

# MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVIII – N. 70 APRILE-GIUGNO 2009

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

**3** Finalità del federalismo fiscale

*Elio Borgonovi*

### SAGGI

**9** L'accesso degli immigrati irregolari ai servizi sanitari: relazioni sociali e informazione

*Carlo Devillanova*

**23** La logistica del paziente nel percorso dell'emergenza-urgenza: il caso della Discharge Room senese

*Silvia Pagliantini, Marco Nerattini, Carlo Rinaldo Tomassini*

### MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

**45** Gli impatti della cartella clinica elettronica: un modello di misurazione degli effetti sull'azienda

*Claudio Caccia, Maria Cucciniello, Greta Nasi*

**57** Tecniche di miglioramento dell'appropriatezza allocativa delle risorse in una grande azienda ospedaliera

*Francesco Copello, Cristiana Pellicanò*

**75** Variazioni delle performance dei Mmg in relazione dalle forme associative

*S. Mannino, M. Villa, S. Lucchi, G. Brunelli, G.W. Locatelli, S. Zenoni, F. Longo*

**99** Gli infermieri negli ospedali alla ricerca di autonomia. I risultati di un'indagine nelle aziende sanitarie pubbliche italiane

*Veronica Scardigli, Antonello Zangrandi*

### STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

**125** Sviluppi ed evidenze sugli assetti di governance, il finanziamento e l'equità del sistema sanitario messicano

*Armando Arredondo, Emanuel Orozco*

**139** Novità bibliografiche

**145** 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**

**Corrado Cuccurullo**

**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.

# Finalità del federalismo fiscale

ELIO BORGONOVÌ

*Nel discutere attraverso alcuni temi chiave del federalismo fiscale è opportuno richiamare le finalità che sono quelle di responsabilizzare le Regioni sul corretto ed efficace uso delle risorse pubbliche. Si tratta di creare stimoli affinché le Regioni e, in generale, il sistema delle amministrazioni locali siano motivati a perseguire il più elevato rapporto tra quantità e qualità dei servizi erogati, meglio dei bisogni soddisfatti, rispetto alle risorse disponibili, le quali in parte derivano da trasferimenti dello Stato, in parte dai tributi propri, in parte dall'uso di fondi comunitari o di altre risorse.*

Obiettivo del trasferimento statale per la sanità sulla base di standard, di livelli assistenziali e di costi. *Poiché in Italia è stato mantenuto il sistema di Servizio sanitario pubblico finanziato tramite fiscalità, una parte significativa delle risorse attribuibili alle Regioni continuerà in ogni caso a derivare da trasferimenti da parte dello Stato, cui si potranno aggiungere risorse proprie delle Regioni ottenute da quella componente di prelievo fiscale a esse attribuita, che sarà superiore a quella attuale. L'obiettivo di ancorare l'entità del trasferimento statale ad uno standard di livelli assistenziali e di costi, è quello di stimolare e indurre le Regioni oggi meno efficienti e con qualità dell'assistenza meno soddisfacente a introdurre e realizzare politiche e azioni idonee a emulare le Regioni, o le realtà nell'ambito di alcune Regioni, che hanno la migliore qualità di assistenza e dimostrano più elevati livelli di efficienza. L'obiettivo è, quindi, quello di attivare e sostenere un processo di miglioramento continuo da parte delle Regioni oggi considerate meno virtuose.*

Precisazioni logiche. *Per trasparenza e per consentire a coloro che hanno livelli di responsabilità istituzionali e politiche, sul piano nazionale e locale, di interpretare e applicare al meglio il modello di federalismo fiscale in sanità, è opportuno richiamare tre principi logici che potrebbero non apparire immediati data la complessità del problema e delle normative.*

*1. Il finanziamento su base di standard (di assistenza e di costo) significa in concreto finanziamento procapite che potrà essere eventualmente aggiustato in base a criteri di politica sanitaria (ad esempio pesi diversi per gruppi di popolazione). Ciò significa, in positivo, abbandonare, con la gradualità che sarà definita sulla base degli accordi Stato-Regioni, il finanziamento collegato, direttamente o indirettamente (con il «ripiano dei disavanzi a consuntivo»), alla logica della spesa storica che spesso è influenzata da elevati livelli di inefficienze.*

*2. In secondo luogo, è evidente che non tutte le Regioni potranno raggiungere i livelli di quelle con qualità di assistenza più elevata e con più alta efficienza. Sarebbe come dire che tutte le imprese, gli ipermercati, le università possono funzionare allo stesso modo, in modo cioè perfettamente standardizzato, secondo lo stesso livello di razionalità. Ciò, evidentemente, non corrisponde a nessuna realtà. L'obiettivo reale del sistema di finanziamento sulla base del concetto di standard è quindi quello di imporre alle Regioni il vincolo assoluto di perseguire l'equilibrio economico-finanziario dati i livelli di assistenza che sono in grado effettivamente di raggiungere: in definitiva, dichiarare che non vi potranno essere in futuro attese di ripiano*

delle perdite da parte dello Stato. Solo per rendere giustizia alla Storia e alla prudente valutazione dei decisori istituzionali e politici, si ricorda che questo obiettivo/obbligo/vincolo è stato inserito in varie leggi finanziarie e in altri provvedimenti (compresi gli ultimi due Patti Stato-Regioni) almeno dieci, quindici volte nella storia trentennale del Ssn e poi non è mai stato rispettato. Occorre riflettere sul fatto se oggi vi siano condizioni per rendere efficace tali obiettivi o quali siano le misure da attuare perché ciò avvenga.

3. *Ne consegue il terzo chiarimento. Se, date le nuove condizioni economiche, politiche, sociali del Paese, l'effetto emulazione e miglioramento si concretizzerà, si potrà avere un recupero relativamente rapido da parte delle Regioni meno virtuose. Se, al contrario, per ragioni di seguito richiamate, tale effetto non fosse sufficientemente rapido e significativo, si produrrà inevitabilmente una ulteriore crescente divaricazione tra i livelli assistenziali reali delle Regioni già oggi più virtuose e quelle meno virtuose. Se a ciò si dovesse aggiungere anche la permanenza di disavanzi a consuntivo, seppure in diminuzione, si pone la questione della sostenibilità sociale e politica di tale situazione.*

*Si manifesterebbe in altri termini un fenomeno simile a quello che è stato una delle cause strutturali dell'attuale crisi economia. La polarizzazione della ricchezza nell'ambito della popolazione che ha portato ad avere una fascia limitata sempre più ricca e uno schiacciamento delle classi intermedie, con un allargamento della popolazione povera anche nei Paesi progrediti, ha innescato un circolo vizioso di riduzione dei consumi, riduzione della produzione, riduzione del reddito disponibile, aumento della disoccupazione, che ha causato la recessione e che è stato bloccato, almeno parzialmente, da massicci sostegni finanziari e garanzie pubbliche nonché da politiche espansive della spesa pubblica. Un federalismo che determinasse un sistema di tutela della salute «a più velocità» potrebbe generare fenomeni sociali difficilmente sostenibili.*

*Il vero problema. Il problema reale non è quello di fare Piani, leggi, Patti (Stato-Regioni e altri) che si propongano di modificare in meglio le tendenze e i comportamenti del passato, che si pongano obiettivi ambiziosi o semplicemente ragionevoli, che dimostrino come sia possibile ottenere nuovi e migliori equilibri. Il problema reale è quello di come realizzarli, di come creare le condizioni affinché gli obiettivi e le regole per raggiungerli siano effettivamente rispettati. Anche nel mondo delle imprese i budget o i programmi di quelle che sono fallite erano positivi o, se si partiva da situazioni di crisi, «prevedevano» e «promettevano» il risanamento in tre-cinque anni. Alcune ci sono riuscite, molte altre sono fallite. Il problema vero è quello di domandarsi «che cosa potrebbe accadere se una o più Regioni si dovessero trovare in condizioni di fallimento?» La risposta del commissariamento appare politicamente molto suggestiva e dotata di un certo potere deterrente, ma nei fatti non è risolutiva. Non esiste nessun commissario in grado di risanare un sistema sanitario regionale condizionato da molteplici fattori che sfuggono alla razionalità, ai poteri formali, alle capacità manageriali.*

*Fattori condizionanti. Per essere realisti, occorre ricordare che il funzionamento e i risultati dei sistemi sanitari, sia a livello di singolo ospedale o di singola struttura, sia a livello di organizzazione del sistema di offerta regionale, non dipendono solo, e forse non tanto, da fattori interni, ma anche da fattori esterni tra i quali si sottolineano:*

*a) i forti interessi economici che costituiscono l'indotto della sanità (terzo settore dell'economia reale se si esclude il settore finanziario): di conseguenza, nelle aree meno sviluppate, per rendere realistici i piani di razionalizzazione, occorre adottare anche politiche di sviluppo economico in settori alternativi, diversamente le resistenze saranno fortissime;*

*b) l'elevato impatto sul consenso politico: il governo e le politiche nel campo della tutela della salute sono uno dei bacini più rilevanti di consenso elettorale che si salda facilmente con componenti sociali, con le logiche (più o meno strumentali) della solidarietà e dei diritti fondamentali della persona (a volte anche con interventi di rappresentanti religiosi);*

c) i condizionamenti della malavita organizzata in forme criminose, o delle lobby economico-finanziarie dei grandi gruppi, dei colletti bianchi, del mondo dell'imprenditoria e del management.

Se non ci si vuole limitare a fare buoni Piani di risanamento, occorre attivare, con la parte positiva della società e delle istituzioni, efficaci interventi che prevengano e contrastino l'influenza di questi fattori.

Aspetti tecnici. Il concetto di standard (di livelli assistenziali e di costi) è generico e si collega a diverse interpretazioni di seguito brevemente sintetizzate. Ciò vale sia con riferimento ai costi, sia con riferimento ai livelli assistenziali, creando quella che si può definire una «complessità logica al quadrato». Due sono i principali metodi per determinare il finanziamento «sulla base di standard»:

a) quello analitico, che consiste nella definizione di standard per ognuna delle tipologie di livello assistenziale (aggregando prestazioni e servizi simili) da moltiplicare per i costi standard di ogni classe;

b) metodo sintetico, che di fatto, si attua assumendo un valore complessivo di riferimento (la media dei costi, meglio della spesa di alcune «due, quattro, sei» Regioni più virtuose) o un valore target (ad esempio, media nazionale ridotta del 10-15% o altra percentuale) sulla base di una stima realistica del livello di efficienza che si ritiene di poter recuperare ogni anno.

Il metodo analitico non è tecnicamente perseguibile, per cui sarà necessario ricorrere al metodo sintetico, come peraltro si sta facendo nelle diverse simulazioni attuate specialmente dagli esperti del MEF e del Ministero della sanità o dal «tavolo tecnico» istituito tra Ministero e Regioni. Si suggerisce di pensare e applicare eventualmente il metodo analitico nella fase di verifica e controllo, tramite il confronto dei costi effettivi per le più significative, in termini di qualità per i pazienti e costi, aree di assistenza.

Sulla base delle esperienze del passato, si può prevedere che nei prossimi due-tre anni i vari tavoli tecnici si concentreranno sulla definizione del fabbisogno standard di ogni Regione (livelli standard di assistenza per spesa standard) e sulle modalità di sua copertura. In particolare, è prevedibile che il confronto tra Stato e Regioni e tra le Regioni si concentrerà fortemente anche sulle forme di realizzazione del «federalismo solidale», ossia sulle modalità per realizzare la sussidiarietà orizzontale e la sussidiarietà verticale. Vi sarà un serrato confronto sulla percentuale dei tributi raccolti dalle singole Regioni, che resteranno a disposizione delle stesse per finanziare la spesa sanitaria (lo stesso tema vale in generale per altri settori di intervento), e la percentuale di tributi che le Regioni con maggiore capacità contributiva procapite dovranno trasferire al fondo perequativo destinato a integrare il finanziamento delle Regioni che hanno una minore capacità contributiva.

L'altro punto critico sarà costituito dall'ammontare di risorse che eventualmente lo Stato metterà a disposizione tramite il fondo perequativo a favore delle Regioni che hanno minore capacità contributiva procapite (sussidiarietà verticale). Tale ammontare sarà inevitabilmente, peraltro, di limitata entità in considerazione delle difficoltà della finanza pubblica, anche a seguito dell'attuale crisi economica e dello strutturale aumento del debito pubblico destinato a salire in pochi anni al 121% del Pil secondo autorevoli stime.

Si ritiene, invece, che da subito sarebbe necessario porsi il problema di come creare le condizioni affinché sia raggiunto l'obiettivo virtuoso di stimolare una emulazione delle Regioni meno efficienti finalizzata a migliorare i livelli di assistenza e a contenere i livelli di spesa. Le leve su cui si dovrebbe agire sono essenzialmente riconducibili a due grandi categorie:

a) come trasferire le conoscenze, le competenze e le capacità sia di carattere tecnico-professionale sia di carattere manageriale alle Regioni che finora hanno dimostrato di esserne sprovviste o di averle male utilizzate;

b) intervenire sulle condizioni di contesto per evitare che fattori esterni impediscano il miglioramento desiderato.

Per quanto riguarda il primo aspetto, si ritiene opportuno, e forse necessario, attivare un «progetto di supporto per le Regioni che presentano maggiori difficoltà». Esso dovrebbe essere realizzato tramite la costituzione di un gruppo di esperti in grado di rafforzare le Regioni nel difficile percorso di miglioramento, qualcosa di simile all'assistenza tecnica che attualmente l'AGENAS e, in parte, anche il MEF hanno messo a disposizione delle Regioni sottoposte a Piano di rientro. Si tratterebbe di rendere stabile e ancor più forte, sia sul piano quantitativo che su quello qualitativo, il gruppo di esperti di AGENAS e MEF che hanno aiutato le Regioni a elaborare i Piani di rientro e a iniziare la loro realizzazione. Tale gruppo potrebbe essere costituito da persone indicate sia dal livello nazionale sia dalle Regioni, per evitare il paradosso di un modello di federalismo fiscale sostenuto nella sua realizzazione prevalentemente dal livello centrale. Per chi conosce il sistema, il problema più rilevante al riguardo sembra essere quello di trovare un numero sufficiente di persone dotate delle competenze necessarie. Infatti, i dirigenti con elevata competenza sono tenuti ben stretti dalle Regioni più avanzate e, anzi, spesso sono attratti proprio esse. Anche il ricorso a competenze esterne al sistema, ossia a dirigenti privati non appare così facile da attuare come sembrerebbe a una prima analisi. In presenza di un sistema privato nel quale molti dirigenti hanno perso o rischiano di perdere il posti di lavoro, si potrebbe pensare di orientarne un certo numero verso il sistema di tutela della salute. Tuttavia, è noto, sia dall'esperienza inglese del periodo post-thatcheriano (anni '80), sia da quella italiana dopo l'introduzione del modello aziendale (metà anni '90), che non è facile l'inserimento nel sistema sanitario di manager provenienti dal privato. Esso è stato possibile solo in un numero limitato di casi, ossia nel caso di manager disposti a conoscere a fondo le specificità del sistema sanitario prima di prendere decisioni significative e prima di attuare i cambiamenti necessari. In molti casi, la cultura dominante negli ultimi due decenni di «superiorità del privato rispetto al pubblico», per quanto riguarda le professionalità organizzative, manageriali, economiche, ha indotto una parte rilevante dei manager provenienti dal privato ad atteggiamenti del tipo «decidere prima di conoscere». Questi manager hanno cercato di introdurre logiche e sistemi gestionali dei settori privati da cui provenivano, senza tener conto dell'autonomia professionale dei medici e degli altri operatori della salute, del rapporto «fiduciario» tra medico e paziente, delle difficoltà intrinseche nel misurare e valutare l'effetto finale in termini di salute (outcome), che sono assai più elevate della misurazione e della valutazione delle prestazioni (output) a loro volta più simili ai prodotti e ai servizi di molti settori privati. Questi comportamenti hanno determinato, a partire dall'inizio degli anni 2000, una reazione sintetizzata soprattutto dall'emergere del tema della clinical governance, intesa come richiesta di maggiore considerazione dei medici e degli altri professionisti nel definire le strategie, le politiche, i sistemi gestionali delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Una seconda leva di azione potrebbe essere quella di stabilire accordi interregionali o costituire specifici organismi finalizzati al «trasferimento delle conoscenze dalle Regioni e dai centri, pubblici o privati, con elevati livelli del rapporto qualità dell'assistenza/costi» alle quelle Regioni e aziende territoriali e ospedaliere che oggi presentano un rapporto qualità-costi meno soddisfacente e non sostenibile sul piano dell'equilibrio della finanza pubblica (in particolare regionale).

