare il passaggio da Cav ad Estav relativamente ad alcuni aspetti della funzione acquisti. Questa analisi si è basata soprattutto sull'analisi dell'efficienza relativa alla funzione acquisti e sull'analisi delle economie conseguite attraverso un'indagine comparativa dei dati forniti dagli Estav e dalle aziende sanitarie su un campione di delibere aggiudicate nel 2005.¹³

Nel dicembre 2007, con il trasferimento di ulteriori funzioni all'Estav e su richiesta regionale, è stata avviata una prima sperimentazione della valutazione della performance in ottica multidimensionale.

La sperimentazione è stata focalizzata sull'analisi della funzione trasferita già da tempo e quindi considerata *a regime*, relativa all'attività contrattuale - funzione acquisti.

Il processo di adattamento del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie agli Estav ha riguardato:

– l'individuazione delle dimensioni da analizzare;

Figura 2

Le fasce di valutazione: i colori, i valori e il significato

4 - 5	VERDE	→ Performance OTTIMA (PUNTO DI FORZA)
3 - 4	VERDINO	→ Performance BUONA
2 - 3	GIALLO	→ Performance MEDIA
1 - 2	ARANCIO	→ Performance SCARSA
0 - 1	ROSSO	→ Performance MOLTO SCARSA (PUNTO DI DEBOLEZZA)

- l'individuazione e selezione degli indicatori;
- la raccolta ed elaborazione di dati provenienti da fonti aziendali o da indagini *ad hoc*;
- l'individuazione di standard di riferimento per la valutazione degli indicatori.

Le dimensioni individuate per la misurazione della performance degli Estav sono cinque:

1) *la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale*. Gli Estav sono nati per perseguire la scelta strategica regionale di centralizzazione di alcune funzioni di supporto delle aziende del sistema sanitario toscano. Diversi sono gli obiettivi esplicitati nel Psr e nelle delibere della Giunta che esplicitano quali siano gli obiettivi chiave che questi enti debbano perseguire. In questo senso è importante valutare la loro capacità di applicare le delibere regionali nei tempi e nei modi indicati.

2) *La valutazione dell'equilibrio e della sostenibilità economica*. Si tratta di verificare la capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico-finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale. In questa dimensione sono compresi anche indicatori tesi ad evidenziare e monitorare la sostenibilità economica attraverso strumenti che mettano in relazione le risorse disponibili con gli *output* prodotti.

3) *La valutazione dell'efficacia e dell'efficienza operativa*. In questa dimensione sono monitorati i risultati dell'attività degli Estav misurati in termini di efficacia ed efficienza operativa.

4) *La valutazione esterna*. In questa dimensione viene considerata la valutazione data ai servizi offerti dagli Estav da parte dei suoi utilizzatori ossia il *top* ed il *middle management* delle aziende sanitarie (dirigenti di struttura complessa).

5) *La valutazione interna*. In questa dimensione viene considerato il livello di soddisfazione del personale degli Estav. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati

(Sargiacomo 1998, 2002). Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati.

Rispetto al bersaglio delle aziende sanitarie non è presente la valutazione della salute della popolazione, in quanto gli Estav sono enti a supporto delle aziende sanitarie solo indirettamente responsabili di contribuire nel «produrre» salute. Al fine di agevolare il confronto su alcune tematiche comuni e sfruttare al meglio le sinergie relative all'apprendimento nell'utilizzo dello strumento gestionale, il *team* di ricerca ha mantenuto le sigle (lettere) del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie. Per questo motivo, venendo meno la prima dimensione designata dalla lettera A (la valutazione dello stato di salute della popolazione), alle restanti cinque dimensioni sono associate le lettere B-C-D-E-F come segue: la valutazione della capacità di perseguimento orientamenti regionali è rappresentata dalla lettera B; la valutazione esterna è rappresentata dalla lettera D; la valutazione dell'efficienza ed efficacia operativa è rappresentata dalla lettera C;¹⁴ la valutazione interna dalla lettera E e, infine, la valutazione dell'equilibrio e sostenibilità economica con la lettera F.

Per quanto riguarda l'individuazione e selezione degli indicatori, una iniziale raccolta di possibili indicatori è stata proposta nell'ambito della ricerca condotta nel 2005 dal laboratorio MeS. Successivamente, sulla base di segnalazioni da parte delle aziende e della Regione, l'elenco degli indicatori è stato arricchito e discusso con il management dell'Estav.

Gli indicatori che sono stati individuati si riferiscono sia a funzioni trasferite (acquisti e logistica) che a funzioni in corso di trasferimento. Prevalgono gli indicatori relativi alla funzione di approvvigionamento in quanto già a regime. La **tabella 2** riporta l'elenco degli indicatori individuati per il sistema di valutazione della performance degli Estav e, per ciascun indicatore individuato, il significato e la presenza o meno dell'indicatore fra gli obiettivi oggetto di incentivazione del direttore generale di cui al § 5.


Una peculiarità del sistema di valutazione della performance degli Estav riguarda la fonte dei dati connessa alle dimensioni di analisi. Per la dimensione E, la valutazione interna, come per le aziende sanitarie, gli indicatori si basano su indagini condotte con la metodologia CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) al personale degli Estav (comandato, dipendente e a contratto). L'in-

indagine sul clima organizzativo si basa su un riadattamento del questionario somministrato ai dipendenti delle aziende sanitarie ad alcuni contenuti informativi tipici dell'Estav.

La dimensione D, valutazione esterna, che nel caso del sistema delle aziende sanitarie si basa su questionari alla popolazione o agli utenti/pazienti dei servizi sanitari; per gli Estav è alimentata da indagini CAWI ai re-

Tabella 2

L'elenco degli indicatori e il loro significato nel sistema di valutazione della performance degli Estav

Codice indicatore	Indicatori e sottoindicatori	Bersaglio 2008	Obiettivo 2008	Significato
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)				
B1	Integrazione ed organizzazione del CUP di Area Vasta nei tempi previsti		<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica dell'attivazione di un software unico per area vasta e suo collaudo
B2	Trasferimento della funzione "procedure concorsuali per il reclutamento del personale" nei tempi previsti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica dell'attuazione del business plan sull'attivazione della funzione da trasferire
B3	Trasferimento della funzione "Pagamento delle competenze del personale" nei tempi previsti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica dell'attuazione del business plan sull'attivazione della funzione da trasferire
B4	Trasferimento della funzione "Logistica"	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica dell'attuazione del business plan sull'attivazione della funzione da trasferire
B5	Redazione listino prezzi per i beni in magazzino e prontuario per DM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica dell'attuazione del business plan sull'attivazione della funzione da trasferire
B6	Flusso informativo	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica della completezza nella compilazione e della tempestività dell'invio di flussi concordati con la Regione
VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA E DELL'EFFICACIA OPERATIVA (C)				
C1	Tempo medio di procedura per gli acquisti/servizi (solo per gare sotto soglia)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Proxy della tempestività di risposta alle richieste aziendali. Tempo intercorrente fra l'indizione e l'aggiudicazione medio per le gare sottosoglia
C2	% di intermediazione sugli acquisti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Percentuale di acquisti di beni delle aziende sanitarie dell'area vasta fatturati dall'estav
C3	Razionalizzazione rimanenze AV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Analisi e verifica della riduzione delle rimanenze in area vasta quale obiettivo di centralizzazione dei magazzini
C4	Numero magazzini 2008/Numero magazzini 2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica della riduzione del numero di magazzini attivi in area vasta a seguito della centralizzazione dei magazzini
C5	Spese in economia	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica della percentuale di spese effettuate in economia da parte delle aziende sul totale acquisti di beni e servizi in area vasta
C6	Pervasità dell'azione della funzione acquisti	<input checked="" type="checkbox"/>		Percentuale di nuovi contratti aggiudicati per una sola azienda
C7	Numero concorsi espletati dall'Estav/Numero concorsi espletati in Area Vasta			Percentuale di concorsi effettuati dall'estav sui concorsi effettuati dalle aziende dell'area vasta
C8	Pervasità dell'azione della funzione concorsi			Percentuale di nuovi concorsi espletati per una sola azienda
VALUTAZIONE ESTERNA (D)				
D1	Percezione della qualità dei servizi dell'Estav del top management delle aziende dell'AV 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Valutazione da parte del top management delle aziende sanitarie dell'impatto dell'introduzione dell'Estav sulle attività trasferite
D2	Percezione della qualità dei servizi dell'Estav del top management delle aziende dell'AV	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Valutazione da parte dei responsabili di struttura delle aziende sanitarie dell'impatto dell'introduzione dell'Estav sulle attività trasferite
VALUTAZIONE INTERNA (E)				
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima	<input checked="" type="checkbox"/>		Valutazione del grado di partecipazione dei dipendenti all'indagine di clima organizzativo
E2	Valutazione del top management	<input checked="" type="checkbox"/>		Valutazione dei dipendenti relativa alla direzione aziendale
E3	Condizioni di lavoro	<input checked="" type="checkbox"/>		Valutazione dei dipendenti relativa alle condizioni di lavoro
E4	La mia azienda	<input checked="" type="checkbox"/>		Valutazione dei dipendenti relativa alle capacità di miglioramento ed innovazione dell'azienda
E5	Comunicazione e informazione	<input checked="" type="checkbox"/>		Valutazione dei dipendenti relativa alla comunicazione ed informazione all'interno dell'azienda
E6	Turn over dipendenti			Valutazione indiretta del clima organizzativo all'interno dell'azienda
E7	Formazione	<input checked="" type="checkbox"/>		Valutazione dei dipendenti relativa alla formazione
E8	Tasso di assenza			Valutazione indiretta del clima organizzativo all'interno dell'azienda
VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO E SOSTENIBILITA' ECONOMICA (F)				
F1	Equilibrio Economico-finanziario	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica se l'azienda si trova in situazione di equilibrio economico secondo gli indici ricavabili dal bilancio
F2	Economie conseguite dall'Estav sul totale aggiudicato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Verifica dei minori costi derivanti dalla ricontrattazione da parte degli Estav rispetto ai prezzi dei precedenti contratti
F3	Incidenza costo logistica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Percentuale del costo della logistica sul fatturato dell'Estav
F4	Costo del personale per funzione in Area Vasta	<input checked="" type="checkbox"/>		Mantenimento o riduzione della percentuale del costo della logistica sui ricavi commerciali dell'Estav
F5	Produttività del personale (n.nuovi contratti/personale funzione acquisti)	<input checked="" type="checkbox"/>		Verifica della produttività del personale relativo alla funzione acquisti
F6	Equilibrio Economico Finanziario	<input checked="" type="checkbox"/>		Analisi dei tempi medi di pagamento dei fornitori come indicatore relativo alla gestione della liquidità e dell'incidenza del costo delle scelte di finanziamento

sponsabili di struttura delle aziende sanitarie e da interviste al *top management* relativamente alla qualità percepita del servizio: in questo caso, infatti, gli utenti sono le strutture organizzative stesse delle aziende sanitarie.

Per le dimensioni B e C, i dati e le informazioni sono fornite dagli stessi Estav. Per la dimensione C, relativa alla valutazione dell'efficacia ed efficienza operativa, è preferibile utilizzare flussi regionali sistematici perché espressione dell'attività *core* dell'azienda. La carenza di un flusso regionale sistematico «DOC»¹⁵ per le funzioni trasferite e da trasferire, infatti, anche per la funzione acquisti già attiva dal 2001, ha reso necessario una serie di verifiche e indagini di approfondimento per verificare la confrontabilità di alcuni indicatori e valori.

Per poter procedere al posizionamento delle misure relative agli indicatori individuati per ogni dimensione oggetto del sistema di valutazione nelle cinque fasce di valutazione sono stati presi in considerazione i criteri del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie di seguito riportati:

- se esistente, si è fatto ricorso alla normativa comunitaria o nazionale;
- in caso di assenza di uno standard internazionale o nazionale di riferimento, si è considerato uno standard di riferimento definito da un atto di indirizzo regionale o, in assenza anche di ciò, alla media regionale;
- nei casi in cui vi sia una valutazione esplicita (come ad esempio per la valutazione esterna o interna sulla percezione di qualità), la valutazione si è basata sulla media delle valutazioni espresse dai singoli soggetti/strutture;

Per quanto possibile, per gli Estav, dato il ristretto numero di soggetti posti a confronto, si è cercato di evitare il criterio della media regionale.

5.1. I risultati del sistema di valutazione della performance degli ESTAV

Nella **figura 3** si riporta la rappresentazione grafica di sintesi della performance di un Estav per gli indicatori disponibili nel 2008.

Di seguito si riportano alcuni esempi di indicatori del sistema di valutazione degli

Estav relativi alla dimensione dell'efficienza ed efficacia operativa.

Tempi medi di procedimento

Il tempo medio di procedimento è utilizzato come *proxy* della tempestività di risposta dell'Estav alle richieste aziendali. Non è stato possibile calcolare l'effettivo tempo di risposta alle richieste aziendali, in quanto non vengono ancora registrate in modo omogeneo e/o sistematico tali informazioni. L'indicatore è pertanto costruito come numero di giorni intercorsi fra la data di aggiudicazione e la data di indizione sul numero di atti soggetti ad indizione. In questo senso, l'indicatore è sicuramente sottostimato in quanto non viene rilevato il tempo intercorrente fra la data di richiesta e la data di indizione della gara. Sulla base dell'obiettivo e della deviazione standard sono state poi calcolate le fasce di valutazione. La **figura 4** riporta la valutazione dei tempi medi di procedimento nell'anno 2007 e 2008.

Il *trend* evidenzia che vi è stata una riduzione nei tempi medi di svolgimento delle procedure concorsuali. Il monitoraggio trimestrale di questo indicatore sembra, quindi, aver sortito gli effetti desiderati: una maggiore attenzione nei tempi di risposta alle richieste aziendali: tutti e tre gli Estav hanno ridotto di almeno 20 giorni la durata fra l'aggiudicazione e l'indizione.

Gli incontri trimestrali hanno anche evidenziato la necessità di modificare l'indicatore sostituendo la misura dei «tempi medi» con la «percentuale di raggiungimento degli standard di riferimento». Infatti, l'Estav Nord Ovest ha registrato, per i primi tre trimestri dei tempi medi di procedura per le gare sotto soglia sempre inferiori ai 90 giorni. Negli ultimi mesi del 2008, però, sono state aggiudicate poche gare la cui indizione risaliva all'anno 2007 che hanno determinato il superamento dello standard fissato a 90 giorni. Tale risultato, se considerato in media con i precedenti, rischiava di non rappresentare efficacemente lo sforzo realizzato nel corso dell'anno.

Pervasività dell'azione della funzione acquisti

Un altro indicatore della valutazione dell'efficacia ed efficienza operativa rela-