Nell'attuare queste azioni è importante anche il ruolo delle università, dei centri di ricerca e delle istituzioni formative chiamate a preparare una nuova classe dirigente capace di gestire sistemi di federalismo sanitario. L'Italia è considerata uno di quei Paesi che spesso hanno leggi contenenti principi e criteri molto avanzati e di avanguardia, ma che, poi, hanno un grado di realizzazione effettiva assai limitato. Ad esempio, chi studia il sistema di tutela della salute italiano sulla base delle leggi o della documentazione ufficiale ha, in genere, una visione assai più positiva rispetto a chi analizza il funzionamento reale del sistema e soprattutto rispetto ai pazienti e a coloro che operano nel sistema. Questi ultimi avvertono in modo

*diretto la distanza tra ciò che viene dichiarato nelle leggi e nella documentazione ufficiale e ciò che effettivamente accade nel reale.*

*Peraltro, come si è detto, il funzionamento del sistema di tutela della salute è fortemente condizionato da fattori esterni. Di conseguenza, anche il progetto di federalismo non può basarsi sull'ipotesi ottimistica che le Regioni «responsabilizzate anche sul piano fiscale» siano in grado di attivare automaticamente un processo di miglioramento. Occorre che lo Stato garantisca condizioni di sicurezza, di contrasto alla malavita organizzata e agli interessi extrasanitari che condizionano le scelte del settore, per far pendere la bilancia verso il percorso positivo rispetto alla situazione di resistenza e boicottaggio dei processi di miglioramento. Il progetto di federalismo fiscale non è una «questione finanziaria» e nemmeno una questione delle singole Regioni. O è sostenuto da interventi coordinati a livello nazionale, tramite l'esercizio dei poteri delle funzioni centrali e dei poteri e funzioni regionali, oppure è destinato al fallimento. Le analisi sociologiche ed economiche e il dibattito politico hanno fatto emergere come, accanto alla tradizionale «questione meridionale» (di limitato sviluppo e di inefficienza dell'amministrazioni pubbliche), esiste anche una «questione settentrionale», ossia di una parte del Paese che si ritiene penalizzata e che si è orientata in misura rilevante verso alcuni partiti politici. L'attuazione del modello di federalismo fiscale passa necessariamente attraverso la soluzione contemporanea delle due questioni. Ciò significa, in campo di tutela della salute: salvaguardare e anzi dare maggiore autonomia alle realtà più avanzate (il che contribuisce a risolvere la questione settentrionale), a condizione che esse assumano impegni concreti nel sostenere lo sviluppo delle Regioni che oggi hanno un sistema di tutela della salute caratterizzato da minore qualità dell'assistenza e da costi più elevati (il che significa risolvere la questione meridionale).*

*In conclusione, si può osservare che, per evitare di trovarsi fra qualche anno a dover discutere del «fallimento del federalismo» o del «federalismo a velocità variabile» o, addirittura, di fronte a tentazioni di abbandonare il modello di servizio sanitario nazionale per introdurre modelli di servizi sanitari regionali, occorre agire contemporaneamente sul continuo miglioramento delle realtà di eccellenza e su una organica ed efficace «politica di trasferimento delle conoscenze» tra le diverse parti del sistema. Il modello di «federalismo sostenibile» significa «migliorare tutti insieme e agire per ridurre le differenze», in caso contrario si andrebbe verso un sistema di «federalismo non solidale» che per il nostro Paese vorrebbe dire anche «federalismo non sostenibile». L'attuale crisi economica ha evidenziato che non ha funzionato «l'autoregolazione dei mercati globali»: non vi è nessuna ragione per pensare che vi sia una «autoregolazione» dei sistemi di federalismo fiscale e, quindi, occorre gestire la transizione per evitare in futuro una crisi sociale e istituzionale.*

# 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](http://www.annuariosanita.it)

Tel +39 06.69380070

**EDITORIALE  
PUBLIACI**

# L'accesso degli immigrati irregolari ai servizi sanitari: relazioni sociali e informazione

CARLO DEVILLANOVA

*This paper aims at quantifying the effects of information networks on immigrants' access to health care. The dataset consists of an unusually large sample of undocumented immigrants and contains a direct indicator of information networks – whether an immigrant was referred to health care opportunities by a strong social tie (relative or friend). The analysis focuses on the time spent in Italy before an immigrant first receives medical assistance. Estimates indicate that networks significantly foster health care utilization; the effect is stronger for males. These findings can have direct policy implications. Policies aimed at increasing/decreasing the use of primary health care by immigrants or minorities can exploit the multiplier effect of information networks. In general, knowledge of the working of social networks could help in addressing ethnic differences in take-up rates and immigrants' welfare assimilation processes, coping with racial segregation and vicious circles of welfare dependency/exclusion.*

**Keywords:** network effects, undocumented immigrants, health utilization

**Parole chiave:** network etnici, immigrazione irregolare, accesso ai servizi sanitari

#### Note sull'autore

Carlo Devillanova, IAM ed Econpubblica, Università Bocconi, Milano

## 1. Introduzione

Il presente lavoro quantifica l'effetto che i *network* sociali forti (amici e parenti) hanno sull'accesso alle cure mediche primarie degli immigrati. Lo studio si basa su un campione eccezionalmente ampio di immigrati irregolarmente presenti in Italia<sup>1</sup> e identifica uno specifico meccanismo di azione delle reti sociali: la trasmissione di informazione.

Esiste un'ampia letteratura che studia come le reti sociali fra minoranze etniche e linguistiche e fra immigrati (di seguito indicati con l'espressione *network* etnici<sup>2</sup>) influiscano sui comportamenti individuali degli appartenenti a tali comunità. In particolare, grande attenzione è stata posta sulla possibilità che i *network* etnici condizionino l'accesso di gruppi della popolazione ai programmi pubblici di natura assistenziale e ai servizi sanitari, generando in tal modo persistenti differenze nell'uso degli stessi. Il nesso fra minoranze etniche e immigrazione è evidente, dato che molto spesso le prime sono costituite da immigrati o da loro discendenti. Inoltre, i meccanismi di trasmissione delle attitudini verso i programmi di *welfare* fra gli immigrati sono analoghi a quelli che si osservano fra minoranze etniche e linguistiche.

Da un punto di vista empirico, si tratta di questioni rilevanti. Studi recenti documentano che negli USA e in UK esistono importanti differenze fra gruppi etnici nell'accesso ai programmi di *welfare*, che tendono a persistere fra generazioni (Borjas, Sueyoshi, 1997; Duggan, Kearney, 2005; Currie, 2004; Currie, Hotz, 2004, con specifico riferimento all'assistenza sanitaria).<sup>3</sup> Per quanto riguarda gli immigrati, le ricerche in materia indicano

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. La letteratura empirica
3. I dati
4. L'analisi empirica
5. Conclusioni

che nei Paesi in cui l'accesso ai programmi assistenziali è condizionato alla sussistenza di determinati requisiti (tipicamente di reddito), gli immigrati hanno una maggiore probabilità di soddisfare tali requisiti. Tuttavia, a parità di situazione socioeconomica, i loro tassi di partecipazione al *welfare*, pur crescendo con l'aumentare della permanenza dell'immigrato nel Paese,<sup>4</sup> sono permanentemente inferiori a quelli dei nativi (Bean, Van Hook, Glick, 1997; Baker, Benjamin, 1995; Borjas, Hilton, 1996; Borjas, Trejo, 1991; Leclere, Jensen, Biddlecom, 1994 e 1993; Ripahan, 2004). Per l'Italia, i dati non evidenziano un maggior ricorso al *welfare* da parte degli immigrati (Devillanova, 2009).

Il mancato accesso di determinate fasce di cittadini ai programmi di *welfare* loro destinati solleva importanti questioni di natura equitativa e di coesione sociale, oltre a suggerire una sostanziale inefficienza dei programmi stessi. Le conseguenze possono essere particolarmente serie in riferimento ai servizi sanitari, oggetto del presente studio, in quanto potenzialmente lesive del diritto alla salute, in Italia costituzionalmente garantito. Inoltre, il mancato accesso alle cure mediche di base accresce i pericoli legati alla diffusione di patologie contagiose e rischia di generare inefficienze economiche per la maggiore onerosità di cure tardive. È tuttavia vero che, nel caso degli immigrati (e degli immigrati irregolari in particolare), il mancato accesso a specifici servizi riceve spesso una diversa valutazione etica e politica. Si tratta di un tema complesso e delicato, che esula dagli obiettivi del presente lavoro e che attiene alla definizione di comunità politica di appartenenza e dei tempi e delle modalità di estensione agli immigrati dei diritti di cittadinanza.

Borjas e Hilton (1996), in uno studio sulle differenze nell'uso del *welfare* da parte degli immigrati negli USA, documentano importanti differenze fra Paesi di provenienza e mostrano come i benefici assistenziali ricevuti dalle precedenti ondate migratorie influiscano sull'ammontare e sul tipo di benefici utilizzati da connazionali che sono immigrati successivamente. I due autori suggeriscono che questo fenomeno sia spiegabile con la trasmissione d'informazione sui programmi di *welfare* tramite *network* etnici. Infatti, molti lavori empiri-

ci, discussi nel § 2, hanno stimato gli effetti dei *network* etnici sull'utilizzo del *welfare* e tutti concludono che tali effetti sono quantitativamente importanti. Tuttavia, gli studi esistenti presentano due importanti limiti: non distinguono fra tipi di relazioni sociali; non riescono a identificare attraverso quali meccanismi le reti sociali influiscano sui comportamenti individuali.

Il primo limite attiene all'importante distinzione fra legami sociali forti (amici e parenti) e legami sociali deboli (conoscenti). In una serie di fondamentali contributi, Granovetter (1973 e 1983) mostra come contatti sociali forti e deboli possano avere effetti profondamente diversi a seconda del problema considerato. In particolare, le relazioni forti sono più facilmente disponibili e spesso legate a situazioni di insicurezza economica e mancanza di servizi sociali. Per questa ragione esse sono particolarmente importanti per spiegare l'utilizzo di programmi assistenziali e sanitari da parte delle fasce povere della popolazione e, specificamente, degli immigrati recentemente arrivati nel paese di destinazione. Al contrario, i legami deboli sono più utili nel determinare gli esiti lavorativi e di mobilità sociale.

Il secondo limite della letteratura esistente riguarda l'identificazione dei meccanismi di funzionamento dei *network* sociali. In generale, e in particolare in riferimento all'utilizzo dei programmi di *welfare* e dei servizi sanitari, la letteratura sociologica ha evidenziato due principali canali di funzionamento delle reti sociali: informazioni e norme. Il canale informativo consiste, semplicemente, nel fatto che i contatti sociali costituiscono un veicolo di diffusione di informazioni rilevanti (ad esempio, sull'esistenza di un determinato programma o servizio, sulla sua qualità, sulla localizzazione dello stesso, sui requisiti e le procedure di accesso, ecc.). Con il termine norme si intende la pressione sociale esercitata sull'individuo dalla sua comunità di riferimento. Questo secondo canale presuppone l'esistenza di una regola condivisa sui comportamenti ritenuti appropriati e un meccanismo di sanzione sociale della devianza (Gibbs, 1965; Granovetter, 2005).

La distinzione fra norme e informazione è fondamentale per la predisposizione di po-

litiche efficaci. Si immagini, per esempio, di voler incoraggiare una determinata tipologia di visita medica specialistica presso un gruppo etnico per il quale si osserva una sottoutilizzazione del servizio. Se il canale informativo è relativamente importante, concreti interventi potrebbero sfruttare l'effetto moltiplicatore dei *network* sociali, pubblicizzando il programma nelle principali aree di incontro della comunità, nei giornali maggiormente diffusi presso la stessa, utilizzando la lingua più parlata all'interno del gruppo, ecc. Al contrario, se il mancato accesso alle cure mediche è determinato dalle norme sociali della comunità, questi provvedimenti si dimostrerebbero inefficaci e inefficienti e andrebbero predisposti altri tipi di intervento (si pensi, ad esempio, all'azione dei mediatori culturali).

Questo lavoro cerca di offrire un contributo al dibattito scientifico e di *policy* quantificando l'effetto del canale informativo dei *network* fra immigrati sul loro accesso all'assistenza sanitaria. L'analisi si basa su un campione di oltre 40.000 individui che si sono recati al Naga (Associazione volontaria di assistenza socio-sanitaria e per i diritti di stranieri e nomadi Onlus) per ricevere assistenza medica. Giova sottolineare due importanti caratteristiche della base di dati utilizzata.

In primo luogo, i dati a disposizione riportano come il paziente ha ottenuto informazioni sul Naga. Quindi, contrariamente alla maggior parte degli studi esistenti, l'analisi riesce a identificare con precisione il canale informativo e a stimarne l'effetto sui tempi di accesso al Naga.

In secondo luogo, il campione include solo immigrati non in possesso delle autorizzazioni necessarie per risiedere regolarmente in Italia.<sup>5</sup> Si tratta, quasi certamente, del più numeroso campione di immigrati irregolari esistente al mondo, che consente di offrire nuova evidenza su questo importantissimo fenomeno, intrinsecamente difficile da cogliere negli studi empirici. A tal proposito, un aspetto di rilievo è che gli immigrati irregolari devono ridurre al minimo la possibilità di essere scoperti. Ciò limita fortemente le fonti di informazione a loro disposizione. Inoltre, le informazioni ricevute da amici e parenti possono essere particolarmente importanti nell'infondere fiducia sul fatto che

recarsi presso il Naga per ricevere assistenza sanitaria non aumenti il rischio di individuazione e non comprometta la loro permanenza in Italia.

L'analisi delle reti informative tra immigrati irregolari presenta un interesse specifico, data la scarsità di studi in materia. Inoltre, l'esatta quantificazione del canale informativo può essere importante sotto il profilo della valutazione delle politiche. Per esempio, per fare previsioni sulla propensione degli immigrati irregolari ad accedere alle cure sanitarie a seguito dei recenti annunci di cambi legislativi in materia di obblighi di riservatezza dei medici e del personale sanitario.

Al tempo stesso, le conclusioni dello studio hanno un ambito di applicazione più generale. Infatti, è oramai ampiamente documentato che la gran parte degli immigrati in Italia sperimentano periodi più o meno lunghi di permanenza irregolare nel Paese. Quindi, l'analisi che segue può rilevarsi particolarmente importante per la predisposizione di concrete politiche, in quanto contribuisce a comprendere i meccanismi di accesso ai servizi sanitari anche degli immigrati regolarmente residenti e, in prospettiva, le comunità etniche e linguistiche che ne dovessero discendere.