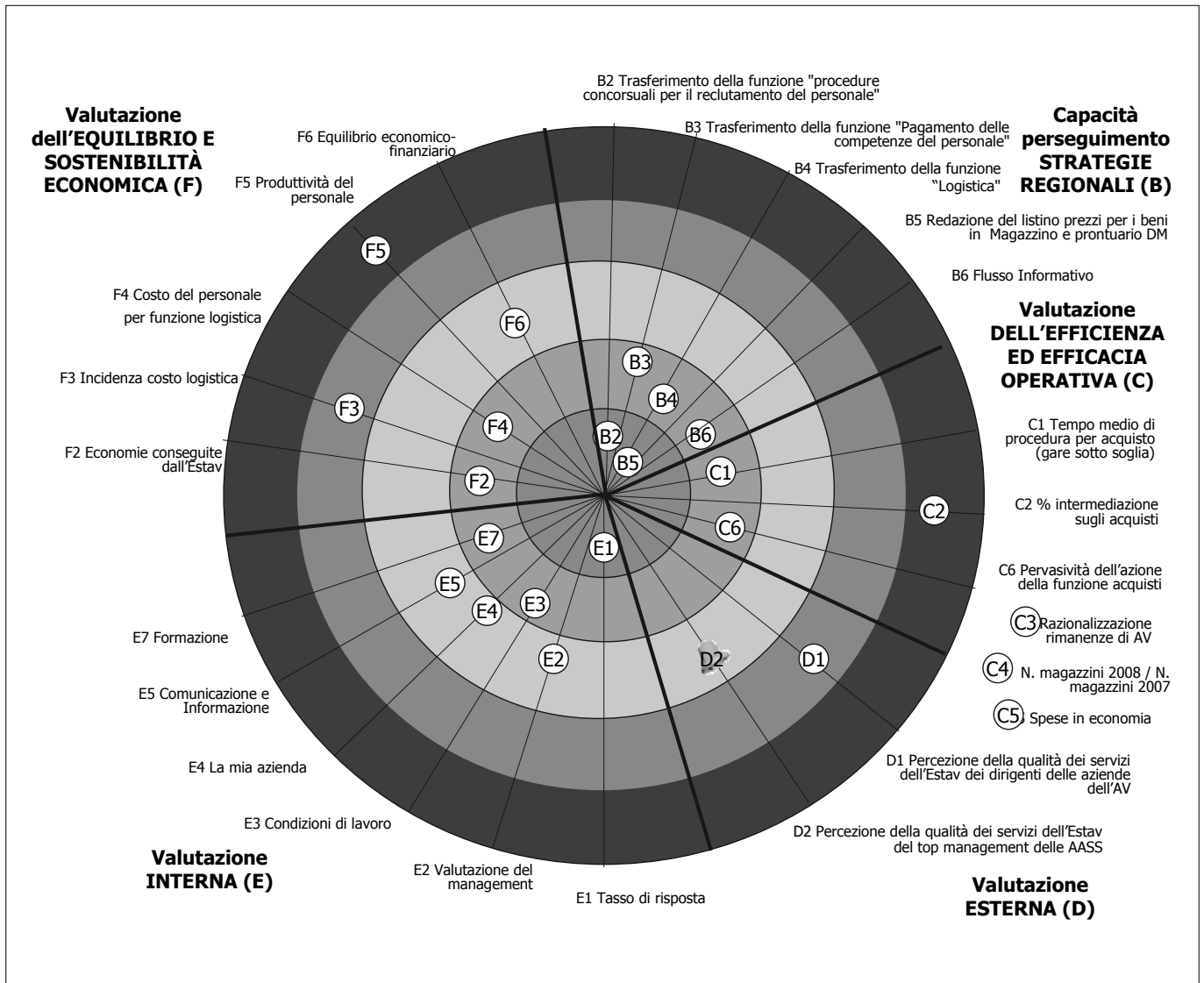


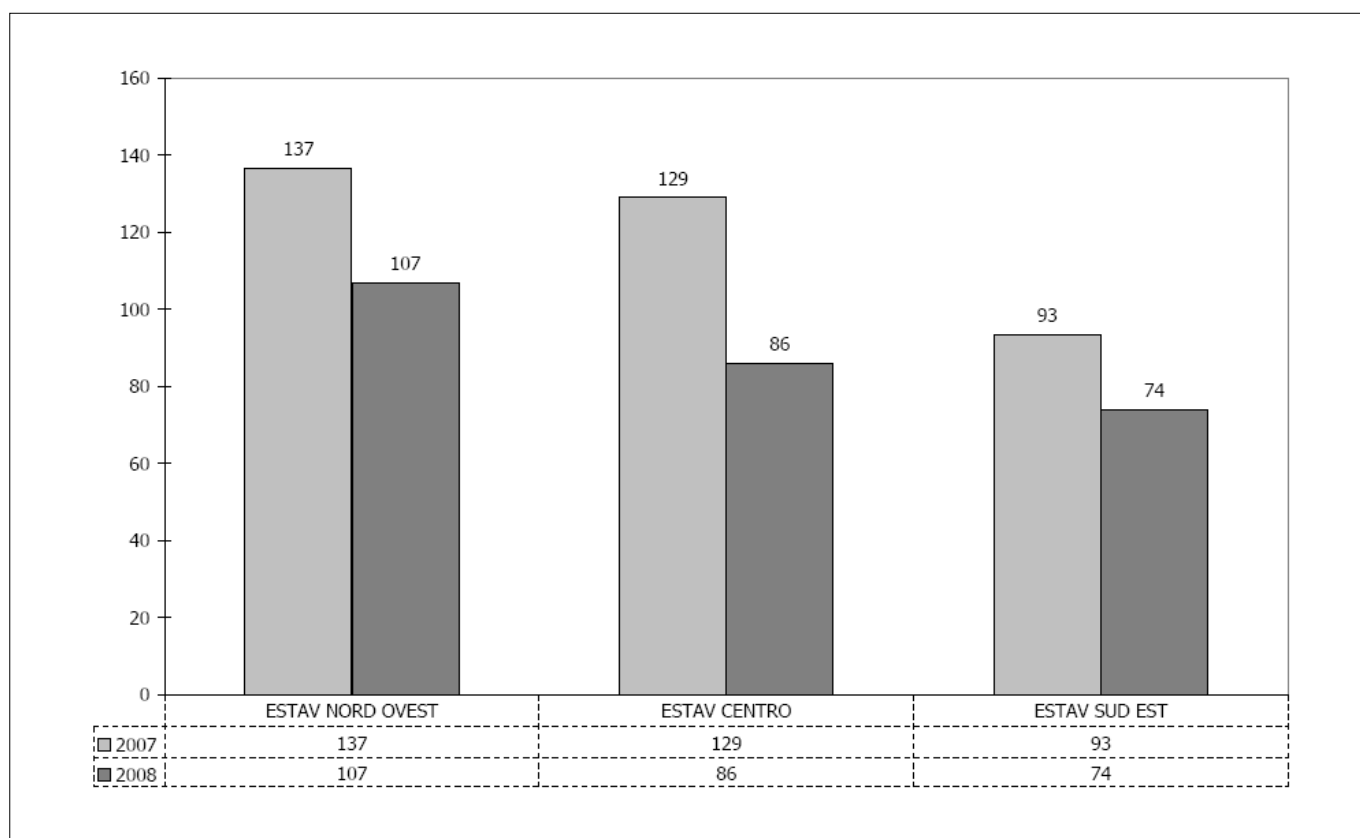
Figura 3
Bersaglio di un Estav.
Anno 2008

tiva alla funzione acquisti è la pervasività dell'azione della funzione acquisti, che misura quante deliberazioni effettuate dall'Estav riguardano più di un'azienda. La centralizzazione della funzione acquisti, infatti, dovrebbe portare ad un'unificazione delle strutture che effettuano le deliberazioni per tutte le aziende dell'Area vasta, ma anche un accorpamento delle deliberazioni con oggetti comuni.

L'indicatore è costruito come la percentuale di delibere (nuovi contratti, proroghe, rinnovi...) aggiudicati nell'anno per una sola azienda. Una percentuale pari al 100% è segno che non vi sono state aggiudicazioni

comuni a più aziende, mentre una percentuale bassa indica che l'Estav e le aziende sanitarie sono riuscite ad organizzare gare unificate.

Come mostra la **figura 5**, le percentuali di aggiudicazione di nuovi contratti per un'azienda sono in media dell'80%. Come per le aziende sanitarie, nel sistema di valutazione della performance degli Estav, sono presenti anche indicatori non oggetto di valutazione che forniscono informazioni di dettaglio per comprendere meglio le determinanti di alcuni risultati, oppure che aiutano a interpretare alcuni fenomeni. Ad esempio, la distribuzione dell'aggiudicato per ti-



pologie di atti mette in luce che vi sono, fra i tre Estav, modalità organizzative diverse: la più alta percentuale dell'Estav Sud Est può essere spiegata anche da un elevato ricorso alle adesioni, estensioni e integrazioni delle aziende a contratti già stipulati per una sola azienda, fenomeno che è più contenuto negli altri due Estav.

% di intermediazione sugli acquisti

Come dato sulla valutazione dell'efficacia ed efficienza della funzione logistica, a titolo di esempio, viene riportata la percentuale di intermediazione sugli acquisti. Questo indicatore esprime la percentuale di acquisti delle aziende sanitarie dell'area vasta che è stata fatturata dagli Estav.

Una percentuale di intermediazione sugli acquisti di beni delle aziende sanitarie pari al 100% indica che la totalità degli acquisti di beni è stata acquistata e poi fatturata dall'Estav alle aziende, configurandosi di fatto come unico fornitore dell'azienda.

La **figura 6** riporta le percentuali di intermediazione del 2007, anno in cui è stato avviato di fatto il trasferimento della funzione logistica, e del 2008. Le prime intermediazioni da parte degli Estav sono avvenute in tempi diversi e con modalità diverse, il che spiega la bassa percentuale e le differenze fra gli Estav. Con questo indicatore può essere monitorato il trasferimento della funzione logistica in termini quantitativi. Il collegamento con l'indicatore B4 presente nella dimensione della capacità di perseguire gli orientamenti regionali aiuta a leggere queste performance. Alla fine del 2007, l'Estav Sud Est è partita con un'intermediazione «verticale»: tutti i beni per una sola azienda; l'Estav Nord Ovest, all'opposto, ha scelto di partire con un'intermediazione «orizzontale»: una sola categoria merceologica (i farmaci) per tutte le aziende dell'area vasta; un tipo di intermediazione mista è stato scelto invece dall'Estav Centro: alcune categorie merceologiche per alcune aziende.

Figura 4
Tempi medi
di procedimento

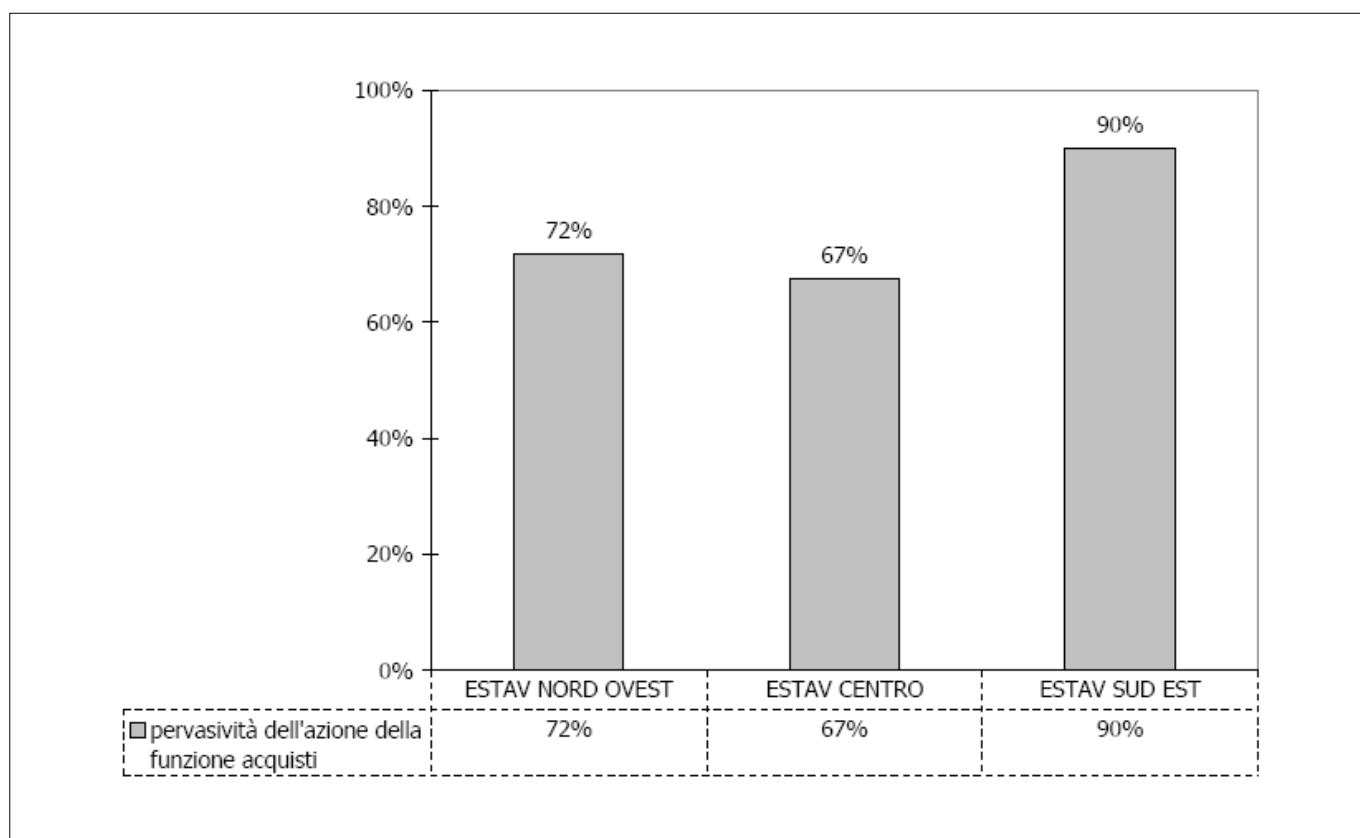


Figura 5
Pervasività della funzione acquisti per tutte le tipologie di atti (dati 2007)

Il trend 2007-2008 denota un aumento (atteso) degli acquisti di beni intermediati dagli Estav.

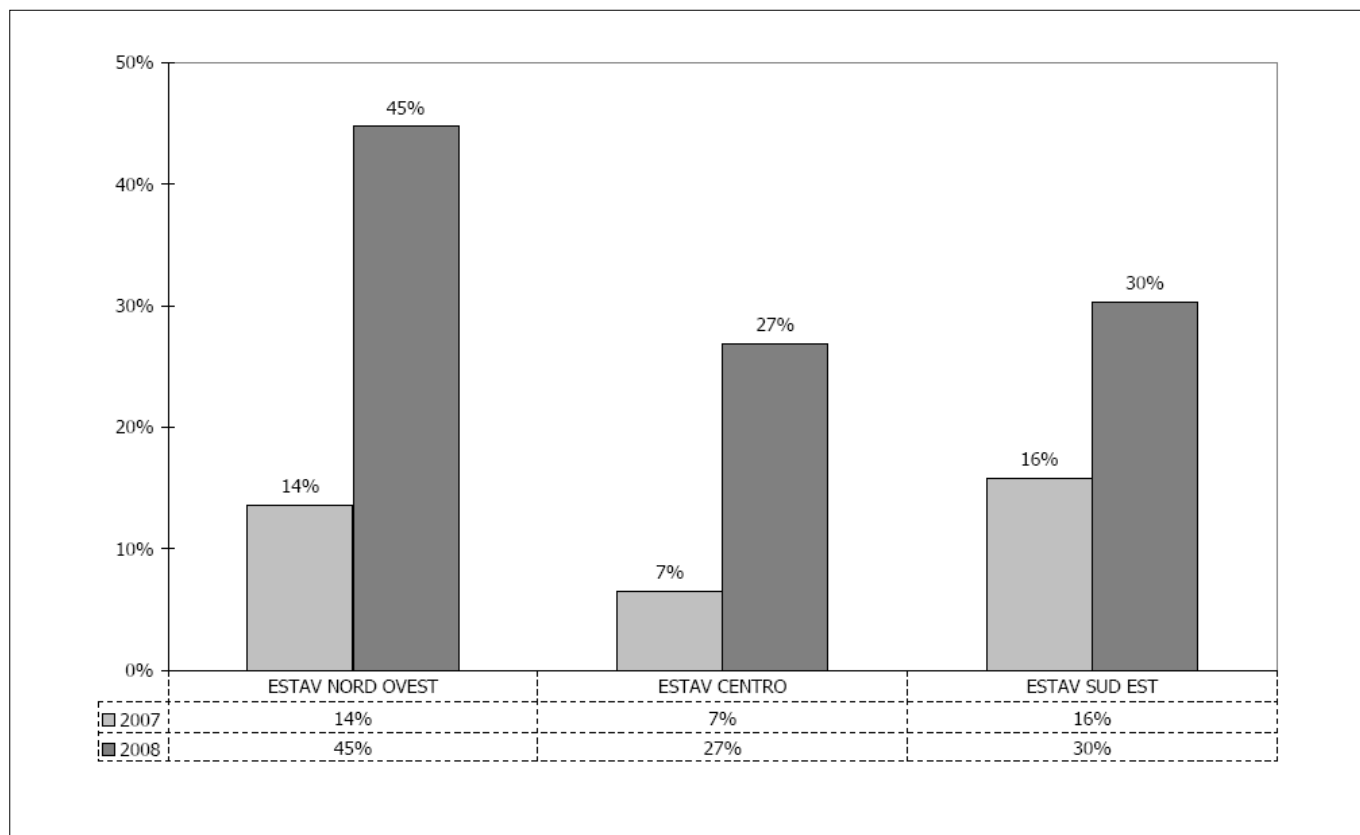
Sebbene l'obiettivo teorico sia il 100%, questo non sarà mai raggiunto in quanto esistono diversi beni che, per loro natura, non «transiteranno» mai dal magazzino dell'Estav, né saranno mai intermediati da questo ultimo come, ad esempio, gli acquisti dei beni del sociale. Un indicatore più appropriato dovrebbe considerare al denominatore solo il valore dei beni che possono effettivamente essere oggetto di intermediazione da parte degli Estav. Tuttavia, data la difficoltà di individuare con precisione l'entità di questi beni dai flussi CE o dai piani dei conti aziendali, si ritiene che la totalità dei beni acquistati dalle aziende sia, ad oggi, una buona *proxy* dei beni che dovrebbero essere intermediati dall'Estav.

6. Sistema integrato di incentivazione delle direzioni generali

Già alla fine degli anni '70 alcuni auto-

ri (Ouchi, 1979; Flamholtz, 1979) avevano evidenziato la necessità di collegare i diversi meccanismi operativi all'interno dell'azienda, con particolare riferimento all'integrazione tra il sistema premiante e il sistema di programmazione e controllo. Questa aiuta a modificare effettivamente i comportamenti individuali verso obiettivi di performance, viceversa la mancata integrazione può indebolire i sistemi di misurazione della performance, riducendoli a un insieme di informazioni di supporto agli altri strumenti di governo (Brunetti, 1999; Bergamaschi, 2000; Casati *et al.*, 1999).

In particolare, focalizzando l'attenzione sull'incentivazione dei direttori generali, per ottenere sistemi «maturi» è stata sottolineata la necessità, da un lato, di dare maggiore stabilità riducendo l'alternanza dei direttori generali e, dall'altro lato, di rafforzare gli strumenti gestionali della misurazione e controllo mediante anche la valutazione dei direttori generali (Del Vecchio, 2004). Il tema in Italia non è stato molto approfondito se non



da Sargiacomo (2001) e Del Vecchio e Barbieri (2001). Questo ultimo studio evidenzia posizioni differenti fra le Regioni anche se, fino alla data di pubblicazione, lo strumento di valutazione e incentivazione dei direttori generali era percepito prevalentemente come un adempimento formale piuttosto che un mezzo sostanziale di orientamento dei comportamenti.

Puntando su uno strumento di governo reale nelle mani della Regione per orientare il sistema sanitario, il sistema di valutazione della performance degli Estav è stato integrato con il sistema di incentivazione delle direzioni generali sia degli Estav che delle aziende sanitarie. La **tabella 3** riporta gli indicatori inseriti nella delibera 138 del 2008, successivamente integrati e modificati dalla delibera 623 del 2008 dei direttori generali degli Estav. Per una spiegazione degli indicatori si faccia riferimento alla figura 3.

Nel 2008 i Dg degli Estav e delle aziende hanno visto per la prima volta un collegamento incrociato dei premi incentivanti: i Dg del-

le aziende sanitarie sono valutati anche sulla performance raggiunta da alcuni indicatori degli Estav relativi alla valutazione della capacità di conseguire le strategie regionali (B) e alla valutazione dell'efficacia ed efficienza operativa (C), mentre i Dg degli Estav sono valutati anche sulla performance conseguita dalle aziende sugli obiettivi di Area vasta.

Questo intreccio di obiettivi è volto a stimolare, da un lato, i processi di corresponsabilità su alcune attività che richiedono la collaborazione di più istituzioni, dall'altro lato, a rafforzare il gioco di squadra e la cooperazione.

Relativamente alla corresponsabilità delle aziende sanitarie nel miglioramento della performance degli Estav, questa è evidente per quanto riguarda alcuni obiettivi come il trasferimento di alcune funzioni oggetto della delibera 317/2007. Altri obiettivi sono comunque collegati allo scambio di relazioni/informazioni «quotidiane» fra i professionisti delle aziende e degli Estav. La tempistica relativa all'espletamento di alcune procedure

Figura 6
% di intermediazione
sugli acquisti

Tabella 3

Elenco degli indicatori con i relativi pesi nella delibera 623 degli incentivi per il 2008

Efficienza economica	20%
Accordi di bilancio Regioni/Estav	20%
Obiettivi di area vasta	15%
Integrazione e organizzazione del Cup di Area Vasta nei tempi previsti	3%
Trasferimento della funzione «procedure concorsuali per il reclutamento del personale» nei tempi previsti	3%
Trasferimento della funzione «Pagamento delle competenze del personale» nei tempi previsti	3%
Conclusione fase di trasferimento della funzione «Logistica»	3%
Piano del trasferimento del personale dalle aziende all'Estav nelle varie funzioni trasferite e da trasferire	3%
Efficienza operativa	52%
Economie conseguite dall'Estav sul totale aggiudicato	8%
Redazione listino prezzi per i beni in magazzino e prontuario per DM	6%
Tempo di risposta per gli acquisti/servizi (solo per gare sotto soglia)	6%
% di intermediazione sugli acquisti	8%
Razionalizzazione rimanenze AV	6%
Incidenza costo logistica	6%
Tempi di pagamento fornitori	6%
Numero magazzini 2008/numero magazzini 2007	6%
Soddisfazione esterna	10%
Percezione della qualità dei servizi dell'Estav dei dirigenti delle aziende dell'Area vasta	5%
Percezione della qualità dei servizi dell'Estav del top management delle aziende dell'Area vasta	5%
Programmazione sanitaria di Area vasta	3%

di acquisto ne è un esempio: per alcuni beni, infatti, la tempistica per l'espletamento di gare congiunte fra più aziende dipende sia dall'efficienza dell'Estav nel raccogliere le richieste e avviare e concludere il procedimento per l'acquisto, sia dalla comunicazione corretta e tempestiva da parte delle aziende del quantitativo e delle caratteristiche dei beni da acquistare.

L'integrazione dei sistemi incentivanti con la valutazione della performance, sia per le aziende sanitarie che per gli Estav, gioca un ruolo importante in termini di supporto alla concertazione e programmazione sovrazionale.

7. Conclusioni

Grazie all'esperienza maturata negli ultimi anni nel settore della valutazione in Toscana, la novità della misurazione della performance degli Estav non ha incontrato particolari resistenze da parte del management e

dei professionisti che, invece, hanno accolto l'estensione del sistema di valutazione della performance agli Estav come un'occasione di scambio di informazioni strutturate e trasparenti con la Regione e le altre aziende.

Nella costruzione del sistema di valutazione della performance degli Estav, la fase più complessa è stata quella dell'omogeneizzazione dei dati. La mancanza di un flusso Doc in Regione da parte degli Estav ha reso la raccolta e omogeneizzazione dei dati contrattuali la fase più lunga del processo di misurazione della performance degli Estav. La necessità da parte del *team* di ricerca di integrare le informazioni già a disposizione degli Estav su alcuni aspetti, ha richiesto l'apertura di tutte le delibere di aggiudicazione degli anni di interesse (per una media di circa 2000 atti ad anno) per la verifica/aggiunta delle informazioni mancanti.