I risultati del lavoro mostrano che l'aver ricevuto informazione sul Naga da un contatto sociale forte riduce il tempo intercorso fra l'arrivo in Italia e la prima visita al Naga. L'effetto è quantitativamente rilevante, con una stima puntuale che si pone tra il 20% e il 30%, a seconda delle variabili di controllo introdotte nell'analisi. Rispetto allo studio di Devillanova (2008), basato su dati Naga per il periodo aprile 2000-ottobre 2001, il presente lavoro riesce a documentare l'evoluzione delle variabili in esame dal 2000 al 2008. Inoltre, il maggior numero di osservazioni consente di identificare le differenze di genere nell'uso dei *network* sociali fra immigrati.

Il lavoro è così strutturato. Il § 2 offre una breve rassegna della letteratura empirica sui *network* etnici e i loro effetti sull'accesso ai programmi assistenziali e ai servizi sanitari. Il § 3 presenta i dati e alcune statistiche descrittive. Il § 4 illustra la metodologia econometrica e i risultati. Il § 5 conclude.

## 2. La letteratura empirica

I sociologi hanno da sempre evidenziato l'importanza delle reti sociali nell'influencare i comportamenti individuali. Esempi della vastissima letteratura sociologica sui *network* sociali fra immigrati e minoranze etniche e linguistiche sono Enchautegui (2002), Menjivar (2000), Portes (1995). Recentemente, alcune suggestioni provenienti da questi studi sono state incorporate in modelli economici applicati ai più svariati campi di indagine, con interessanti risultati.

Nonostante la grande enfasi posta sulle reti sociali, la quantificazione empirica dei loro effetti si è rilevata estremamente problematica. Il principale motivo è che, generalmente, il ricercatore non dispone di informazioni sui contatti sociali degli individui nel proprio campione. Con specifico riferimento ai *network* etnici, la soluzione comunemente adottata è quella di approssimare la presenza di legami sociali con una qualche misura di concentrazione spaziale delle minoranze (etiche, linguistiche, immigrati). L'ipotesi alla base di tale approccio è che gli individui interagiscano principalmente con persone simili (in termini di lingua, etnia, Paese di provenienza) e geograficamente vicini. Va osservato, in proposito, che solo i contributi più recenti hanno positivamente affrontato le complicazioni insite in questo approccio (Manski, 1993), fornendo stime attendibili delle relazioni studiate.

Recenti contributi hanno adottato questo approccio per studiare la partecipazione ai programmi assistenziali e sanitari. In un influente articolo, Bertrand *et al.* (2000) analizzano l'uso di assistenza pubblica da parte degli immigrati negli USA. Nel loro studio, l'effetto dei *network* è colto dall'interazione fra la disponibilità di contatti sociali (che gli autori misurano con la concentrazione nell'area di persone che parla una medesima lingua) e la qualità dei contatti (misurato dall'uso medio del *welfare* da parte degli appartenenti alla stessa comunità linguistica). L'idea è che la presenza di contatti sociali dovrebbe avere un effetto positivo sull'accesso ai programmi assistenziali solo se la comunità linguistica di riferimento fa uso di questi programmi. Le stime empiriche confermano questa intuizione. Una metodologia analoga è stata applicata da Deri (2005) per

studiare l'utilizzazione di servizi sanitari in Canada; da McDonald and Kennedy (2005), che guardano all'incidenza dell'obesità fra le minoranze etniche canadesi, una variabile che può ripercuotersi sullo stato di salute e sull'utilizzazione dei servizi sanitari stessi; da Aizer e Currie (2004) che analizzano l'accesso ai programmi di assistenza pubblica prenatale, utilizzando la concentrazione etnica e razziale delle madri. Nel loro studio sull'accesso al *welfare* degli immigrati in Svezia, Åslund e Fredriksson (2005) usano sempre la concentrazione spaziale degli immigrati per misurare la disponibilità di contatti sociali e sfruttano un esperimento naturale (la *Swedish Refugee Placement Policy*). Tutti questi e altri studi trovano che l'effetto dei *network* etnici è quantitativamente importante e va nella direzione attesa.

Tuttavia, due limiti rendono questo approccio poco utile ai fini della predisposizione di concrete politiche.

In primo luogo, questi studi non consentono di distinguere se l'effetto stimato sia dovuto all'operare di norme sociali o del canale informativo. Alcuni autori forniscono evidenza indiretta della maggiore importanza del canale norme rispetto all'informazione. In particolare, Åslund e Fredriksson (2005) argomentano che l'informazione non può giustificare i loro risultati, perché nel loro studio i rifugiati avrebbero dovuto conoscere le opportunità di ricevere assistenza pubblica, in quanto comunicate loro al momento dell'ingresso nel programma. Aizer e Currie (2004) stimano un effetto dei *network* simile anche alla seconda gravidanza per le madri che avevano già utilizzato lo schema di assistenza pubblica e che, quindi, avrebbero dovuto già conoscerlo. Questa evidenza indiretta contrasta con i risultati di altri studi che dimostrano l'importanza della (mancanza di) informazione nel determinare la partecipazione in programmi sociali (Daponte *et al.*, 1999; Aizer, 2004; Heckman, Smith, 2004). In un recente contributo Cohen-Cole e Zanella (2008), partendo dalla metodologia sviluppata da Bertrand *et al.* (2000), cercano di decomporre l'effetto dei *network* in norme e informazione e trovano che il canale informativo è relativamente più importante nello spiegare l'accesso al *welfare* negli USA. Il grosso limite della loro analisi è che la strategia di identificazione proposta si basa sul-

la validità dell'ipotesi che l'informazione si trasmetta solo all'interno delle comunità di riferimento, mentre le norme sociali avrebbero influenza anche fra comunità.

In secondo luogo, l'approccio non consente di distinguere tra tipi di contatto sociale (debole o forte), teoricamente così importante. Patacchini e Zenou (2008) tentano di affrontare il problema in uno studio sugli esiti occupazionali fra le minoranze etniche in Inghilterra. Gli autori assumono che la concentrazione etnica nell'area di residenza sia una buona misura del numero di amici e parenti (i legami forti), mentre i legami deboli siano ben approssimati dalla densità in aree vicine. Anche in questo caso, quindi, la strategia identificativa si basa su un'ipotesi, ovvero la coincidenza fra distanza sociale e distanza geografica.

### 3. I dati

Il presente studio utilizza i dati raccolti del Naga, tra il gennaio 2000 e il dicembre 2008. Il Naga ([www.naga.it](http://www.naga.it)) è un'associazione volontaria ubicata in Milano che offre assistenza sanitaria gratuita agli immigrati irregolari, senza alcuna discriminazione di razza e/o religione. Il numero medio di visite giornaliere svolto dal Naga è di circa 60, fra prime visite e visite successive alla prima. Gli utenti provengono tutti da Milano e dintorni.

Al momento della prima visita presso l'ambulatorio del Naga, per ciascun paziente viene compilata una cartella composta di due parti: la prima parte, contenente le informazioni demografiche e socio-economiche, viene redatta da volontari non-medici del Naga; la seconda parte, contenente dati medici, viene invece compilata dal personale medico e aggiornata a ogni visita. L'analisi seguente utilizza soltanto i dati contenuti nella prima parte della cartella, gli unici disponibili in formato elettronico, che includono: data di nascita, nazionalità, genere, data di arrivo in Italia, stato civile, livello di istruzione, condizione lavorativa (in Italia e nel Paese d'origine), conoscenza dell'italiano, la situazione abitativa e il contatto col Naga, ossia come i nuovi pazienti abbiano conosciuto il Naga. Tutte le informazioni disponibili si riferiscono alla situazione degli utenti al momento della loro prima visita al Naga.

Inizialmente il campione contiene 47.835 pazienti. Sono stati eliminati quegli individui con informazione incompleta su data di nascita, data di arrivo in Italia, data della visita e livello di istruzione. Inoltre, sono stati esclusi dall'analisi i minori di 15 anni. È bene sottolineare che nessuno dei risultati del presente lavoro è influenzato da queste scelte. Il campione finale, utilizzato nell'analisi, è costituito da 41.305 individui. Per alcuni di essi, l'informazione non è completa.

La colonna «Intero campione» della **tabella 1** riporta le principali statistiche descrittive (media, deviazione standard e numero di osservazioni disponibili). Nell'interpretare i dati, occorre sottolineare che il campione del Naga non è necessariamente rappresentativo dell'universo degli immigrati irregolari in Milano. Infatti, gli individui vengono rilevati solo se si recano al Naga per ricevere assistenza medica e ci sono numerosi fattori che possono influenzare questa scelta, primo fra tutti lo stato di salute, ma anche le condizioni socioeconomiche,<sup>6</sup> o la possibilità di recarsi al Naga durante l'orario di apertura, che coincide con l'orario lavorativo. Inoltre, un ulteriore fattore di autoselezione può derivare da fattori culturali e, in particolare, dalla familiarità con la medicina occidentale rispetto ad altri tipi di cure mediche. Questo fattore sembra essere importante soprattutto per alcune comunità asiatiche. Detto ciò, giova sottolineare che tutte le metodologie di campionamento dell'immigrazione irregolare presentano numerose criticità. Devillanova (2008) discute in dettaglio questi problemi e argomenta che il campione Naga riesce a cogliere particolarmente bene le comunità di recente arrivo in Italia. L'autore mostra, inoltre, che le possibili distorsioni del campione sono innocue ai fini dello studio dei *network* informativi. Sul punto si tornerà in seguito.

Circa il 55% del campione è costituito da uomini. Gli individui sono relativamente giovani, con un'età media che supera di poco i 30 anni. Il livello d'istruzione appare particolarmente elevato, in assoluto e relativamente alla popolazione italiana. Il 53% del campione è in possesso di istruzione superiore, di questi il 10% ha istruzione universitaria. Circa il 65% degli individui conosce la lingua italiana. Per quanto concerne lo *status* occupazionale, i tassi di attività sono estre-

	Intero campione			Network = 1			Network = 0		
	Media	Sd. Dev.	# oss.	Media	Sd. Dev.	# oss.	Media	Sd. Dev.	# oss.
Permanenza (in mesi)	25.07	35.18	41305	23.19	32.92	32710	32.24	41.93	8595
Uomo	0.55	0.50	41305	0.53	0.50	32710	0.61	0.49	8595
Età alla migrazione	30.33	9.85	41305	30.58	9.95	32710	29.40	9.37	8595
Istruzione									
Nessuna	0.04	0.20	41305	0.04	0.20	32710	0.04	0.20	8595
Primaria	0.10	0.30	41305	0.10	0.30	32710	0.10	0.30	8595
Secondaria	0.33	0.47	41305	0.33	0.47	32710	0.32	0.47	8595
Superiore	0.43	0.49	41305	0.43	0.49	32710	0.43	0.49	8595
Università	0.10	0.29	41305	0.09	0.29	32710	0.11	0.27	8595
Italiano	0.65	0.48	37184	0.63	0.48	29627	0.73	0.44	7557
Inattivo	0.02	0.13	38764	0.02	0.12	30661	0.02	0.13	8103
Disoccupato	0.42	0.49	38764	0.42	0.49	30661	0.39	0.49	8103
Occupazione fissa	0.28	0.45	38764	0.27	0.44	30661	0.32	0.47	8103
Occupazione saltuaria	0.29	0.45	38764	0.29	0.45	30661	0.27	0.44	8103
Coniugato	0.46	0.50	40926	0.46	0.50	32415	0.43	0.50	8511
% con figli	0.49	0.50	41305	0.50	0.50	32710	0.46	0.50	8595
# di figli	1.10	1.54	41305	1.12	1.56	32710	1	1.44	8595
# di coabitanti	4.14	1.94	32237	4.20	1.95	26004	3.89	1.88	6233
Abitazione									
Altro	0.08	0.26	38462	0.06	0.24	30337	0.13	0.34	8125
Affitto/amici	0.84	0.37	38462	0.85	0.35	30337	0.78	0.42	8125
Datore di lavoro	0.07	0.25	38462	0.06	0.24	30337	0.08	0.26	8125
Propria	0.02	0.14	38462	0.02	0.15	30337	0.02	0.12	8125
Ex-professione									
<i>Out of labor force</i>	0.08	0.26	33506	0.08	0.27	26493	0.06	0.24	7013
<i>Unemployed</i>	0.05	0.21	33506	0.04	0.21	26493	0.06	0.23	7013
<i>Other</i>	0.01	0.11	33506	0.01	0.10	26493	0.01	0.12	7013
<i>Professionals</i>	0.06	0.25	33506	0.06	0.24	26493	0.07	0.26	7013
<i>Tech. and assoc.</i>	0.06	0.24	33506	0.06	0.24	26493	0.06	0.24	7013
<i>Clerks</i>	0.07	0.26	33506	0.08	0.27	26493	0.07	0.25	7013
<i>Service and shop</i>	0.17	0.38	33506	0.18	0.38	26493	0.16	0.36	7013
<i>Craft and related</i>	0.13	0.33	33506	0.12	0.33	26493	0.14	0.35	7013
<i>Plant and machine</i>	0.05	0.21	33506	0.05	0.22	26493	0.04	0.21	7013
<i>Elementary</i>	0.18	0.39	33506	0.18	0.39	26493	0.19	0.39	7013
<i>Students</i>	0.13	0.34	33506	0.13	0.34	26493	0.15	0.36	7013
Europa orientale	0.20	0.40	41305	0.18	0.38	32710	0.29	0.45	8595
Asia	0.13	0.34	41305	0.14	0.35	32710	0.10	0.29	8595
Nord Africa	0.22	0.41	41305	0.20	0.40	32710	0.26	0.44	8595
Africa Sub-Sahariana	0.08	0.27	41305	0.07	0.26	32710	0.10	0.30	8595
America Latina	0.38	0.48	41305	0.41	0.49	32710	0.25	0.44	8595
Anno 2000	0.10	0.31	41305	0.11	0.31	32710	0.08	0.27	8595
Anno 2001	0.15	0.35	41305	0.15	0.36	32710	0.12	0.33	8595
Anno 2002	0.13	0.34	41305	0.14	0.34	32710	0.13	0.33	8595
Anno 2003	0.10	0.30	41305	0.10	0.30	32710	0.09	0.29	8595
Anno 2004	0.08	0.27	41305	0.08	0.28	32710	0.07	0.26	8595
Anno 2005	0.11	0.32	41305	0.11	0.32	32710	0.11	0.32	8595
Anno 2006	0.11	0.31	41305	0.10	0.30	32710	0.13	0.34	8595
Anno 2007	0.11	0.32	41305	0.11	0.31	32710	0.15	0.35	8595
Anno 2008	0.10	0.30	41305	0.09	0.29	32710	0.12	0.33	8595

**Tabella 1**

Statistiche descrittive

mamente elevati (solo il 2% del campione si dichiara inattivo), il 42% del campione è disoccupato e il 57% ha un lavoro, equamente distribuito fra occupazioni fisse e saltuarie. Si noti che il tasso di occupazione risente fortemente del periodo di permanenza in Italia. Per esempio, per gli individui che si sono recati al Naga nel 2008, la percentuale di oc-

cupati dopo 3-4 anni di permanenza in Italia è del 76,1%. Inoltre, occorre ribadire che i problemi di selezione discussi in precedenza tendono a causare una sovra rappresentazione degli indigenti nel campione.