I processi di condivisione e interpretazione degli indicatori con i dirigenti degli Estav hanno portato alla definizione preliminare e

condivisa delle informazioni (dal numero e tipo di informazioni alla definizione di classificazioni di atti e settori merceologici comuni) che questi devono registrare nei loro sistemi informativi per il controllo e il monitoraggio periodico dell'attività contrattuale.

I primi anni di lavoro (2006, 2007 e 2008) hanno portato, quindi, all'individuazione di alcuni flussi dati da monitorare periodicamente e l'individuazione di un «linguaggio» comune (ad esempio, quante e quali categorie merceologiche considerare). Uno degli obiettivi del sistema di valutazione della performance degli Estav è anche quello di «semplificare» le richieste di dati fra Regione ed Estav attraverso l'individuazione di flussi dati da inviare con tempistiche stabilite. La continua richiesta di informazioni «spot» di dati aggregati ha portato, e ancora porta, infatti, a un notevole appesantimento della gestione dei rapporti fra Regione ed Estav, rischiando inoltre di avere delle comunicazioni difformi dovute all'applicazione di criteri differenti nell'aggregazione delle informazioni. Laddove l'attività è stata monitorata si è registrato un miglioramento della performance come, ad esempio, la riduzione dei tempi medi di procedura delle gare.

Il sistema di valutazione della performance degli Estav è ancora in fase di sperimentazione, infatti, diversi sono gli ambiti di miglioramento come, ad esempio, il monitoraggio sistematico delle attività relative alle altre funzioni trasferite (es. concorsi e stipendi), oppure indicatori che vadano più in profondità sulla funzione logistica, o rilevazioni più dettagliate sui tempi di risposta alle richieste aziendali prendendo in considerazione non soltanto i tempi di risposta complessivi ma anche quelli intercorrenti fra le fasi intermedie.

La possibilità di leggere a confronto la performance ottenuta di un Estav da parte degli altri due Estav fornisce informazioni utili per la guida dell'azienda e lo stimolo al miglioramento e all'apprendimento di buone pratiche; dall'altro lato, diventa anche uno strumento trasparente di dialogo con le altre aziende del sistema, coinvolte anch'esse nel raggiungimento degli obiettivi comuni.

Pubblicare i risultati, far emergere le differenze, discutere le determinanti dei dati ai vari livelli del sistema ha permesso di evidenziare che, in molti degli ambiti indagati,

le aziende, sia sanitarie sia gli Estav, avevano spazi di miglioramento. Queste evidenze hanno permesso di abbattere gli *alibi*, eliminare il termine *impossibile* e costruire la nuova cultura del *possibile*. Il confronto è diventato un vero e proprio metodo di lavoro che ha permesso non solo di individuare per ciascuna azienda le aree di intervento, ma anche la strada per massimizzare il valore prodotto per il cittadino a livello regionale.

Note

1. Per confrontare i significati dati al termine *governance* nei vari contesti si veda «i significati di *governance*» a cura del Formstat e Linea dello *staff* Linea Osservatorio Progetto Governance <http://www.pubblicamente.it/allegati/Significati%20di%20GOVERNANCE.pdf>.
2. Per la descrizione del sistema si prenda in considerazione Nuti (2008a) per la consultazione dei dati e della performance delle aziende sanitarie toscane si prenda in considerazione Report 2006 e Report 2007 (Nuti 2007) e il sito: <http://valutazioneisanitatoscana.sssup.it>.
3. Per una rassegna delle esperienze regionali in Italia sulla centralizzazione della funzione acquisti si veda Macinati (2007).
4. Ausl 1 di Massa Carrara, Ausl 2 di Lucca, Ausl 12 di Viareggio, Ausl 5 di Pisa, Ausl 6 di Livorno e l'Aousp.
5. Ausl 3 di Pistoia, Ausl 4 di Prato, Ausl 11 di Empoli, Ausl 10 di Firenze e le Aziende ospedaliero-universitarie di Careggi e Meyer.
6. Ausl 7 di Siena, Ausl 9 di Grosseto, Ausl 8 di Arezzo e l'Aousp.
7. Gli autori riassumono in questo motto tutti i consigli forniti per i dieci rischi che hanno individuato essere connessi all'*outsourcing* dei servizi clinici (Guy, Hill, 2007).
8. In questa direzione le Aree vaste, infatti, hanno sviluppato diversi strumenti a supporto delle decisioni sovraziendali come il bilancio consolidato di area vasta (Cinquini, Pescini, 2005).
9. L'*American Productivity and Quality Center* (Watson 1993) lo definisce nel seguente modo: «(...) benchmarking is a systematic and continuous measurement process: a process of continuously measuring and comparing an organization's business processes against business process leaders anywhere in the world to gain information which will help the organization to improve its performance».
10. Molto spesso questa funzione viene svolta da agenzie esterne quali le Università o gli enti di ricerca che, in questo modo, oltre che fornire un servizio, si riservano un campo privilegiato su cui costruire la conoscenza e l'apprendimento sull'evoluzione dei processi di miglioramento in atto nelle imprese.
11. Nel Psr 2008-2010, infatti, al § 8.3 si esplicita come uno dei prossimi obiettivi quello di puntare su strumenti di controllo per «consolidare infine la dimensione sistemica e cooperativa, diventa sempre

- più decisivo affinare gli strumenti di controllo di gestione che rendano visibili, misurabili e confrontabili i vantaggi e i risparmi realizzati grazie agli ESTAV per il Sistema Sanitario Regionale». Sempre nel Psr 2008-2010 emerge chiaramente al paragrafo dedicato all'Estav, § 8.3 all'interno della sezione de «gli strumenti di governo e di gestione», che è necessario uno strumento che si basi su standard sugli acquisti, che utilizzi la tecnica del confronto per far emergere le *best practice* e che sia di tipo multidimensionale, viene, infatti, citata la prospettiva di soddisfazione del cliente.
12. Il sistema di valutazione infatti sarà adottato nel 2009 anche dalle Regioni Liguria, Umbria e Piemonte.
 13. I risultati dell'indagine «La valutazione della performance degli Estav in Toscana - Anno 2005», a cura di Sabina Nuti, Cinzia Panero e Carmen Calabrese, sono stati riportati alle direzioni degli Estav e dirigenti della Regione.
 14. Nel caso delle aziende sanitarie, la dimensione C che guarda all'efficacia ed efficienza operativa prende il nome di valutazione socio-sanitaria per mettere in

evidenza l'attività caratteristica delle aziende sanitarie all'interno della dimensione.

15. In Regione Toscana sono presenti 29 flussi Doc. La sigla «DOC» garantisce che i flussi inviati in Regione da parte delle aziende rispettino tutta una serie di requisiti di attendibilità e compilazione preventivamente condivisi con le aziende sanitarie. Ciascun flusso è dotato di un manuale che indica in dettaglio il significato, i codici da utilizzare, i valori che ciascun campo può assumere e così via.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la disponibilità e collaborazione, i direttori generali e amministrativi, nonché i dirigenti degli ESTAV, i coordinatori di Area Vasta, i dirigenti regionali fra cui la dott.ssa Cecilia Chiarugi e la dott.ssa Carla Donati, il prof. Niccolò Persiani che ha collaborato all'identificazione degli indicatori e al processo di valutazione, e il revisore per i suggerimenti. Inoltre, si ringraziano tutti i ricercatori del Laboratorio MeS che hanno contribuito alla ricerca e in particolare il dott. Domenico Cerasuolo, la dott.ssa Maria Giulia Sinigaglia e la dott.ssa Stefania Pizzini

B I B L I O G R A F I A

- ANCONA A. (2008), «Introduzione», in *I sistemi di valutazione dei servizi sanitari*, Quaderni di Monitor, I suppl. al n. 20.
- BANCHIERI G. (a cura di) (2005), *Confronti. Pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana*, Italprommo Esis Publishing, Roma.
- BARRETTA A. (2004), *L'unità nella diversità. «La dimensione sovraziendale» del controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Cedam, Padova.
- BARRETTA A., BUSCO C. (2004), «Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e controllo nella creazione di una "cultura d'area vasta"», *Azienda Pubblica*, 4, pp. 71-92
- BERGAMASCHI M. (2000), «Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle aziende sanitarie», in G. Casati (a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- BONI S. (a cura di) (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez, n. 57.
- BORGONOV E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRUNETTI G. (1999), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, Milano.
- BULLIVANT J.R.N. (1994), *Benchmarking for Continuous Improvement in the Public Sector*, Longman, UK.
- CAMP R.C. (1989), *Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance*, Quality Resources', New York.
- CASATI G., NICOLAI M., FRANCESCONI A., WEBBER A., ZIGRINO F. (1999), «L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'A.P.S.S. trentina», *Mecosan*, 32.
- CENSIS (2008), *I modelli decisionali nella sanità locale - rapporto finale*, Censis, Roma.
- CINQUINI L., FREY M., NUTI S. (2008), «Governance e misurazione delle performance dei sistemi sanitari: il caso della Regione Toscana», paper presentato al XXXI Convegno AIDEA Corporate Governance: governo, controllo e struttura finanziaria, Napoli, 16-17 Ottobre.
- CINQUINI L., PESCHINI L. (2005) «Il reporting consolidato di Area Vasta nell'esperienza della Regione Toscana», *Mecosan*, 56.
- DEL VECCHIO M., BARBIERI M. (2001), «I processi di valutazione dei Direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», *Mecosan*, 38.
- DEL VECCHIO M. (2004), «Orizzonti temporale e management: i direttori generali nelle aziende sanitarie pubbliche», *Economia e management*, 5.
- FERRI P. (1997), «Il benchmarking nella sanità pubblica: alcune possibili applicazioni ed i conseguenti riflessi organizzativi e gestionali», *Mecosan*, 22.
- FLAMHOLTZ E.G. (1979), «Organizational Control Systems as a Managerial Tool», *California Management Review*, Vol. 22(2), pp. 50-59.
- GUY R.A. JR, HILL J.R. (2007), «10 outsourcing myths that raise your risk», *Healthcare Financial Management*, Vol. 61 (6), pp. 66-72.
- HÅKANSSON H., LIND J. (2004), «Accounting and network coordination», *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, pp. 51-72.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.

- MACINATI M.S. (2007), «L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- MC NAIR C.J., LEIFRIED K.H.J. (1992), *Benchmarking: a tool for continuous improvement*. John Wiley & sons, New York, USA.
- NUTI S. (2005), «Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane», in S. Baraldi (a cura di), *Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- NUTI S. (a cura di) (2007), *Report 2006 - Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana*, Edizioni ETS.
- NUTI S. (a cura di) (2008b), *Report 2007. Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana*, Edizioni ETS.
- NUTI S. (a cura di) (2008a), *La valutazione della performance in sanità*, Il Mulino, Bologna.
- NUTI S., BARSANTI S. (2009), «L'integrazione socio-sanitaria: strumenti per la programmazione e la valutazione delle zone-distretto del sistema sanitario toscano», in A.D. Barretta (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna.
- OUCHI W.G. (1979), «A conceptual framework for the design of Organizational Control Mechanism», *Science*, Vol. 25(9).
- SARGIACOMO M. (1998), «L'approccio metodologico di un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale in un'Azienda Usl», *Mecosan*, 26.
- SARGIACOMO M. (2001), «La misurazione dell'impegno lavorativo dei Direttori generali delle Aziende Usl», *Mecosan*, 40.
- SARGIACOMO M. (2002) «Benchmarking in Italy: the first case study on personnel motivation and satisfaction in a Health Business», *Total Quality Management*, 4.
- WATSON G.H. (1993), *Strategic benchmarking: how to rate your company's performance against the world's best*, John Wiley & Sons, New York.

Normativa

- Delibera Consiglio Regione Toscana 144/2002
Legge regionale Toscana 40/2005
Delibera Giunta Regione Toscana 1021/2005
Delibera Giunta Regione Toscana 617/2006
Delibera Giunta Regione Toscana 317/2007
Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, 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 delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

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

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

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

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Antonio D. Barretta (a cura di)

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA. RICERCA SCIENTIFICA ED ESPERIENZE OPERATIVE A CONFRONTO

IL MULINO, BOLOGNA, 2009, PP. 352, € 25,00 - ISBN 9788815131867

Questo volume intende offrire al lettore, sia esso impegnato concretamente nell'ambito socio-sanitario o studioso di problematiche inerenti l'integrazione socio-sanitaria, la possibilità di approfondire gli esiti cui sono giunte alcune recenti ricerche, i risultati conseguiti e le difficoltà incontrate nel corso di una serie di esperienze operative. I contributi qui raccolti sono suddivisi in due diverse sezioni. La prima raccoglie gli esiti delle ricerche scientifiche sull'integrazione socio-sanitaria realizzate da economisti aziendali provenienti da vari atenei italiani. Nella seconda, grazie ai contributi di autori che hanno concretamente seguito lo sviluppo di alcune esperienze di integrazione socio-sanitaria, sono presentate iniziative anche molto differenti fra loro, il cui resoconto vuole mettere in evidenza i risultati e le criticità dei percorsi intrapresi.

INDICE PARTE PRIMA: RISULTATI DELLA RICERCA SCIENTIFICA – FATTORI CHE POSSONO IMPATTARE SULLE RELAZIONI INTERORGANIZZATIVE IN AMBITO SOCIO-SANITARIO, DI ANTONIO D. BARRETTA – L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE E LA VALUTAZIONE DELLE ZONE-DISTRETTO DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO, DI SABINA NUTI E SARA BARSANTI – POLITICHE E STRATEGIE REGIONALI: UN'INDAGINE EMPIRICA, DI DENITA CEPIKU E MARCO MENEGUZZO – L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA DELLA REGIONE SARDEGNA: MODELLO TEORICO ED EVIDENZE EMPIRICHE, DI LUCIA GIOVANELLI – LOGICHE E STRUMENTI AZIENDALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, DI FRANCESCO LONGO – L'ESPERIENZA DEI PIANI ATTUATIVI TERRITORIALI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: UN'ANALISI COMPARATA, DI EMIDIA VAGNONI, MONIA CASTELLINI E LAURA MARAN – IL RUOLO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA IN TOSCANA, DI PASQUALE RUGGIERO, PATRIZIO MONFARDINI E ANJIA GEPPONI – PARTE SECONDA: ESPERIENZE OPERATIVE – INNOVAZIONI NEL SISTEMA DI WELFARE IN ALTO ADIGE, DI JOSEF BERNHARDT E SARA BOSCOLO – ASPETTI ISTITUZIONALI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: L'ESPERIENZA GROSSETANA QUALE CONTRIBUTO PER UN APPROCCIO CONSAPEVOLE ALLE NUOVE COMPETENZE E RESPONSABILITÀ DELLE AUTONOMIE LOCALI, DI FABRIZIO BOLDRINI – RUOLO DELLA PROGRAMMAZIONE NELLE RELAZIONI INTERORGANIZZATIVE TRA SOCIETÀ DELLA SALUTE, AZIENDA USL ED ENTI LOCALI, DI MAURO MACCARI E MICHELANGELO CAIOLFA – LA COSTRUZIONE DEL BUDGET INTEGRATO DELLA ZONA-DISTRETTO. UN'ESPERIENZA DI RICOMPOSIZIONE DEGLI OBIETTIVI E DELLA DOTAZIONE ECONOMICA DEL TERRITORIO, DI ENRICA PIETRA CAPRINA – FAVORIRE CORRETTI STILI DI VITA PER RITARDARE LA DISABILITÀ: UN MODELLO DI INTERVENTO INTEGRATO NELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DI EMPOLI, DI NEDO MENNUTI E FRANCESCO BENVENUTI – OPPORTUNITÀ E FATICHE NEI SERVIZI DI ACCOGLIENZA DEGLI ANZIANI, DI ANTONIO MAZZAROTTO – IL PIANO SOCIALE E SANITARIO 2008-2020 IN EMILIA-ROMAGNA: LA SFIDA DELL'INTEGRAZIONE, DI ANNA ROSETTI

Carlo Bottari

TUTELA DELLA SALUTE ED ORGANIZZAZIONE SANITARIA

GIAPPICHELLI, TORINO, 2009, PP. X-198, € 18,00 - ISBN 9788834893845

Il volume intende affrontare le tematiche di maggiore attualità relative all'attuazione del diritto alla tutela della salute e alla conseguente organizzazione del servizio sanitario nazionale. Partendo da una approfondita analisi della nascita e dell'evoluzione dell'organizzazione sanitaria nazionale, l'indagine è rivolta a un puntuale confronto tra la normativa di

settore e la giurisprudenza tanto comunitaria quanto nazionale, con particolare riguardo ai continui e recenti interventi, soprattutto, della nostra Corte Costituzionale. Opportuno risalto viene attribuito al sistema di ripartizione delle competenze in materia e alla organizzazione del sistema delle prestazioni, analizzando i più recenti interventi, soprattutto di carattere dottrinale, concernenti i livelli essenziali di assistenza. Altro tema sempre di grande attualità e interesse è costituito dal rapporto del servizio sanitario nazionale ed enti preposti alla ricerca e alla formazione; fra questi ampio spazio è dedicato al sistema dei rapporti con le università e alle innovazioni di carattere normativo concernenti il personale medico docente universitario. Anche le professioni sanitarie non mediche meritano significativa attenzione con riferimento ad alcune particolari problematiche. Il volume si chiude con un capitolo di stretto carattere innovativo relativo alla responsabilità medica e alla gestione del rischio clinico, oggetto di sempre più frequenti interventi giurisprudenziali.

INDICE INTRODUZIONE. — I. NASCITA ED EVOLUZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA NAZIONALE — II. IL DIRITTO «FONDAMENTALE» ALLA TUTELA DELLA SALUTE — III. RIFORMA SANITARIA E GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE — IV. LA RIPARTIZIONE DELLE COMPETENZE IN MATERIA — V. IL SISTEMA DELLE PRESTAZIONI: IL MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE — VI. PROFILI ISTITUZIONALI IN RIFERIMENTO ALLA RICERCA ED ALLA FORMAZIONE — VII. LA DISCIPLINA DELLE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE — VIII. RESPONSABILITÀ MEDICA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO — BIBLIOGRAFIA

Nicola Falcitelli, Gian Franco Gensini, Marco Trabucchi

**1978-2008: TRENT'ANNI DI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
E DI FONDAZIONE SMITH KLINE**

IL MULINO, BOLOGNA, 2008, 608, € 47,00 - ISBN 9788815127228

L'attuale sistema sanitario italiano è regolato essenzialmente da tre provvedimenti rilevanti, tanto che si definiscono comunemente come tre riforme: l'istituzione del Ssn (con la legge 23 dicembre 1978, n. 833), la riforma bis che ha provveduto al «Riordino della disciplina in materia sanitaria» (con la legge 23 ottobre 1992, n. 421 con i decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517) e la riforma ter che ha dettato «Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale» (con la legge 30 novembre 1998, n. 419 con il relativo decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229). Nel testo si illustrano, sia pure sinteticamente, gli sviluppi verificatisi nei vari settori dell'assistenza sanitaria a seguito dell'attuazione delle indicazioni legislative citate, nonché i risultati di salute ottenuti nel corso dei primi trent'anni del Ssn. Si documentano inoltre le numerose iniziative intraprese dalla Fondazione Smith Kline che ha promosso il Volume e che ha celebrato nel 2008 i primi trent'anni della propria attività.