Il 46% del campione è coniugato (oltre il 5% è separato) e circa la metà ha figli, ma non è dato sapere se i figli vivano in Italia

o siano rimasti nel Paese di provenienza. In media ciascun individuo ha un figlio. I dati riportano anche alcune informazioni sulla condizione abitativa. L'84% del campione vive in affitto o presso amici o parenti. La percentuale di chi vive presso il datore di lavoro è del 7%, ma raggiunge il 12% per le donne (il 32% delle donne con occupazione fissa). Questo dato è spiegato dalla diffusione dei lavori di assistenza domestica fra le donne del campione: secondo le informazioni disponibili, il 70% delle donne che lavorano in Italia sono occupate come badanti, baby sitter o nelle pulizie domestiche. La tabella 1 riporta anche la professione nel Paese di origine. Le professioni sono state classificate utilizzando la variante europea della nuova *International Standard Classification of Occupations (ISCO-88)*.

Il 38% del campione proviene dall'America Latina, il 22% dal Nord Africa. Le ultime 9 righe riportano le percentuali di visite negli anni.

La variabile dipendente dell'analisi è la permanenza, misurata con il tempo intercorso fra l'arrivo in Italia e la data della prima visita al Naga. La prima riga della tabella 1 mostra che, in media, la permanenza è di 25 mesi. La **tabella 2** evidenzia un progressivo allungamento del periodo di permanenza in Italia: nel 2000 il tempo medio fra l'arrivo in Italia e la prima visita era di circa 20 mesi. Il dato resta costante fino al 2003, per poi crescere progressivamente. Nel 2008 il tempo medio fra l'arrivo in Italia e la visita al Naga è di 38 mesi. Molti fattori possono aver influito su questa dinamica, incluso il fatto che dopo la sanatoria del 2002 le opportunità di uscire dalla condizione di irregolarità si sono drasticamente ridotte.

Infine, occorre sottolineare che esistono enormi differenze in tutte le variabili osservate tra Paesi e aree geografiche. Devillanova, Fasani e Frattini (2009) offrono una descrizione dettagliata del campione, evidenziando le differenze fra regioni e principali Paesi e mostrando l'evoluzione nel tempo.

#### 4. L'analisi empirica

Al fine di quantificare l'effetto dei contatti sociali sull'accesso alle cure sanitarie, occorre preliminarmente definire le variabili di interesse.

Anno	Permanenza (in mesi)
2000	19.95
2001	18.58
2002	21.10
2003	20.70
2004	22.19
2005	24.39
2006	28.33
2007	34.40
2008	38.37
<b>Tutti gli anni</b>	<b>25.07</b>

Per misurare la presenza di un *network* informativo forte, viene utilizzata la domanda su come il paziente è venuto a conoscenza del Naga. In particolare, è stata costruita una variabile dicotomica che prende valore 1 se la fonte dell'informazione è un amico o un parente, zero altrimenti. L'aspetto cruciale dell'indicatore di *network* utilizzato è che esso non misura l'esistenza di un contatto sociale forte, ma la circostanza che quel contatto sia stato fonte di informazione. Questo consente di identificare il canale informativo.

Per 5.502 individui, sui 47.835 del campione originale, manca l'informazione su come il paziente abbia conosciuto il Naga. Con riferimento al campione utilizzato nell'analisi (41.305 osservazioni), il passa parola è certamente il canale più importante per diffondere l'informazione sui servizi offerti dal Naga. Il 79,2% del campione ha ricevuto informazione sul Naga tramite un contatto sociale forte (amici o parenti). In particolare, la **tabella 3** mostra che il canale informativo è rappresentato da un parente per il 13,9% del campione, da un amico per il 65,3%. Il 15,8% ha ricevuto informazione sul Naga in un'altra struttura sanitaria, generalmente ospedali pubblici e pronto soccorso, e il 2,9% da un'associazione religiosa (con questo termine si intendono associazioni religiose in senso stretto e singoli esponenti di comunità religiose). Il restante 2,2% (le percentuali del testo non sommano a 100 a causa dell'approssimazione al secondo decimale) ha ottenuto l'informazione dal datore di lavoro (0,67%), a scuola (0,22%), tramite la pubblicità promossa dal Naga stesso (0,6%)

**Tabella 2**  
Periodo di permanenza  
in Italia

**Tabella 3**

Canali di invio al Naga, valori percentuali

	Donne	Uomini	Totale
Parenti	17.67	10.79	13.89
Amici	64.10	66.28	65.30
Medici/ospedali	12.49	18.58	15.83
Associazioni religiose	2.98	2.76	2.86
Datore di lavoro	1.20	0.24	0.67
Scuola	0.25	0.20	0.22
Pubblicità	0.72	0.50	0.60
Altro	0.59	0.64	0.63

e attraverso altri canali residuali. La tabella 3 evidenzia alcune differenze di genere. Distacca il maggior ricorso delle donne ai parenti e al datore di lavoro.

La misurazione dell'accesso alle cure sanitarie in questo contesto non è scontata. Generalmente il ricercatore osserva se una persona ha utilizzato un servizio sanitario o assistenziale e ciò gli permette di stimare l'effetto dei *network* etnici (colti da una qualche misura di concentrazione spaziale) sulla probabilità di accedervi. Questo approccio non può essere utilizzato con i dati a disposizione, poiché una delle peculiarità del campione è che gli individui vengono osservati solo se si recano al Naga per ricevere assistenza medica. Di conseguenza, tutti gli individui del campione accedono all'assistenza sanitaria. Per questa ragione si è deciso di misurare l'utilizzazione del servizio sanitario guardando alla permanenza in Italia, ovvero al tempo intercorso fra quando l'immigrato arriva in Italia e quando si reca per la prima volta al Naga.

Un aspetto importante da considerare è che, plausibilmente, si ricerca assistenza sanitaria se si ritiene di averne bisogno. Se si indica con «t» l'intervallo di benessere (il lasso di tempo che intercorre fra l'arrivo in Italia e il momento in cui l'immigrato necessita di assistenza sanitaria) e con «μ» il tempo necessario per giungere al Naga, condizionato all'aver bisogno di assistenza sanitaria, la strategia empirica consiste nel regredire  $\tau = \mu + t$  sull'indicatore di *network*. L'idea è che, se amici e parenti accrescono il flusso di informazioni disponibili e queste informazioni sono considerate più affidabili rispetto a quelle ricevute tramite altri canali, allora «μ» è minore per quegli immigrati che fanno affidamento su un contatto forte, ri-

spetto agli altri. Per dato intervallo di benessere «t», anche la permanenza in Italia «τ» sarà minore per chi ha un *network* informativo forte. La strategia identificativa proposta si basa, quindi, sull'ipotesi che il canale attraverso il quale si riceve informazione sul Naga non influenzi l'intervallo di benessere «t». Devillanova (2008) discute in dettaglio in quali circostanze questa ipotesi è violata e le possibili distorsioni sulla stima del parametro di interesse e mostra che il problema è trascurabile in questo contesto.

Le ultime due colonne della tabella 1 riportano alle statistiche descrittive, distinguendo fra individui che hanno e quelli che non hanno ricevuto informazioni da un amico o un parente. Il dato che distacca è la minore permanenza in Italia per chi ha un *network* informativo forte: il lasso di tempo che intercorre tra l'arrivo e la prima visita al Naga è di circa 23 mesi per chi ha *network* uguale a 1; per chi ha *network* uguale a zero la permanenza media è maggiore di 10 mesi. Questa osservazione suggerisce che chi fa affidamento su amici e parenti per ottenere informazioni sul Naga riesce ad accedervi prima. Chiaramente, il semplice confronto fra medie deve essere supportato dall'analisi di regressione, per controllare l'eterogeneità individuale.

Prima di passare all'analisi di regressione, conviene notare che la tabella 1 evidenzia alcune interessanti differenze fra i due gruppi di individui. Come notato in precedenza, la percentuale di uomini senza *network* forte è maggiore rispetto alle donne. Inoltre, tra gli individui che hanno l'indicatore di *network* uguale a 1, una percentuale superiore è coniugata (46%) e abita in affitto o presso amici e parenti (85%, contro il 78%), mentre una percentuale inferiore conosce l'italiano

(63% contro il 73%). La tabella evidenzia anche alcune differenze fra aree geografiche nell'uso dei *network* informativi forti.

#### 4.1. L'analisi di regressione

La **tabella 4** presenta i risultati dell'analisi di regressione in cui la variabile dipendente è il logaritmo della permanenza in Italia « $\tau_{ij}$ » per l'individuo « $i$ », proveniente dal Paese « $j$ », con  $\tau_{ij} = (data\ prima\ visita)_{ij} - (data\ arrivo\ in\ Italia)_{ij}$ . L'equazione stimata inclu-

de una costante, l'indicatore di *network*, con  $Network_i = 1$ , se l'informazione sul Naga è stata ottenuta tramite un amico o un parente, e  $Network_i = 0$ , altrimenti. Le variabili di controllo, che dipendono dalla specificazione adottata, cercano di cogliere le differenze nelle condizioni socio-economiche e di salute. Sfortunatamente, i dati a disposizione non offrono informazioni sullo stato di salute e sulle ragioni della visita. Per ridurre la perdita di informazioni, le osservazioni mancanti per alcuni controlli (stato civile, occupazione

	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>Network</i>	- 0.320*** [0.0239]	- 0.295*** [0.0221]	- 0.203*** [0.0183]	- 0.249*** [0.0281]
Uomo		0.0677* [0.0362]	0.0728*** [0.0254]	0.130** [0.0522]
Uomo* <i>Network</i>				- 0.0785** [0.0339]
Età		- 0.0267*** [0.00346]	- 0.0198*** [0.00318]	- 0.0267*** [0.00346]
Coniugato		- 0.0206 [0.0345]	- 0.00175 [0.0317]	- 0.0204 [0.0345]
Con figli		0.334*** [0.0445]	0.279*** [0.0425]	0.334*** [0.0446]
Nessuna istruzione		0.0194 [0.0723]	0.190*** [0.0614]	0.0202 [0.0723]
Istruzione primaria		- 0.00874 [0.0356]	0.0732*** [0.0273]	- 0.00847 [0.0355]
Istruzione secondaria		0.00884 [0.0166]	- 0.0691*** [0.0154]	0.00886 [0.0166]
Istruzione universitaria		0.0285 [0.0360]	- 0.0839*** [0.0306]	0.0285 [0.0359]
Inattivo			- 0.388*** [0.0359]	
Disoccupato			- 0.499*** [0.0339]	
Occupazione fissa			0.180*** [0.0168]	
Italiano			0.794*** [0.0303]	
Altra sit. abitativa			0.0743 [0.0489]	
Affitto/amici			0.106*** [0.0276]	
Datore di lavoro			0.0846** [0.0417]	
Abitazione propria			0.0918* [0.0532]	
# coabitanti			si	
Ex professione		si	si	si
Effetto fisso per Paese	si	si	si	si
Effetto fisso per anno	si	si	si	si
Costante	3.329*** [0.0561]	3.885*** [0.0769]	3.693*** [0.0601]	3.847*** [0.0770]
# osservazioni	41305	41305	41305	41305
R-quadro	0.119	0.153	0.295	0.153

**Tabella 4**  
Analisi di regressione

Robust standard errors in brackets. Standard errors have been adjusted for clustering at the country level. \* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%.

Il livello di istruzione escluso è quello secondario superiore; per lo status occupazionale, la categoria esclusa è l'occupazione saltuaria; per la situazione abitativa.

in Italia, ex-professione, condizione abitativa, conoscenza dell'italiano, numero di coabitanti) sono state codificate in un'ulteriore categoria. Questa scelta non ha alcuna conseguenza sui risultati della stima.

La prima colonna della tabella 4 include solo l'indicatore di *network* e una serie di effetti fissi per il Paese di provenienza e per l'anno della visita.

La seconda colonna aggiunge ai precedenti effetti fissi il genere, l'età al momento della migrazione, lo stato civile, una variabile uguale a 1 se l'individuo ha figli, il livello di istruzione e la professione nel Paese di origine. L'aspetto cruciale di queste variabili è che sono tutte ragionevolmente esogene. L'età ha una funzione scontata e dovrebbe contribuire a controllare per lo stato di salute dell'individuo. Tutte le altre variabili hanno lo scopo di controllare per la differente attitudine verso i servizi sanitari. In particolare, l'istruzione e l'occupazione nel Paese di origine possono potenzialmente cogliere lo *status* socio-economico nel Paese di provenienza e, quindi, le attitudini individuali verso le cure sanitarie.

La colonna 2 della tabella 4 mostra che l'aver ricevuto informazioni dal Naga da un amico o un parente riduce il tempo alla visita di poco meno del 30%. Si tratta di un valore elevato e statisticamente significativo all'1%. Il risultato non si modifica se viene introdotto anche un termine quadratico nell'età e se la variabile genitore viene sostituita da un *set* di indicatori per l'esatto numero di figli (in questo caso, i risultati – non riportati – mostrano una riduzione del tempo medio alla visita al crescere del numero di figli). Per avere il senso dell'effetto, è stato calcolato il tempo alla visita predetto dalla specificazione 2 e si è proceduto a farne la media per individui con e senza *network* forte. I risultati mostrano che, in media, aver ricevuto informazione da un amico o parente riduce il tempo di arrivo al Naga di 5,6 mesi (11,8 mesi per chi ha ricevuto l'informazione da un amico o parente, 17,4 mesi per gli altri individui del campione). Questo è un effetto ampio in termini assoluti e se comparato a quello di altre variabili esplicative, in particolare il livello di istruzione.

La specificazione riportata nella colonna 3 aggiunge ai precedenti controlli anche lo *status* occupazionale in Italia e la condizione abitativa (tipologia di abitazione e una serie

di indicatori per l'esatto numero di coabitanti), in quanto queste variabili possono essere correlate allo stato di salute. La colonna 3 include anche la conoscenza dell'italiano. Chiaramente, la conoscenza dell'italiano può influenzare l'accesso al Naga perché consente, ad esempio, di chiedere informazioni, leggere la pubblicità, ecc. Il problema di questi controlli è che sono tutti potenzialmente endogeni. In particolare, la probabilità di trovare lavoro e il livello di conoscenza dell'italiano aumentano, plausibilmente, con la permanenza in Italia. Due considerazioni appaiono importanti. In primo luogo, l'effetto dei *network* resta quantitativamente importante e statisticamente significativo anche dopo l'inclusione di queste variabili: aver ricevuto informazione da un amico o un parente riduce il tempo della prima visita di circa il 20%. Applicando la stessa procedura utilizzata precedentemente, il vantaggio in termini di ritardo alla visita predetto dal modello è di poco inferiore ai 5 mesi e mezzo. In secondo luogo, la riduzione della stima puntuale, da  $-0,295$  a  $-0,203$  è interamente attribuibile all'inclusione dello *status* occupazionale in Italia e della conoscenza dell'italiano, sulla cui endogeneità si è detto sopra. Se queste due variabili vengono escluse dall'analisi il coefficiente stimato è  $-0,29$  (è  $-0,25$  se si esclude solo la conoscenza dell'italiano). Giova ribadire che tutti i risultati riportati in questo lavoro sono solidi. Sono stati replicati tutti i controlli di robustezza proposti in Devillanova (2008), sia per verificare la stabilità delle stime al cambiare della specificazione econometria, sia per provare che la misura di *network* utilizzata colga effettivamente il canale informativo.

Per quanto riguarda la stima dei controlli individuali, i loro valori vanno interpretati con cautela, proprio per le caratteristiche del campione. In breve, il tempo medio alla visita è maggiore per gli uomini e per gli individui con figli e diminuisce con l'età al momento dell'immigrazione. Al crescere del livello di istruzione si riduce il tempo alla visita, ma l'effetto è statisticamente significativo solo dopo aver controllato per lo *status* occupazionale dell'individuo (colonna 3). Essere coniugati non ha un effetto significativo sulla variabile dipendente. I coefficienti associati all'anno della visita (per brevità, non riportati nella tabella 4)

indicano un allungamento dei tempi medi alla visita, peraltro già evidente nella precedente tabella 2. Si è anche provato a far interagire l'anno della visita con la variabile di *network*, ma i risultati non mostrano evoluzioni degne di nota.