INDICE I. INTRODUZIONE, DI NICOLA FALCITELLI - II. CORSI, RICORSI E PROSPETTIVE DELLA SANITÀ PUBBLICA, DI GIOVANNI BERLINGUER - III. LO SCENARIO DEMOGRAFICO DOPO TRENT'ANNI, DI GIAN CARLO BLANGIARDO - IV. LO SCENARIO EPIDEMIOLOGICO DOPO TRENT'ANNI, DI GIUSEPPE COSTA, SILVIA BELLINI E SIMONA GHIGO - V. DALLA LEGGE 180 ALLE LINEE DI INDIRIZZO PER LA SALUTE MENTALE, DI CARMINE MUNIZZA - PARTE PRIMA: LA PREVENZIONE - VI. TRENT'ANNI DI PREVENZIONE, DI WALTER RICCIARDI - VII. LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO, DI MICHELA CRIPPA E LORENZO ALESSIO - VIII. TRENT'ANNI DI CURE PALLIATIVE E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, DI GIANLORENZO SCACCABAROZZI E FURIO ZUCCO - PARTE SECONDA: LA MEDICINA DEL TERRITORIO - IX. COM'È CAMBIATA LA MEDICINA DI FAMIGLIA, DI GIACOMO MILILLO, ANTONIO PANTI E MARIA CONCETTA MAZZEO - X. TRENT'ANNI DI RICERCA, INFORMAZIONE ED UTILIZZO DEL FARMACO IN ITALIA, DI GIUSEPPE RECCHIA E PAOLO RIZZINI - XI. L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, DI MARINA CERBO E GIOVANNA DE GIACOMI - PARTE TERZA: L'OSPEDALE - XII. TRENT'ANNI DI EVOLUZIONE DELLA CULTURA DELL'OSPEDALE. DALL'HOSPITALITAS A LUOGO DI CURA, DI CESARE CATANANTI - XIII. L'OSPEDALE IN RETE CON IL TERRITORIO (DAY HOSPITAL, DAY SURGERY), DI PAOLO CAVAGNARO - XIV. L'OSPEDALE DI RIABILITAZIONE, DI ENRICO BRIZIOLI - PARTE QUARTA: LA RICERCA - XV. TRENT'ANNI DI RICERCA BIOLOGICA, DI STEFANO GOVONI - XVI. TRENT'ANNI DI RICERCA CLINICA IN ITALIA: UN'EVOLUZIONE LINEARE?, DI GIAN FRANCO GENSINI E MARCO TRABUCCHI - XVII. TRENT'ANNI DI RICERCA SANITARIA, DI ALESSANDRO LIBERATI - PARTE QUINTA: L'ECONOMIA E LA FORMAZIONE - XVIII. EVOLUZIONE E PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELL'ECONOMIA PER LA SALUTE, DI FRANCESCA VANARA - XIX. TRENT'ANNI DI STORIA DELLE AZIENDE DEL SSN: QUALI COERENZE TRA EVOLUZIONE DELLE MISSIONI E SVILUPPO DEGLI STRUMENTI DI GOVERNO?, DI EUGENIO ANESSI PESSINA E FRANCESCO LONGO - XX. TRENT'ANNI DI FORMAZIONE, DI LUCIANO VETTORE E GIOVANNI RENGA - IL GOVERNO DEL SISTEMA, DI FRANCESCO TARONI - I TRENT'ANNI DI STORIA DELLA FONDAZIONE SMITH KLINE, DI MAURIZIO BASSI, PAOLO RIZZINI E GIAN FRANCO GENSINI

Niccolò Persiani

**PRINCIPI CONTABILI E DI CONTROLLO INTERNO
PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 207, € 21,00 - ISBN 9788856800678

Il percorso di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, l'introduzione della contabilità economica nelle Aziende sanitarie e ospedaliere e l'elaborazione di un complesso sistema di rendicontazione dei risultati economici dalle Regioni allo Stato hanno dimostrato, alla prova dei fatti, di non poter ancora garantire un appropriato monitoraggio della spesa sanitaria. E questo perché, sul territorio nazionale, assistiamo a regole contabili definite a livello regionale in maniera non omogenea, a sistemi di controllo interno alle aziende non adeguatamente strutturati o formalizzati, ma, soprattutto, perché mancano principi contabili e di controllo in base ai quali operare. Il testo si propone di approfondire la tematica dell'introduzione di standard contabili e di controllo interno nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, nella convinzione che si tratti del passaggio necessario per strutturare un corretto sistema di rendicontazione e controllo della spesa sanitaria. Si affrontano i molteplici aspetti, formali e sostanziali, del bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale e della rendicontazione della spesa sanitaria, richiamando quella cultura del controllo contabile inteso sia come verifica interna dei dati, sia come verifica esterna dei bilanci, attraverso la presentazione delle esperienze condotte in alcune Regioni.

INDICE PREFAZIONE, DI NICCOLÒ PERSIANI – CAPITOLO I. IL SISTEMA DI RENDICONTAZIONE CONTABILE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – 1.1. INTRODUZIONE – 1.2. LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – 1.3. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – 1.4. L'ACCORDO STATO-REGIONI DELL'8 AGOSTO 2001 ED IL NUOVO SISTEMA DI RENDICONTAZIONE NAZIONALE – 1.5. IL SISTEMA CONTABILE DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE – CAPITOLO II. I PRINCIPI CONTABILI PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE – 2.1. INTRODUZIONE – 2.2. IL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE – 2.3. IL CICLO INVESTIMENTI/FINANZIAMENTI: LA STERILIZZAZIONE – 2.4. IL BILANCIO IN SEDE DI PRIMA COSTITUZIONE – 2.5. I PRINCIPI CONTABILI DI RIFERIMENTO – CAPITOLO III. L'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA E DELLA REGIONE UMBRIA – 3.1. INTRODUZIONE – 3.2. IL PROGETTO DELLA REGIONE TOSCANA SUI PRINCIPI CONTABILI E SUI PRINCIPI DEL CONTROLLO INTERNO CONTABILE – 3.3. I PRINCIPI CONTABILI REGIONALI – 3.4. LE NORME DI ADEGUAMENTO AI NUOVI PRINCIPI CONTABILI – 3.5. DAI PRINCIPI REGIONALI AI PRINCIPI CONTABILI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE UMBRIA – 3.6. VERSO LA REVISIONE CONTABILE DI BILANCIO – CAPITOLO 4. I PRINCIPI CONTABILI DELLA REGIONE TOSCANA E DELLA REGIONE UMBRIA – 4.1. INTRODUZIONE – 4.2. L'ATTIVO IMMOBILIZZATO – 4.3. LE RIMANENZE – 4.4. I CREDITI – 4.5. IL PATRIMONIO NETTO – 4.6. I FONDI PER RISCHI ED ONERI – 4.7. I DEBITI – CAPITOLO V. I PRINCIPI DEL CONTROLLO INTERNO PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE, DI FABRIZIO ROSSI - 5.1. INTRODUZIONE – 5.2. IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI – 5.3. IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI AMMINISTRATIVO-CONTABILI: ASPETTI METODOLOGICI DI ANALISI – 5.4. IL CICLO «PATRIMONIO» – 5.5. IL CICLO «MAGAZZINO» – 5.6. IL CICLO «ATTIVO» – 5.6. IL CICLO «PASSIVO»

Sabina Nuti (a cura di)

LA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ

IL MULINO, BOLOGNA, 2008, PP. 772, € 52,00 - ISBN 9788815124272

Garantire la qualità, la copertura universale e l'equità dei servizi sanitari, oltre alla sostenibilità economica del sistema, è una delle sfide più difficili per le amministrazioni regionali. In un simile contesto, poter contare su criteri di misurazione dei risultati ottenuti diventa un fondamentale strumento di governance. Prima fra tutte in Italia, la Regione Toscana ha progettato e implementato un sistema di valutazione della performance per le aziende sanitarie e ospedaliere-universitarie regionali: un sistema in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo, e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato, al fine di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Oggi utilizzato per supportare i processi di programmazione regionale e aziendale, integrato con il sistema di incentivazione delle direzioni generali delle aziende sanitarie, esso si basa sul monitoraggio di 130 indicatori, raggruppati in 50 indicatori di sintesi

a loro volta classificati in sei dimensioni di valutazione. La performance conseguita viene rappresentata in target (bersagli) con cinque fasce di valutazione ed è basata su processi di benchmarking tra le aziende. Tale confronto dei risultati è fondamentale per attivare i processi di innovazione, per crescere e migliorare come sistema, ma è utile anche per valorizzare i risultati ottenuti. In questo volume, al quale hanno collaborato numerosi esperti, il percorso compiuto dalla Regione Toscana e – oggi in corso anche in Liguria – viene descritto e posto a confronto con alcune tra le più significative esperienze internazionali nel settore.

INDICE PREFAZIONE - PARTE PRIMA: LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLA SANITÀ PUBBLICA - PARTE SECONDA: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE: IL CONFRONTO INTERNAZIONALE - PARTE TERZA: IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELLA SANITÀ TOSCANA - PARTE QUARTA: LA DIMENSIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA SANITÀ TOSCANA - APPENDICI

Antonella Santullo

LE SCALE DI VALUTAZIONE IN SANITÀ

MC GRAW HILL, MILANO, 2008, PP. 493, € 32,00 - ISBN 9788838636615

L'attuazione del profilo dell'infermiere comporta in prima istanza la necessità di individuare i bisogni del paziente e, in particolare, i bisogni di assistenza infermieristica. Il processo di assistenza infermieristica indica nella raccolta dati la fase che consente di raggiungere questo scopo. Le metodiche di raccolta dei dati possono essere le più svariate e influenzate in modo determinante dall'esperienza e dalla competenza di ogni infermiere, tuttavia tale approccio rende difficile il confronto fra i diversi professionisti se non è condiviso il linguaggio utilizzato e i modelli di riferimento. A tale scopo si utilizza una raccolta dati integrata da scale di valutazione e indici assistenziali in tal modo il linguaggio risulta standardizzato e, d i concetti sono esplicitati in modo più o meno dettagliato nelle variabili da rilevare. Si tratta del primo testo che racchiude in un'unica pubblicazione le scale di valutazione relative a molti ambiti diversi.