L'ultima colonna della tabella 4 introduce, nella specificazione della colonna 2, di seguito utilizzata come specificazione di riferimento, un termine di interazione fra genere e indicatore di *network*. I coefficienti stimati confermano la minore propensione all'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli uomini (coefficiente 0,13, statisticamente significativo al 5%), ma mostrano anche un maggior effetto dei *network* informativi forti per loro (il coefficiente di interazione uomo-*network* è pari a -0,078). In altri termini, per gli uomini la riduzione stimata del tempo medio alla visita indotta da aver ricevuto informazione da un amico o parente è di circa il 33%, contro un 25% per le donne. Questo risultato non dipende dalla specificazione utilizzata e, in particolare, è preservato se si utilizza la specificazione della colonna 3.

La **tabella 5** investiga ulteriormente questi risultati, disaggregando la misura di *network* in parenti, amici, associazioni religio-

se, strutture sanitarie e altre fonti di informazione. La categoria esclusa è l'informazione ottenuta presso strutture sanitarie. La colonna 1 mostra che l'informazione ricevuta da parenti è quella di gran lunga più importante nel determinare l'accesso al Naga, con un coefficiente stimato di -0,647. Si noti che l'uso di una variabile maggiormente disaggregata accresce marginalmente l'effetto dei *network* forti che, se congiuntamente stimato, è -0,322, rispetto al precedente valore di -0,296 (il dato non è può essere desunto direttamente dalla tabella). Questo risultato è spiegabile osservando che anche le associazioni religiose, e alcune delle fonti di informazioni residuali, costituiscono dei *network* sociali, che possono facilitare l'acquisizione di informazioni e l'accesso al Naga. Infatti, l'analisi di regressione conferma che il ricevere l'informazione sul Naga da un'associazione religiosa riduce il tempo medio alla visita (coefficiente -0,168).

La colonna 2 aggiunge alla precedente specificazione un termine di interazione fra le fonti di informazione e il genere. I risultati dimostrano che sia amici che parenti hanno un effetto quantitativamente maggiore (in valore assoluto) per gli uomini: i termini di

	(1)	(2)
Altre fonti di informazione	- 0.0590 [0.0414]	- 0.000456 [0.0516]
Parenti	- 0.647*** [0.0378]	- 0.562*** [0.0407]
Amici	- 0.261*** [0.0243]	- 0.188*** [0.0348]
Associazioni religiose	- 0.168*** [0.0458]	- 0.0943 [0.0704]
Uomo	0.0615* [0.0331]	0.165*** [0.0502]
Altre fonti di informazione* uomo		- 0.0858 [0.0788]
Parenti* uomo		- 0.148*** [0.0548]
Amici* uomo		- 0.115*** [0.0366]
Associazioni religiose* uomo		- 0.117 [0.0764]
Costante	3.926*** [0.0726]	3.860*** [0.0713]
# osservazioni	41305	41305
R-quadro	0.164	0.164

Robust standard errors in brackets. Standard errors have been adjusted for clustering at the country level. \* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%.

Entrambe le colonne includono tutti i controlli individuali della specificazione 2, tabella 4, ed effetti fissi per anno della visita e paese di provenienza.

**Tabella 5**  
Analisi di regressione  
con canali di informazione  
disaggregati

interazione sono, rispettivamente,  $-0,148$  e  $-0,115$ , entrambi altamente significativi. Al contrario, non emergono differenze di genere nell'effetto dell'informazione ottenuta attraverso associazioni religiose.

## 5. Conclusioni

Questo lavoro offre un tentativo di quantificazione dell'effetto dei *network* sociali forti fra immigrati irregolari sul loro accesso alle cure mediche. Il lavoro dimostra che ricevere informazioni tramite un amico o un parente riduce i tempi di accesso ai servizi sanitari. L'effetto è quantitativamente importante, statisticamente significativo e relativamente più forte per gli uomini.

L'aspetto peculiare dell'analisi è che i dati utilizzati consentono di identificare con precisione il tipo di contatto sociale, in particolare la presenza di un *network* forte (amici e parenti) e il canale attraverso il quale lo stesso influisce sui comportamenti individuali (la trasmissione di informazioni).

I risultati di questo lavoro hanno dirette implicazioni pratiche. Infatti, la conoscenza dei canali attraverso cui i *network* sociali influenzano i comportamenti individuali è fondamentale per prevedere gli effetti di concrete proposte di *policy*. Come già osservato, la letteratura esistente è riuscita a dimostrare un effetto causale dei *network* etnici sull'accesso ai programmi di *welfare* e ai servizi sanitari, senza però identificare separatamente i due canali (informazioni e norme). Il presente lavoro, quantificando l'importanza del canale informativo, suggerisce che le reti sociali possano essere sfruttate da interventi concreti, in maniera relativamente semplice e poco costosa. Per esempio, si immagini di voler promuovere un programma di profilassi di una malattia infettiva, il cui accesso è garantito anche agli immigrati irregolari secondo la normativa vigente (D.L.vo 286/98, art. 35, lett. c). In questo caso, il tasso di accesso può essere elevato comunicando tali politiche secondo modalità che sfruttino l'effetto moltiplicatore delle reti sociali di informazione,<sup>7</sup> per esempio concentrando la pubblicità sui luoghi di incontro degli immigrati o adoperando i media autogestiti, diretti alle comunità straniere presenti sul territorio, utilizzando la lingua più parlata all'interno del gruppo,

ecc. Al contempo, occorre essere consapevoli che qualsiasi atto che faccia insorgere nella comunità immigrata sentimenti di diffidenza, non necessariamente fondata, verso le strutture sanitarie, si diffonderebbe attraverso gli stessi canali, riducendo fortemente il successo del programma.

In generale, conoscere i meccanismi di funzionamento dei *network* etnici può essere particolarmente importante per affrontare i problemi dell'esclusione (o della dipendenza) di fasce della popolazione da specifici servizi sociali.

## Note

1. Con l'espressione immigrati irregolari vengono indicati i migranti non in regola con le norme relative all'ingresso o al soggiorno, ovvero gli stranieri entrati in Italia senza regolare visto di ingresso e coloro che hanno perduto i requisiti necessari per la permanenza sul territorio nazionale, di cui erano però in possesso all'ingresso in Italia.
2. Anche in questo caso è necessario un chiarimento terminologico. L'uso dell'espressione *network* etnici per indicare fenomeni fra loro differenti è ampiamente diffusa nella letteratura economica, specialmente di natura empirica. Questa prassi viene qua adottata per semplicità espositiva, in quanto consente di discutere, nel prossimo paragrafo, in maniera concisa l'ampia letteratura di riferimento.
3. Sulle disuguaglianze etniche e razziali nell'accesso ai servizi sanitari si veda anche, per gli USA, l'ampia documentazione prodotta dalla Kaiser Family Foundation ([www.kff.org](http://www.kff.org)) e, per l'Europa, European Commission (2008).
4. Leclere, Jensen e Biddlecom (1994) studiano specificamente l'utilizzo dei servizi sanitari degli immigrati e mostrano come il tasso di accesso e il volume delle cure aumenti con la permanenza negli Stati Uniti.
5. In generale, i cittadini stranieri titolari di regolare permesso di soggiorno hanno la facoltà, ed in alcuni casi l'obbligo, di iscriversi al Ssn e il loro trattamento sotto il profilo di accesso ai servizi sanitari è parificato a quello dei cittadini italiani. Per gli stranieri irregolarmente presenti in Italia, sono garantite le cure urgenti o comunque essenziali (D.L.vo 25 luglio 1998, n. 286, articolo 35). Concretamente, le cure urgenti vengono erogate gratuitamente in Pronto Soccorso; per avere accesso alle cure essenziali è necessaria l'attribuzione di un codice STP (Straniero temporaneamente presente). Una guida semplice alla normativa è disponibile presso il sito internet del Ministero dell'Interno, alla voce Immigrazione. Giova sottolineare che l'attribuzione del codice STP non prevede l'assegnazione del medico di base e che esistono differenze fra Regioni nell'applicazione della normativa esistente. In particolare, si legge sul sito del Naga che «nella Regione Lombardia sono solo le associazioni di volontariato che garantiscono la medicina di base e che inviano

alle strutture pubbliche per ottenere visite specialistiche, prestazioni diagnostiche e ricoveri ospedalieri» ([www.naga.it](http://www.naga.it)).

6. Ad esempio, è plausibile che il Naga sia utilizzato in misura maggiore dagli indigenti, data la gratuità del servizio, mentre gli immigrati che hanno sufficienti

risorse economiche potrebbero preferire il ricorso a strutture mediche private a pagamento.

7. Se, viceversa, i *network* sociali operassero principalmente attraverso il canale norme, evidentemente queste iniziative avrebbero scarso effetto sull'accesso al programma.

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

- AIZER A. (2004), «Advertising, Medicaid and Child Health», Brown WP #2003-20.
- AIZER A., CURRIE J. (2004), «Networks or Neighborhoods? Correlations in the Use of Publicly-funded Maternity Care in California», *Journal of Public Economics*, 88, pp. 2573-85.
- ÅSLUND O., FREDRIKSSON P. (2005), «Ethnic Enclaves and Welfare Cultures – Quasi-Experimental Evidence», CESifo Working Paper No. 1430, March.
- BAKER M., DWAYNE B. (1995), «The Receipt of Transfer Payments by Immigrants to Canada», *Journal of Human Resources*, 30(4), pp. 650-76.
- BEAN F.D., VAN HOOK J.V.W., GLICK J.E. (1997), «Country of Origin, Type of Public Assistance, and Patterns of Welfare Reciprocity among U.S. Immigrants and Natives», *Social Science Quarterly*, 78(2), pp. 432-51.
- BERTRAND M., LUTTMER E.F.P., MULLAINATHAN S. (2000), «Network Effects and Welfare Cultures», *The Quarterly Journal of Economics*, 115(3), pp. 1019-1056.
- BORJAS G.J., HILTON L. (1996), «Immigration and the Welfare State: Immigrant Participation in means-tested Entitlement Programs», *Quarterly Journal of Economics* 111(2), pp. 575-604.
- BORJAS G.J., TREJO S.J. (1991), «Immigrant Participation in the Welfare System», *Industrial and Labor Relations Review* 44(2), pp. 195-211.
- BORJAS G.J., TREJO S.J. (1993), «National Origin and Immigrant Welfare Reciprocity», *Journal of Public Economics* 50(3), pp. 325-344.
- COHEN-COLE E., ZANELLA G. (2008), «Welfare Stigma or Information Sharing? Decomposing Social Interaction Effects in Social Benefit Use», Quaderni del Dipartimento di Economia Politica, n. 531, Università degli Studi di Siena.
- CURRIE J. (2004), «The Take-up of Social Benefits», in Alan Auerbach, David Card, John Quigley (eds), *Poverty, The Distribution of Income, and Public Policy*, (Russell Sage, New York) forthcoming.
- CURRIE J., HOTZ J.V. (2004), «Inequality in Life and Death: What Drives Racial Trends in U.S. Child Death Rates?», in *Social Inequality*, Russell Sage, New York, 2004, pp. 569-632.
- DAPONTE B.O., SANDERS S., TAYLOR L. (1999), «Why Do Low Income Households not Use Food Stamps: Evidence from an Experiment», *Journal of Human Resources*, 34(3), pp. 612-628.
- DERI C. (2005), «Social Networks and Health Service Utilization», *Journal of Health Economics*, 24(6), pp. 1076-1107.
- DEVILLANOVA C. (2008), «Social Networks, Information and Health Care Utilization: Evidence from Undocumented Immigrants in Milan», *Journal of Health Economics*, 27, pp. 265-286.
- DEVILLANOVA C. (2009), «I costi dell'immigrazione per la finanza pubblica», in Ismu (editor) *Quattordicesimo Rapporto sulle migrazioni 2008*, Franco Angeli, pp. 205-218.
- DEVILLANOVA C., FASANI F., FRATTINI T. (2009), «Cittadini senza diritti: abitare e lavorare a Milano da clandestini: Dati Naga 2000-2008», mimeo, Università Bicconi, Milano.
- DUGGAN M.G., KEARNEY M. (2005), «The Impact of Child SSI Enrollment: Evidence from the Survey of Income and Program Participation», mimeo, University of Maryland.
- ENCHAUTEGUI M.E. (2002), «Household Members and Employment Outcomes of Recent Immigrants: A Network Approach», *Social Science Quarterly*, 83(2), pp. 594-611.
- EUROPEAN COMMISSION (2008), «Quality in and Equality of Access to Healthcare Services».
- GIBBS J.P. (1965), «Norms: The Problem of Definition and Classification», *The American Journal of Sociology*, Vol. 70(5), pp. 586-594.
- GRANOVETTER M. (1973), «The Strength of Weak Ties», *The American Journal of Sociology*, 78(6), pp. 1360-1380.
- GRANOVETTER M. (1983), «The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited», *Sociological Theory*, Vol. 1, pp. 201-233.
- GRANOVETTER M. (2005), «The impact of social structure on economic outcomes», *Journal of Economic Perspectives*, 19 (1), pp. 33-50.
- HECKMAN J.J., SMITH J.A. (2004), «The determinants of Participation in a Social Program: evidence from a Prototypical Job Training Program», *Journal of Labor Economics*, 22(4), pp. 243-98.
- LECLERE F.B., JENSEN L., BIDDLECOM A.E. (1994), «Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States», *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), pp. 370-84.
- MANSKI C. (1993), «Identification of Endogenous So-

- cial Effects: The Reflection Problem», *The Review of Economic Studies*, 60(3), pp. 531-42.
- MCDONALD J.T., KENNEDY S. (2005), «Is Migration to Canada Associated with Unhealthy Weight Gain? Overweight and Obesity among Canada's Immigrants», *Social Science & Medicine*, 61, pp. 2469-2481.
- MENJIVAR C. (2000), *Fragmented Ties: Salvadoran Immigrant Networks in America*, University of California Press. (2nd Printing), Berkeley, CA.
- PATACCHINI E., ZENOU Y. (2008), «Ethnic networks and Employment Outcomes», IZA Discussion Paper, n. 3331.
- PORTES A. (a cura di) (1995), *The Economic Sociology of Immigration: Essays on Networks, Ethnicity, and Entrepreneurship*, Russell Sage Foundation.
- RIPHAHN R. (2004), «Immigrant Participation in Social Assistance Programs: Evidence from German Guest-workers», mimeo, University of Basel.

# La logistica del paziente nel percorso dell'emergenza-urgenza: il caso della Discharge Room senese

SILVIA PAGLIANTINI, MARCO NERATTINI, CARLO RINALDO TOMASSINI

*Overcrowding in Emergency Departments room is one of the most important issues facing hospitals nationwide. The most effective solutions are based on operations management logic and tools. This work first analyses the transition towards pull-based solutions of Emergency Department overcrowding and then describes how the AOU Siena, Italy, has improved patient flow and discharging processes by creating a new co-department, the Discharge Room, able to operate in down-pull mode and reduce the lead time in Emergency Department. The AOU Siena, experienced after the first year of discharge room implementation, an increased percentage (from 78 to 83%) of patients staying in the emergency department less than 4 hours. This also contributed to a decrease in that well known component of clinical risk correlated to emergency overcrowding, and to a better resource management.*

Keywords: overcrowding, emergency department, discharge room

Parole chiave: sovraffollamento, pronto soccorso, *discharge room*

## Note sugli autori

Silvia Pagliantini, diplomata MIMS, Area dei Servizi Logistici Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte - Siena s.pagliantini@ao-pisa.toscana.it; Marco Nerattini, Direttore UU.00 Innovazione e Sviluppo Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, già Direttore UU.00 Assicurazione Qualità Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte, Siena m.nerattini@ao-pisa.toscana.it; Carlo Rinaldo Tomassini: Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, già Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Le Scotte, Siena segrdirgen@ao-pisa.toscana.it

## 1. Introduzione

Il profondo cambiamento nella percezione del bisogno di salute trova nel Pronto soccorso il luogo sociale privilegiato, deputato al soddisfacimento della *domanda di salute*.<sup>1</sup> Attraverso il Pronto soccorso transita la gran parte dei pazienti che occuperanno i posti letto dell'ospedale. Questo dato è molto evidente per gli ospedali di piccole-medie dimensioni, mentre per i grandi ospedali, specie quelli delle aziende ospedaliero-universitarie, la percentuale dei posti letto occupati da pazienti che passano dal Pronto soccorso è minore, data la grande quantità di pazienti ricoverati in modalità programmata, tipica delle sedi che hanno forte concentrazione di discipline ad elevata specializzazione.

In entrambi i casi, per ragioni diverse, è facile capire come i problemi del Pronto soccorso, che consistono principalmente in attese, ritardi nella fase del ricovero, diversioni del sistema 118, e che sono quindi solo in parte quantificabili con gli indicatori di permanenza, siano legati alle caratteristiche strutturali e organizzative del *sistema ospedale* e alla scarsa integrazione tra le diverse unità operative che lo «compongono» (IHI, 2003). In altre parole, le criticità del Pronto soccorso sono un problema *di sistema* non un problema peculiare del Pronto soccorso, o almeno non solo di questo (Derlet *et al.*, 2000).

Spesso l'inefficienza, in quest'area, trova il suo perimetro significativo nell'incapacità delle attività *a valle* del processo (medicina d'emergenza, terapia intensiva, reparti di area medica e chirurgica) di assorbire e sostenere il flusso di pazienti trattati e inviati dal Pronto soccorso.

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Esperienze *pull* nel Pronto soccorso
3. Strumenti *pull* nel percorso assistenziale
4. La *Discharge Room* nell'Azienda ospedaliera universitaria senese

Giungere a questa conclusione, oggi universalmente accettata, ha richiesto molto tempo. Molte sono state le soluzioni adottate per fronteggiare il problema, fra le quali alcune tese ad aumentare la capacità produttiva del Pronto soccorso, mediante l'incremento sia della dotazione di personale che della disponibilità degli spazi. L'utilità di queste misure si è dimostrata non risolutiva, contribuendo in alcuni casi a peggiorare la situazione, costituendo un ulteriore elemento di discontinuità e ostacolo nell'attività di Pronto soccorso.

Altre soluzioni proposte o implementate sono state quelle di riservare una quota parte, fissa, di posti-letto disponibili nei reparti di degenza, in modo tale da poter contare su una disponibilità certa, spesso calcolata sulle serie storiche di ricoveri necessari ogni giorno.

Nonostante tutto, anche questi tentativi lineari e di buon senso non sempre hanno portato a una soluzione definitiva del problema. Semmai, hanno reso evidente un problema diverso sul versante dell'attività di ricovero programmato, con un allungamento delle liste di attesa dei pazienti in elezione, soprattutto per le specialità mediche e per tutta l'area della chirurgia.

Di fronte all'inefficacia di soluzioni così intuitivamente chiare, quello che conforta è che tutto il mondo occidentale si sta confrontando con lo stesso problema (Hoot *et al.*, 2008; Trzeciak *et al.*, 2003; Moskop *et al.*, 2009); inoltre, da pochi anni, iniziano a comparire esperienze che dimostrano come sia possibile pensare a una prossima, e quasi completa, soluzione.

Queste esperienze hanno in comune un approccio, basato sulla visione delle problematiche organizzative di processo, finalizzato allo studio e alla gestione dei flussi dei pazienti (*patient flow*) all'interno dell'ospedale, dal momento della loro entrata, sia attraverso il Pronto soccorso che mediante una prenotazione del ricovero, fino alla loro dimissione.

Principalmente le soluzioni implementate ruotano attorno a meccanismi/strumenti utili a:

- reingegnerizzare/migliorare il flusso di pazienti (*patient flow*);

- creare meccanismi di segmentazione del flusso in entrata (elezione/urgenza);

- introdurre strutture/servizi in grado di «fluidificare» il percorso assistenziale riducendo i cosiddetti «colli di bottiglia» (*bottle-neck*);

- riorganizzare il metodo/carico di lavoro (intensità assistenziale).

Spesso l'argomento si ritrova in molti approcci che portano il nome di «lean thinking», di «Toyota Production System», di modernizzazione, di CQI (*Continuous Quality Improvement*), di «reingegnerizzazione dei processi» (*Business Process Reengineering - BPR*), «miglioramento dei processi» (*Business Process Improvement - BPI*)<sup>2</sup> e altri ancora (Nicosia *et al.*, 2008).

Questa prima parte (§§ 1-3) è finalizzata a descrivere alcuni concetti chiave di questo approccio *per processi* illustrandone le possibilità con riferimento al problema Pronto soccorso (*focus* §§ 1-2).

### 1.1. La previsione della domanda

Un concetto chiave dei nostri sistemi sanitari, con cui ancora non siamo abituati a confrontarci, è rappresentato dalla cosiddetta attività di *previsione della domanda*.

L'applicazione di questo concetto è una sfida ai nostri paradigmi culturali. Riteniamo, erroneamente, che la domanda al Pronto soccorso non sia prevedibile e si presenti con una alta variabilità. Questo è facilmente confutabile: studi di settore<sup>3</sup> hanno dimostrato che il Pronto soccorso registra un numero di accessi facilmente prevedibile, spesso lo stesso numero, o di poco superiore, dell'anno precedente, secondo gli andamenti registrati negli ultimi anni.

Il numero dei pazienti che si presentano al Pronto soccorso, con necessità di ricovero, è ugualmente conosciuto e sappiamo anche che esiste una stagionalità per cui in determinati periodi è largamente atteso un maggior numero di pazienti, tipicamente quella associata all'epidemia influenzale (IV-I trimestre).

La capacità di previsione si può spingere con sicurezza, specie negli ospedali più grandi e con un numero di accessi al Pronto soccorso superiore ai 40.000 annui, fino ad una stima attendibile di casi chirurgici gior-

nalieri o di patologie mediche urgenti, come l'infarto miocardico o l'ictus.

In altri termini, è conosciuta, con notevole attendibilità, la *domanda in entrata*: quanti pazienti si ricovereranno in un giorno. Se questo è vero per la fase dell'urgenza, ci si aspetterebbe una previsione ancora più certa e sicura per le attività di ricovero programmato. Qui avviene la vera sorpresa, poiché è facile osservare come la variabilità di questo tipo di ricoveri sia incredibilmente più alta di quella legata agli accessi al Pronto soccorso.

Tipicamente, la maggior parte dei ricoveri programmati avviene durante i primi giorni della settimana per calare poi negli ultimi giorni della stessa.

È interessante notare che, mentre le risorse tecnologiche e professionali sono caratteristicamente fisse in ogni momento, si assiste a una discreta variazione dei pazienti presenti all'interno dell'ospedale in ragione della variabilità soprattutto dei ricoveri programmati. Nei primi giorni della settimana tutto l'ospedale rischia di lavorare sotto stress, con una presenza relativa di personale inferiore rispetto alle necessità, mentre negli ultimi giorni si assiste al fenomeno contrario. Questo per la sola ragione di non riuscire a programmare in modo utile la domanda in funzione dell'offerta. Questo tipo di variabilità, definita *artificiale*, legata esclusivamente alle abitudini organizzative interne all'ospedale, spesso connesse all'organizzazione del lavoro dei professionisti, dovrebbe essere eliminata.

I due flussi di ricovero, quello in urgenza e quello programmato, spesso entrano in competizione fra loro sulla disponibilità dei posti-letto, rendendo quindi difficoltoso il percorso assistenziale del paziente, specie nel passaggio dal Pronto soccorso al reparto di degenza, una volta deciso che è necessario il ricovero. Quindi, nel tempo in cui il paziente rimane nel Pronto soccorso, in attesa di essere ricoverato, lo spazio, le risorse professionali, le tecnologie e tutte le altre risorse disponibili per trattare nuovi pazienti «diminuiscono» e si realizza il cosiddetto *overcrowding*.<sup>4</sup>

È in questa fase che si può introdurre un secondo concetto, tipico della logica del funzionamento dell'ospedale per gestione dei flussi: la modalità di funzionamento cosiddetta *push* verso la modalità di tipo *pull*.

## 1.2. Sistemi *push* vs *pull*

Applicando, con metodo, concetti propri del mondo industriale al funzionamento di un sistema ospedaliero, è possibile osservare come l'ospedale di oggi lavori ancora in modalità *push*. È caratteristica e paradigmatica di questo approccio la ricerca esasperata da parte degli operatori del Pronto soccorso di un posto-letto disponibile, la ricerca nei reparti da parte di operatori della direzione sanitaria di quei pazienti che, giunti quasi al termine del loro ricovero, potrebbero essere velocemente dimessi e, infine, la comparsa, in alcuni casi, di letti aggiuntivi nei reparti stessi. La cosa assume toni diversi, ma con alla base lo stesso meccanismo, per i ricoveri in urgenza che richiedono posti-letto in terapia intensiva o sub intensiva, fino ad arrivare alla fase finale del ricovero con i reparti che tentano di dimettere il paziente verso il territorio, specie quando presenti problematiche complesse di tipo sociale.

Nella modalità *push* la responsabilità del ricovero e del reperimento del relativo posto-letto, è delle postazioni *a monte* del percorso.<sup>5</sup> Ciò che appare evidente è solo il sovraffollamento nel Pronto soccorso mentre non riesce a percepire la mancanza di un sistema di *connessioni intelligenti* fra la porta dell'ospedale e i reparti dello stesso, che costituisce il vero problema e rappresenta il punto di attacco per tutte le sue possibili soluzioni.

Se il problema, come oramai è chiaro, è di *sistema ospedaliero* e le relazioni fra le sue parti diventano critiche, riveste un particolare interesse capire la modalità di tipo *pull* in cui viene ribaltata la responsabilità del passaggio del paziente: è la stazione *a valle* che si preoccupa di trovare la migliore sistemazione (tempo, luogo, professionisti) per la stazione *a monte*. In questo caso, sono i reparti che si preoccupano di interrogare il Pronto soccorso sui suoi bisogni, sulle sue necessità e si organizzano per rispondere nei tempi e nei modi necessari. Per poter fare questo, la struttura operativa deve sapere quanti posti-letto deve liberare, deve quindi conoscere la situazione dell'ospedale al di là del perimetro della propria unità operativa. Deve poterlo fare senza determinare ostacoli all'attività programmata.

Il segreto, quindi, consiste nel trasformare il flusso dei pazienti fra queste due *stazioni*<sup>6</sup> da passaggio *pulsato* e forzato (tipico dei sistemi *push*) a un passaggio di tipo continuo, programmato e perciò senza ritardi per il paziente (tipico dei sistemi *pull*).<sup>7</sup>

### 1.3. La segmentazione della domanda

Un terzo concetto che si sta affermando all'interno della realtà ospedaliera nazionale, necessariamente riassunto nel concetto di *Ospedale per intensità di cura*, è quello della *segmentazione*. Con questo termine si vuole indicare la possibilità di individuare percorsi dedicati a una certa classe di pazienti che presentano problematiche simili o per il loro volume (es. codici bianchi) o per altre caratteristiche quali la criticità (infarto miocardico, *stroke*), o la problematicità (politrauma). In senso più generale, nell'ospedale andrebbe introdotta la possibilità di differenziare l'organizzazione per pazienti urgenti piuttosto che programmati, per pazienti con ricovero ordinario piuttosto che in *day-hospital*, per pazienti con ricovero breve piuttosto che medio lungo. Il risultato atteso è quello di rendere più facilmente prevedibile la tipologia di risorse necessarie per risolvere queste situazioni, creando meno variabilità possibile nei comportamenti organizzativi generali.

In alcuni casi, si riesce a individuare anche una organizzazione dipartimentale, in particolare per l'area medica nei grandi ospedali universitari, dedicata esclusivamente ai pazienti in entrata dal Pronto soccorso, mentre i pazienti con necessità di approfondimenti diagnostici afferiscono a un diverso dipartimento con indirizzo specialistico che accetta esclusivamente pazienti per appuntamento. È evidente come in questa soluzione l'effetto «tetto» e l'effetto «pavimento», che si cercano di eliminare con l'Ospedale per intensità di cura, diventino già molto più facili da raggiungere proprio per il disegno stesso dell'organizzazione ospedaliera.

## 2. Esperienze *pull* nel Pronto soccorso

Da questi tre semplici concetti possono già nascere elementi e strumenti organizzativi molto pratici che contribuiscono a determinare una migliore continuità del flusso dei

pazienti attenuando i ritardi, le attese, le incomprensioni, le inefficienze che sono oggi ancora tipiche dei nostri ospedali.

### Fast track

Il principio della segmentazione è già in gran parte conosciuto e trova applicazione con il cosiddetto *fast track* per i codici bianchi. Si tratta di sviluppare un percorso autonomo, che non si sovrapponga agli altri percorsi di *triage*, dedicato a un volume di pazienti interessante, e che risolva il problema, altrimenti di difficile soluzione, delle attese non prevedibili per questi pazienti. Su questo percorso le varie organizzazioni hanno la possibilità di sviluppare ulteriori combinazioni come la confluenza di questo *fast track* direttamente nell'organizzazione ambulatoriale esistente all'interno del presidio, sfruttando quindi una struttura già presente senza grandi sforzi sul piano personale e organizzativo.

In altri casi, specie nei Paesi anglosassoni, è operativa una gestione infermieristica di questi codici guidata da linee-guida condivise,<sup>8</sup> oppure ancora in alcune nostre realtà è attivo l'utilizzo dei medici del sistema 118 quando presenti, come sede operativa, all'interno dell'ospedale (solitamente presso il Pronto soccorso).

### Medical Assessment Center (MAC)

Un altro passo, più evoluto, verso l'applicazione del principio di segmentazione è quello proposto dal cosiddetto MAC (*Medical Assessment Center*). Questa esperienza, che inizia a diffondersi anche in alcune sedi ospedaliere italiane, si concretizza in una attività ambulatoriale, solitamente nelle ore diurne, dedicata e presente, in stretta vicinanza al Pronto soccorso. Questa attività è pensata per pazienti che solitamente sono conosciuti al Pronto soccorso, sono i cosiddetti «alti utilizzatori», frequentemente portatori di malattie croniche in fase di riacutizzazione. Sono pazienti che potrebbero essere trattati presso il proprio domicilio se fosse presente un minimo di tecnologia di supporto, come alcuni test di laboratorio, qualche attività di radiologia o di ecografia, per cui sono richiesti un tempi minimi di monitoraggio. Si tratta di pazienti spesso inviati dal me-

dico curante ai quali la tempestività di diagnosi e trattamento può evitare che si renda necessario un ricovero. Proprio per questo, il servizio è organizzato sulla base di una continuità strutturata con il medico di medicina generale, attraverso tutti i possibili mezzi di contatto con lo specialista del Pronto soccorso. In altre parole, per questi pazienti si potrebbe immaginare che la sede del primo *triage* venga spostata presso il loro domicilio o l'ambulatorio del medico dove avviene la visita. Altro elemento necessario è la condivisione dei dati sanitari del paziente, che devono essere resi forniti in tempo reale da parte del medico di medicina generale a quello ospedaliero per evitare inutili perdite di tempo o spreco di risorse generati dall'incomunicabilità fra professionisti che lavorano sullo stesso caso. È comunque previsto e prevedibile che il MAC sia utilizzato anche dal *triage* ospedaliero.