INDICE PRESENTAZIONE - CAPITOLO 1. SCALE DI MISURA E SCALA DI VALUTAZIONE - CAPITOLO 2. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA CRITICA - CAPITOLO 3. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA NEONATOLOGICA/PEDIATRICA - CAPITOLO 4. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA ONCOLOGICA - CAPITOLO 5. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA CARDIOLOGICA - CAPITOLO 6. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA FONIATRICA - CAPITOLO 7. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA RIABILITATIVA - CAPITOLO 8. SCALE DI VALUTAZIONE IN AMBITO NEUROLOGICO - CAPITOLO 9. SCALE DI VALUTAZIONE PER LA PSICHIATRIA DELL'ADULTO E DELL'INFANZIA E PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE - CAPITOLO 10. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN OSTETRICA - CAPITOLO 11. LE SCALE DI VALUTAZIONE IN AREA DIETOLOGICA/NUTRIZIONALE - CAPITOLO 12. LE SCALE DI MISURA DELLA SALUTE. ASPETTI METODOLOGICI - CAPITOLO 13. IL RISCHIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - CAPITOLO 14. SCALE D'INTERESSE IN AMBITO ORGANIZZATIVO

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

LEVY H., DELEIRE T.

What do people buy when they don't buy health insurance and what does that say about why they are uninsured?
Inquiry, 2008/2009, 45(4), pp. 365-79

DOMIN J.P.

La réforme du médecin traitant: l'émergence d'une régulation par la demande
Journal d'économie médicale, 2008, 26(6-7), pp. 303-15

LEUNG G.M., TIN K.Y.K., O'DONNELL O.

Redistribution or horizontal equity in Hong Kong's mixed public-private health system: a policy conundrum
Health Economics, 2009, 18(1), pp. 37-54

TOMPKINS C.P., HIGGINS A.R., RITTER G.A.

Measuring outcomes and efficiency in medicare value-based purchasing
Health Affairs, 2009, 28(2), pp. w251-261

CHOI S., DAVITT J.K.

Changes in the Medicare home health care market. The impact of reimbursement policy
Medical care, 2009, 47(3), pp. 302-309

ALLEN P.

«Payment by Results» in the English NHS: the continuing challenges
Public Money and Management, 2009, 29(3), pp. 161-166

BARRETTA A., RUGGIERO P.

From quasi-market to market in the National Health Service in England: what does this mean for the purchasing of health services?
Journal of Health Services Research & Policy 2009, 14(1), pp. 44-51

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

MURARO G., REBBA V.

Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica
Politiche Sanitarie, 2008, 9(3), pp. 121-132

CALIKOGLU S.

Trends in the distribution of health care financing across developed countries: the role of political economy of states
International Journal of Health Services, 2009, 39(1), pp. 59-83

SUN X., JACKSON S., CARMICHAEL G., SLEIGH A.

Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: evidence from the new Cooperative Medical Scheme in Shandong Province
Health Economics, 2009, 18(1), pp. 103-119

FABBRI D., MONFARDINI C.

Rationing the public provision of healthcare in the presence of private supplements: Evidence from the Italian NHS
Journal of Health Economics, 2009, 28(2), pp. 290-304

BARABAS J.

Not the next IRA: How health savings accounts shape public opinion
Journal of Health Politics Policy and Law, 2009, 34(2), pp. 181-217

ECONOMIA DEL FARMACO

MIRALDO M.

Reference pricing and firms' pricing strategies
Journal of Health Economics, 2009, 28(1), pp. 176-97

VILLA S., COMPAGNI A., REICH M.R.

Orphan drug legislation: lessons for neglected tropical diseases
International Journal of Health Planning and Management, 2009, 24(1), pp. 27-42

BOND C.

The over-the-counter pharmaceutical market: policy and practice
Eurohealth, 2008, 14(3), pp. 19-24

GOLEC J., VERNON J.

Measuring US pharmaceutical industry R&D Spending
Pharmacoeconomics, 2008, 26(12), pp. 1005-1017

AUGURZKY B., GOHLMANN S., GRESS S., WASEM J.

Effects of the German reference drug program on ex-factory prices of prescription drugs: a panel data approach
Health Economics, 2009, 18(4), pp. 421-36

LIU Y.M., KAO YANG Y.H., HSIEH C.R.

Financial incentives and physicians' prescription decisions on the choice between brand-name and generic drugs: evidence from Taiwan
Journal of Health Economics, 2009, 28(2), pp. 341-349

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

FATTORE G.

Politica, aziende, professionisti e pazienti: trent'anni di governo del Servizio Sanitario Nazionale
 Politiche Sanitarie, 2008, 9(2), pp. 173-182

ASI

IV Rapporto Osservasalute 2008. Sanità, aumenta in Italia il divario fra Nord e Sud

ASI, 2009, 17(10), pp. 2-12

MCGILLIVRAY M., DUTTA I., MARKOVA N.

Health inequality and deprivation

Health Economics, 2008, 18(s1), pp. s1-s12

DOSI L.K.

L'assistenza sanitaria tra diritto alla salute e tutela dei consumatori

Politiche sanitarie, 2009, 10(1), pp. 2-6

WIDGE A., CLELAND J.

The public sector's role in infertility management in India

Health Policy and Planning, 2009, 24(2), pp. 108-115

KRONEBUSCH K., SCHLESING M., THOMAS T.

Managed care regulation in the States: the impact on physicians' practices and clinical autonomy

J of Health Politics, Policy and Law, 2009, 34(2), pp. 220-259

SIDIQI S., MASUD T.I., NISHTAR S., PETERS D.H., SABRI B., BILE K.M., JAMA M.A.

Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance

Health Policy, 2009, 90(1), pp. 13-25

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

KANE N.M., CLARK J.R., RIVENSON H.L.

The internal processes and behavioral dynamics of hospital boards: an exploration of differences between high- and low-performing hospitals

Health care management review, 2009, 34(1), pp. 80-91

PAVLOVA M., TSIACHRISTAS A., VERMAETEN G., GROOT W.

Potential barriers to the application of multi-factor portfolio analysis in public hospitals: evidence from a pilot study in the Netherlands

The International Journal of Health Planning and Management, 2009, 24(1), pp. 43-68

DALL T.M., CHEN Y.J., SEIFERT FURST R., MADDOX P.J., HOGAN P.F.

The economic value of professional nursing

Medical Care, 2009, 47(1), pp. 97-104

CORRIGAN J., MCNEILL D.

Building organizational capacity: a cornerstone of health system reform

Health Affairs, 2009, 28(2), pp. w205-w215

CROSSLEY T.F., HURLEY J., JEON S.

Physician labour supply in Canada: a cohort analysis

Health Economics, 2009, 18(4), pp. 437-456

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

LINDER J.A., KALEBA E.O., KEMTIK K.S.

Using Electronic Health Records to measure physician performance for acute conditions in primary care

Medical Care, 2009, 47(2), pp. 208-16

JORIO E.

Il sistema dei controlli nel servizio sanitario nazionale. Sovrapposizioni e incertezze

Sanità Pubblica e Privata, 2009, 1, pp. 45-58

LEVEILLE S.G., HUANG A., TSAI S.B., ALLEN M., WEINGART S.N., IZZONI L.I.

Health coaching via Internet Portal for primary care patients with chronic conditions

Medical Care, 2009, 47(1), pp. 41-7

SOLOMON M.R.

Information Technology to support self-management in chronic care

Disease management and health outcomes, 2008, 16(6), pp. 391-401

CAVALIERE B., MUTTI S.

Sviluppo di un programma informatico a supporto del coordinatore per la progettazione e gestione della turnistica

Sanità pubblica e privata, 2009, 1, pp. 32-39

WALKER M., CARAYON P.

From task to processes: the case for changing health information technology to improve health care

Health Affairs, 2009, 28 (2), pp. 467-77

MACCARI A., ROMIGI G., BARBATO A., FEDELI C.

Il livello di integrazione e le problematiche comuni del processo di budgeting nelle Aziende Sanitarie

Sanità Pubblica e Privata, 2009, 2, pp. 63-70

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

HARTZ S., JOHN J.

Public health policy decision on medical innovations: What role can early economic evaluation play?

Health Policy, 2009, 89(2), pp. 184-192

BORGONOV E., BUSSE R., KANAVOS P.

Financing medical devices in Europe: current trends and perspectives for research

Eurohealth, 2008, 14(3), pp. 1-3

MORTIMER D.

Modelling downstream effects in the presence of technological change

Pharmacoeconomics, 2008, 26(12), pp. 991-1003

GOLDZWEIG C.L., TOWFIGH A., MAGLIONE M., SHEKELLE P.G.

Costs and benefits of health information technology: new trends from the literature

Health Affairs, 2009; 28(2), pp. w282-w293

VALUTAZIONI ECONOMICHE

FELLI J.C., NOEL R.A., CAVAZZONI P.A.

A multiattribute model for evaluating the benefit-risk profiles of treatment alternatives

Medical Decision Making, 2009, 29(1), pp. 104-115

VAN HELVOORT-POSTULART D., DIRKESN C.D., KESSELS A.G.H., VAN ENGELSHOVEN J.M.A., HUNINK M.G.M.

A comparison between willingness to pay and willingness to give up time

European Journal of Health Economics, 2009, 10(1), pp. 81-91

CICCHETTI A., RUGGERI M., GITTO L., MENNINI F.S.

Analisi economica per l'estensione della vaccinazione contro l'influenza agli individui di età 50-64: risparmi sociali e analisi di Budget Impact

Pharmacoeconomics. Italian research articles, 2008, 10(3), pp. 137-50

HERRERO C., MORENO-TERNERO J.D.M.

Estimating production costs in the economic evaluation of health care programs

Health Economics, 2009, 18(1), pp. 21-35

FREEMANTLE N., HESSEL F.

The applicability and generalizability of findings from clinical trials for health-policy decisions

Pharmacoeconomics, 2009, 27(1), pp. 5-10

EDDAMA O., COAST J.

Use of economic evaluation in local health care decision-making in England: a qualitative investigation

Health Policy, 2009, 89(3), pp. 261-70

Costo dell'abbonamento per l'anno 2009: € 300,00

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.vo 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 (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2009 è fissato in:

€ 300,00 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 2009 per l'estero è fissato come segue: € 300,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 400,00, per il resto del mondo (più spese postali).

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)	€ 280,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 280,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 280,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 280,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 280,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 280,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 280,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 280,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 280,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 280,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 300,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 300,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 300,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 300,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 4.165,00, anziché € 4.900,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.