Come già detto, la sede è normalmente all'interno degli ambienti del Pronto soccorso. Vi è una funzione infermieristica e medica dedicata, ma soprattutto è prevista la convergenza in questa sede di tutti gli specialisti eventualmente necessari, evitando così al paziente gli spostamenti all'interno dell'ospedale altrimenti necessari, soprattutto per le valutazioni diagnostiche realizzate con un supporto tecnologico.

Nelle esperienze già testate in altri Paesi il MAC si è dimostrato strumento molto utile per ridurre i tempi di permanenza al Pronto Soccorso ed anche per ridurre ricoveri impropri.

#### *Osservazione breve intensiva*

Altro elemento caratteristico dei processi di segmentazione dei flussi di pazienti è quello legato alla nascita di strutture di degenza breve e di osservazione sulle 24 ore. Quest'ultime, previste ad esempio dalla normativa regionale toscana, sono dedicate ad una fetta di pazienti che richiedono sostanzialmente un monitoraggio della loro situazione clinica. In assenza di tali strutture, questi pazienti finirebbero per essere ricoverati nei reparti di degenza ordinaria con un inevitabile allungamento dei tempi di degenza e quindi determinando, in ultima analisi, una riduzione relativa della capacità recettiva dell'ospedale con i conosciuti ri-

flessi proprio sulla continuità del passaggio dei pazienti dal Pronto Soccorso verso gli stessi reparti.

#### *La Discharge Room*

Un altro strumento organizzativo tipico dei sistemi *pull*, semplice ma dimostrato efficace, è rappresentato dalla *Discharge Room*. La sua realizzazione trova una giustificazione nella presenza contemporanea nell'ospedale di due diversi tipi di pazienti in attesa: pazienti che, ultimato il loro ricovero, sono seppure già dimessi ancora in attesa o dei propri familiari o di una ambulanza per tornare al proprio domicilio<sup>9</sup> e pazienti che, terminata la fase di stabilizzazione e di inquadramento diagnostico, attendono di occupare proprio quei posti-letto liberati dai primi. La *Discharge Room* si presenta come strumento volano che permette ai pazienti in uscita di lasciare il posto-letto e a quelli in entrata di trovarli liberi in maniera tempestiva.

Si tratta di un ambiente dimensionato in base a una preliminare valutazione dei pazienti elegibili per questa modalità di dimissione; per l'attesa dei pazienti sono previste delle poltrone molto comode e delle barelle, altrettanto confortevoli, per coloro che non sono deambulanti. L'ambiente è ovviamente aperto ai familiari e offre varie comodità (riviste, televisione, una sala per un eventuale pranzo). La sorveglianza è garantita sia da personale tecnico che da un infermiere coordinatore. Il servizio di trasferimento del paziente è a carico del personale della *Discharge Room* che si reca nei reparti presso cui sono segnalati i pazienti pronti per la dimissione, li preleva e li trasporta alla *Discharge Room*, garantendo la pulizia e la messa in ordine del letto nel reparto. In questo modo, non vengono intralciate le normali attività del reparto di degenza.

Dal momento che un utilizzatore frequente della *Discharge Room* risulta essere proprio il Pronto soccorso, sarebbe opportuno che la sede di questo servizio fosse nelle immediate vicinanze del Pronto soccorso stesso. Come effetto collaterale si registra anche un miglioramento netto dei tempi di utilizzo delle ambulanze. Infatti, sono praticamente azzerati i tempi necessari al personale dell'ambulanza per raggiungere il paziente, non dovendo attraversare l'ospedale fino ai

vari reparti. Anche in questo caso, il sistema offre ulteriori vantaggi, come la consegna diretta dei farmaci, una possibile spiegazione della terapia o degli atti assistenziali necessari ai familiari o al paziente stesso, con tutta la calma e tutta la *privacy* necessaria. Nella realtà dell'Azienda ospedaliera universitaria senese (vedi § 4) in cui è stata realizzata la prima *Discharge Room* si è registrato un netto miglioramento dei tempi di permanenza al Pronto soccorso, quantificabile in circa cinque punti percentuali.

Oltre a questi strumenti, orientati a lavorare in modalità *pull*, finalizzati a «tirar fuori» dal Pronto soccorso i pazienti non appena possibile, sono da menzionare altri meccanismi/strumenti adottati all'interno degli ambienti dell'emergenza-urgenza. La loro funzione è sostanzialmente quella di tenere il sistema sempre aggiornato sul fattore tempo, orientato al monitoraggio dell'indicatore di risultato, rappresentato dal tempo di permanenza che deve risultare al di sotto delle 4 ore per il 90% dei pazienti del Pronto soccorso.

Fra questi strumenti è di particolare rilievo l'adozione dei cosiddetti *tracker*, ovvero dei grandi schermi visibili da ogni postazione medica o infermieristica, che tengono costantemente sotto controllo, in tempo reale, le varie tappe diagnostiche e terapeutiche dei pazienti e i loro professionisti di riferimento. Normalmente sono disegnati in modo da fornire alcuni dati tra cui il nome del paziente, l'ora esatta di partenza del processo partendo dal *triage*, gli esami in corso, il medico e l'infermiere di riferimento e un contatore a rovescio che indica il tempo mancante allo scoccare delle 4 ore, con segnali che vanno dal verde al rosso passando attraverso il giallo.

### 3. Strumenti *Pull* nel percorso assistenziale

Quelli che abbiamo descritto sono i sistemi *pull* più vicini al Pronto soccorso. In realtà, essi convivono con altri fondamentali strumenti che assicurano che tutto l'ospedale sia orientato a far coincidere, in ogni momento, la domanda con la propria capacità recettiva.

Al fine di completare questa prima parte, è fondamentale ricordare tre strumenti in gra-

do di garantire la funzionalità dell'ospedale in una logica di gestione dei flussi.

#### // bed-management

Questa funzione non è poi tanto diversa da quella presente in altri contesti non tipicamente sanitari, come ad esempio quella delle grandi realtà alberghiere. Si tratta di (NHS Modernisation Agency, 2004):

- capire i tempi prevedibili di permanenza dei pazienti che sono presenti dentro l'ospedale;

- assicurarsi che non si realizzino tempi morti di degenza (ad es. i giorni di sabato e domenica con dimissioni il lunedì sono giorni ad alto sospetto di inappropriatelyzza, oppure i tempi di degenza preoperatori per interventi programmati);

- monitorare periodicamente i TAT (*Turn Around Time*) per le diagnostiche dal momento della richiesta al referto;

- capire quale sia il volume prevedibilmente atteso di pazienti dal Pronto soccorso;

- realizzare brevi *briefing* mattutini fra i coordinatori infermieristici di reparto con il collega del Pronto soccorso per avere una chiara visione delle disponibilità giornaliere (quello che viene chiamato il *Real-Time Dashboard*);

- gestire, in funzione della capacità recettiva dell'ospedale, le entrate dei pazienti programmati, cosa che richiede una centralizzazione della fase di accesso all'ospedale che, come si è detto, diventa particolarmente importante nei grandi ospedali.

In buona sostanza si potrebbe sintetizzare questa funzione con la necessità di «essere un letto avanti».

#### La preparazione della dimissione

In una logica proattiva di tipo *pull*, risulta determinante pensare alla dimissione già dal primo giorno del ricovero (per i ricoveri programmati, qualcuno dice, ancora prima del ricovero stesso). Questo ha un valore sostanziale soprattutto oggi, in particolare nei reparti ad alto volume rappresentati dai reparti di area medica, dove i pazienti sono molto anziani, spesso con problematiche di comorbidità associate a problemi di autonomia e

con situazioni logistiche nel proprio domicilio che, in alcuni casi, richiedono alcuni giorni di tempo per essere risolte. Se la situazione viene affrontata solo al momento della decisione della dimissibilità del paziente, come spesso ancora accade, allora si perdono vari giorni di degenza (incrementando la degenza media) e, quindi, si riduce inutilmente parte della potenziale recettività ospedaliera.

Da questo punto di vista, la formalizzazione dei Pua (Punti unici di accesso) o di altre Agenzie della continuità risulta determinante nell'assicurare la tempestività della dimissione nel momento più appropriato, attraverso un lavoro che inizia nei primi giorni del ricovero con un *triage* «sociale» all'entrata: un colloquio con i familiari, una valutazione, se necessaria, della logistica presente presso il domicilio, fino ad arrivare a fornire una data attendibile della dimissione già all'ingresso del paziente.

#### *L'organizzazione dei blocchi operatori*

Anche i blocchi operatori rappresentano uno dei tipici *colli di bottiglia* nei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale e non sarebbe difficile dimostrare come anche un certo tipo di organizzazione dei blocchi sia in grado di spiegare parte delle cause di *overcrowding* del Pronto soccorso.

Tipicamente, la visibilità delle liste di attesa delle chirurgie è ancora uno degli ultimi tabù non completamente caduto. Il problema non è, però, in questo caso tanto legato a criteri di equità e di accessibilità ai servizi sanitari, quanto all'impossibilità, in assenza della lista di pazienti, di poter far coincidere le necessità cliniche del ricovero con la disponibilità della catena *a valle* della sala operatoria, dai posti-letto di rianimazione quando necessari, alla disponibilità dei posti-letto ordinari di reparto. Aspetto rilevante nell'ambito della riorganizzazione dei blocchi è rappresentato dalla gestione di una sala operatoria dedicata per la sola urgenza, altra dimostrazione dell'applicazione del principio di segmentazione ai flussi dei pazienti.

#### *Alcune considerazioni*

Quanto sinora descritto mostra solo alcuni tra i tanti strumenti che già sono noti e possono essere utilizzati in una logica di gestione

dei flussi. Chiaramente, è necessaria una forte capacità di controllo centrale di tutte queste operazioni in modo tale da assicurare grande efficienza ed efficacia alle azioni di intervento. È questa l'area tipica dell'*Operation Management*<sup>10</sup> che si va affermando in molte aziende del mondo industriale e commerciale, ma che inizia a farsi strada anche all'interno di molte aziende sanitarie. È interessante notare come in questo modo sia ancora più chiaro il ruolo che devono avere le organizzazioni professionali e dipartimentali sul governo clinico, allontanandosi dalla gestione corrente di alcuni compiti e responsabilità che, in una logica di flussi, non possono essere a carico di un singolo professionista, di una singola struttura o di un singolo dipartimento, essendo per natura interconnesse e trasversali a tutto l'ospedale (Langabeer, 2008; Visser, Beech, 2005; Vissers, 1998).

Si è cercato, in questa prima parte della trattazione, di riassumere alcuni concetti di attualità nella letteratura mondiale; è interessante notare come la discussione su questi aspetti nasca proprio dall'emergenza e dalle criticità registrate nel Pronto soccorso, a conferma che l'ospedale per acuti richiede un cambiamento profondo per essere adeguato alle esigenze odierne, rispettando la necessità di dare risposte in urgenza e mantenendo, contemporaneamente, una funzione specialistica ai massimi livelli.

Appare indubbia la necessità di cambiamenti rispetto al sistema attuale perché, come ricorda Donald Berwick, «every system is perfectly designed to achieve the results it achieves» (Berwick, 1996).

## **4. La *Discharge Room* nell'Azienda ospedaliera universitaria senese**

### 4.1. Il contesto e l'azienda

La Provincia di Siena ha una superficie di 3.821,22 kmq, una popolazione pari a circa 263.000 abitanti distribuita su 36 comuni. La popolazione, dopo aver subito per 4 decenni un calo costante, è tornata a salire nell'ultimo decennio, con un *trend* in costante crescita (dai 250.000 abitanti circa del 1991 ai circa 263.000 attuali). È statisticamente una delle più anziane delle Toscana: sia la percentuale degli ultra-sessantacinquenni che quella degli ultra-settantacinquenni sono più ele-

vate della media. I dati sul movimento della popolazione indicano un tasso di natalità leggermente più basso di quello regionale e un tasso di mortalità più elevato, ma a fronte di una popolazione più anziana; eliminando l'influenza del fattore età della popolazione, la mortalità della Provincia di Siena è una delle più basse della regione. La domanda di assistenza, nell'ultimo decennio, è, quindi, sostanzialmente cambiata, diventando sempre più specifica, più articolata, rivolta principalmente al trattamento di patologie di tipo cronico che richiedono il coinvolgimento delle componenti socio-sanitaria e determinano, di contro, un utilizzo spesso improprio del *setting* ospedaliero.<sup>11</sup>

In questo contesto, l'offerta è caratterizzata dall'esistenza di tre Presidi ospedalieri di Azienda Usl7 (Val d'Elsa, Val di Chiana, Amiata) e dal Presidio ospedaliero ad alta specializzazione dell'Aou senese (Azienda ospedaliera universitaria senese),<sup>12</sup> che costituisce anche il presidio di riferimento per i ricoveri dei residenti nella Zona senese.

L'Azienda ospedaliera universitaria senese «Santa Maria delle Scotte» è un complesso ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione. Il bacino d'utenza specifico è strutturato, per le attività di base, su 17 comuni della Zona senese con circa 120.000 abitanti, e per l'attività specialistica, su 36 comuni della Provincia di Siena con circa 254.000 abitanti. Ad oggi, l'Aou Senese consta di 797 posti-letto, di cui 730 ordinari e 67 in *day-hospital*, 9 Dipartimenti ad attività integrata (Dai)<sup>13</sup> e 20 sale operatorie suddivise in 5 blocchi. Sede di Pronto soccorso di III livello, ha registrato, per l'anno 2008, circa 48.000 accessi al Ps, con una percentuale di ricovero pari al 18,7%.

Negli ultimi anni, l'Aou senese ha orientato il suo percorso verso la risoluzione di quelle problematiche legate alla complessità tipica di una struttura ospedaliera che vede coesistere al suo interno due realtà operanti in modo non sempre sinergico: la realtà dell'emergenza-urgenza e quella dell'ospedale dell'elezione (Nardi *et al.*, 2009). Al perseguimento di un obiettivo di miglioramento qualitativo nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere si lega indissolubilmente il raggiungimento di un risultato gestionale economicamente sostenibile, che trova il suo perimetro significativo nella necessità di

veder potenziate le strutture *long-term care* e gli strumenti territoriali per la continuità assistenziale.<sup>14</sup>

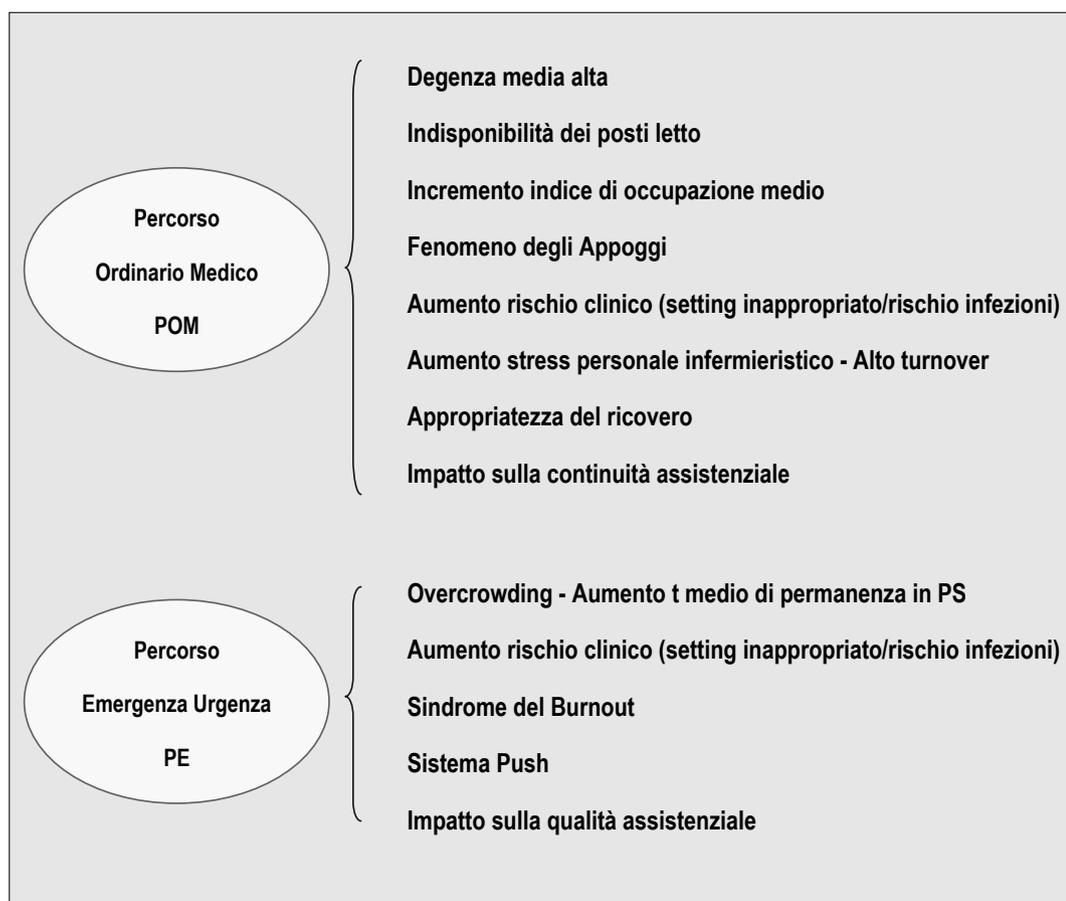
La crescente domanda di strutture chiamate a gestire il percorso del paziente in uscita dall'ospedale, l'utilizzo improprio e oltre soglia del *setting* ospedaliero per la cura di pazienti con complessità sociali, la mancata attivazione di strumenti facilitanti la dimissione sul territorio hanno contribuito nel tempo all'incremento della degenza media, specialmente nei reparti di medicina. A questo devono aggiungersi fattori esterni quali l'incremento degli accessi al Pronto soccorso, l'interazione tra una popolazione anziana, la presenza di malattie croniche spesso in soggetti con disabilità rilevanti nelle funzioni motorie e le caratteristiche socio-assistenziali del territorio, primi responsabili delle forti criticità in ingresso al percorso assistenziale.

Di contro, fattori interni come l'alta incidenza dei tempi medi di permanenza in Pronto soccorso sul percorso del paziente, l'incapacità dei reparti a valle di assorbire una domanda assistenziale «squilibrata» rispetto alla capacità produttiva, la scarsità di risorse in termini di posti-letto, personale infermieristico e dotazione strumentale hanno determinato la necessità di porre in essere meccanismi operativi di compensazione e, in alcuni casi, di reingegnerizzare i processi primari e di supporto (Vignati *et al.*, 2003).

Da queste considerazioni e da un'analisi *ad hoc* finalizzata a «mappare» le cause di eccessiva degenza nei reparti di medicina, l'Aou senese ha tracciato il suo percorso verso il miglioramento nella qualità delle cure, partendo da un programma di intervento dettagliato che tra i suoi *step* ha visto la diffusione e l'incremento nell'utilizzo del Punto unico di accesso (Pua) ai servizi territoriali.<sup>15</sup> Ma è soprattutto sul Percorso di emergenza-urgenza (Pe) e sul Percorso ordinario medico (Pom)<sup>16</sup> che l'Aou senese ha orientato il suo intervento mirato a risolvere, o almeno a ridurre, le criticità connesse alle cause sopra citate (**tabella 1**).

L'Aou senese è intervenuta<sup>17</sup> definendo più linee di intervento, alcune delle quali in fase di completamento:

a) riprogettazione del *layout* strutturale - ricerca di spazi all'interno della attuale logistica;



**Tabella 1**  
Le criticità dei percorsi  
POM/PE

b) programmazione della capacità produttiva - riduzione della variabilità - organizzazione per processi:

- centralizzazione dei ricoveri programmati (accettazione unificata),
- preospedalizzazione/Gestione liste operatorie,
- potenziamento e riorganizzazione del percorso ambulatoriale (creazione del *Day hospital - Day service* unificato),
- implementazione del *Bed Management* (riprogettazione dei flussi dei pazienti),
- istituzione del servizio *Discharge Room*,

c) potenziamento del Sistema informativo;

d) creazione di una struttura organizzativa facilitante per il cambiamento e in grado di assicurare la migliore utilizzazione di tutte le risorse strutturali, e la gestione complessiva delle modalità operative con cui viene assicurata l'entrata e l'uscita dei pazienti dai

percorsi ospedalieri (istituzione dell'Area dei servizi logistici).

È però sull'esperienza del Progetto DR che si basa questo contributo.

#### 4.2. Il progetto *Discharge Room* nell'Aou senese: metodologia e risultati

L'obiettivo del Progetto *Discharge Room* è nato dalla necessità dell'Aou senese di eliminare, o almeno attutire, il fenomeno definito di *overcrowding* determinato da eccessivi tempi di permanenza in PS per quei pazienti dimissibili in modalità ricovero ai reparti di area medica, oppure al domicilio. Il sovrappollamento del Pronto soccorso costituisce una vera e propria sfida alla quale il management sanitario è chiamato a dare risposta in tempi brevi. Il fenomeno, ampiamente descritto in letteratura, appare complesso e l'identificazione delle cause, degli effetti e

delle soluzioni è ancora dibattuta (Hoot *et al.*, 2008).

Nell'esperienza dell'Aou senese, la progettazione organizzativa e strutturale del Servizio *Discharge Room* è stata realizzata con un *project* inserito tra i modelli di formazione aziendale, che ha visto la partecipazione di un gruppo di lavoro presieduto dalla Direzione generale e costituito da professionisti *front line* in grado di assicurare la multi-professionalità dell'approccio, la conoscenza del problema, l'analisi dei dati e l'individuazione delle soluzioni: responsabili del Pronto soccorso, dell'Osservazione medica e Degenza breve, dell'Area dei servizi logistici e i medici e coordinatori infermieristici dei tre reparti di Medicina dell'Ospedale.

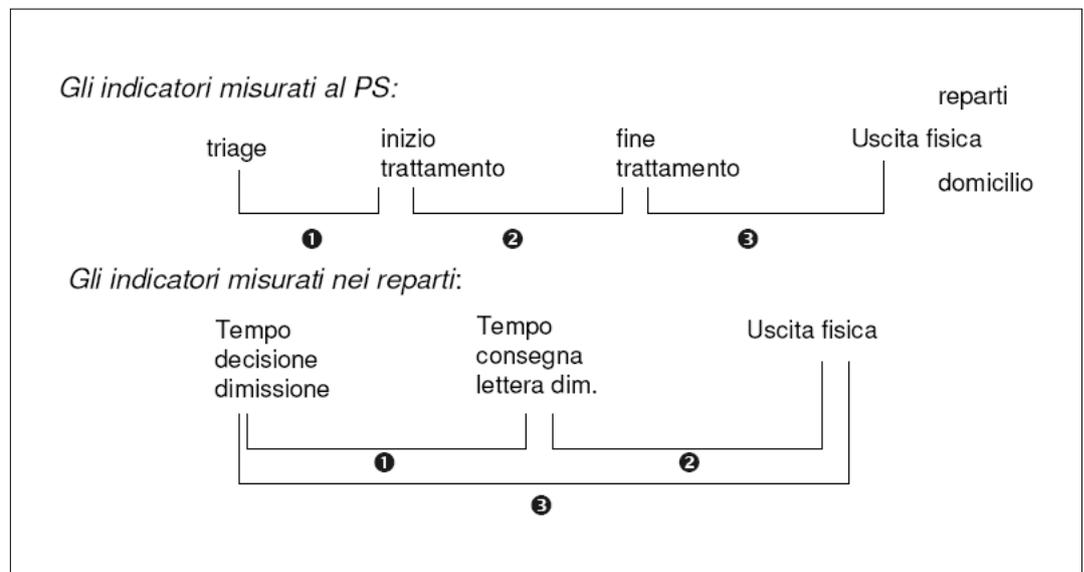
Elemento distintivo del metodo di lavoro è stata la valorizzazione del confronto tra professionalità, affrontando le resistenze con l'attenzione ai ruoli e alla dinamica del gruppo, promuovendo la consulenza tra pari, forme collaborative di analisi e di apprendimento e la creazione di una rete di relazione professionale significativa e concertata, che si è dimostrata opportunità futura per la condivisione di una metodologia di *problem solving*.

Il progetto, a investimento zero, si è articolato su una serie di incontri distribuiti in un arco temporale di circa 4 mesi finalizzati a orientare l'azione-intervento su obiettivi di miglioramento partecipati e condivisi supportati da analisi e *report* necessari a indi-

viduare i meccanismi operativi. Nella fase preliminare, sono stati identificati una serie di indicatori *Key Performance Indicators (KPI)* (figura 1) e di misure di prestazione necessarie a monitorare il percorso del paziente nell'area dell'emergenza-urgenza e nell'area medica, al fine di evidenziare *nicchie di inerzia* nei processi decisionali (Nardi *et al.*, 2009) e colli di bottiglia nei processi operativi:

- tempi di permanenza al Ps dei pazienti in dimissione al domicilio o in modalità ricovero;
- distribuzione oraria giornaliera delle dimissioni al domicilio o in modalità ricovero dal Ps;
- tempo di sosta delle ambulanze per ogni singolo trasporto;
- n. di dimissioni ed accessi giornalieri per reparto;
- n. di dimissioni dal reparto per cui viene richiesto il trasporto in ambulanza;
- *case-mix* dell'attesa per i pazienti in dimissione dai reparti;
- distribuzione oraria giornaliera delle dimissioni e media complessiva;
- criteri di eleggibilità per una eventuale DR;
- tempi di attesa in reparto dalla decisione della dimissione alla consegna della lettera di dimissione e da quest'ultima alla dimissione reale (uscita fisica);
- criteri temporali della decisione.

**Figura 1**  
Key Performance Indicators (KPI)



Successivamente, sono state realizzate delle schede di rilevazione delle misure di prestazione sopradescritte, finalizzate alla quantificazione dei tempi di permanenza mediante la raccolta dei dati al Ps e nei reparti di sperimentazione.

Utilizzando le schede di rilevazione *ad hoc*, è stata condotta un'analisi su due campioni di pazienti, finalizzata a tracciare i tempi di attesa nelle diverse fasi dei due percorsi (figura 1): Pronto soccorso e reparti di Medicina. Il periodo di misurazione è stato di due settimane.

#### Pronto soccorso

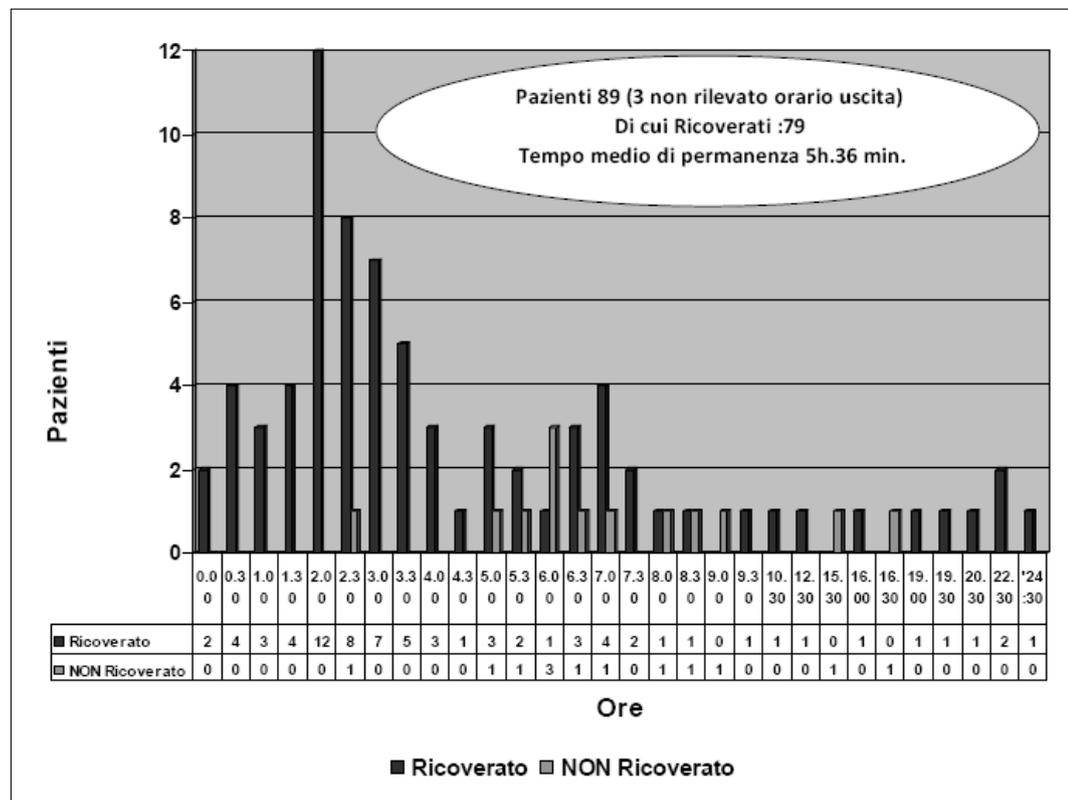
Per il Pronto soccorso è stato utilizzato un campione casuale di 92 pazienti in accesso. Scopo della rilevazione è stato quello di valutare i tempi di permanenza e conseguentemente, nel caso di dimissione in modalità ricovero, i tempi di attesa intercorsi tra il termine del trattamento e l'ammissione ad un reparto medico.

Le schede di rilevazione compilate dal momento dell'ingresso nel percorso, fase

di triage, fino all'uscita fisica nelle diverse modalità di dimissione, hanno evidenziato un tempo medio di permanenza<sup>18</sup> di 5 ore e 36 minuti (figura 2) con una percentuale di pazienti che permangono in Ps oltre 4 ore, superiore al 20%. Dei 92 pazienti, costituenti la popolazione di riferimento, è significativo rilevare che sono stati:

- dimessi in modalità ricovero nelle diverse Uu.Oo: 79 pazienti;
- ricoverati in area medica: 40 pazienti (analizzabili 35);
- dimessi a domicilio, potenzialmente elegibili alla *Discharge Room*: 13 pazienti.

Un'attenta elaborazione per fascia oraria ha posto in evidenza ciò che in letteratura<sup>19</sup> è ormai un dato assodato, ovvero che la maggior affluenza in Ps si registra in quello che comunemente è definito *secondo mattino* (orario 8-13). Analizzando le misurazioni e i risultati ottenuti, relativi all'accettazione nelle medicine dei pazienti provenienti dal percorso dell'emergenza-urgenza, è possibile notare che la massima affluenza si registra



**Figura 2**  
Tempo medio di permanenza tra ingresso - uscita da PE

nel *secondo pomeriggio* (orario 15-18.30) confermando il dato di permanenza in Ps di 5 ore e 36 minuti rilevato con le schede *ad hoc*.

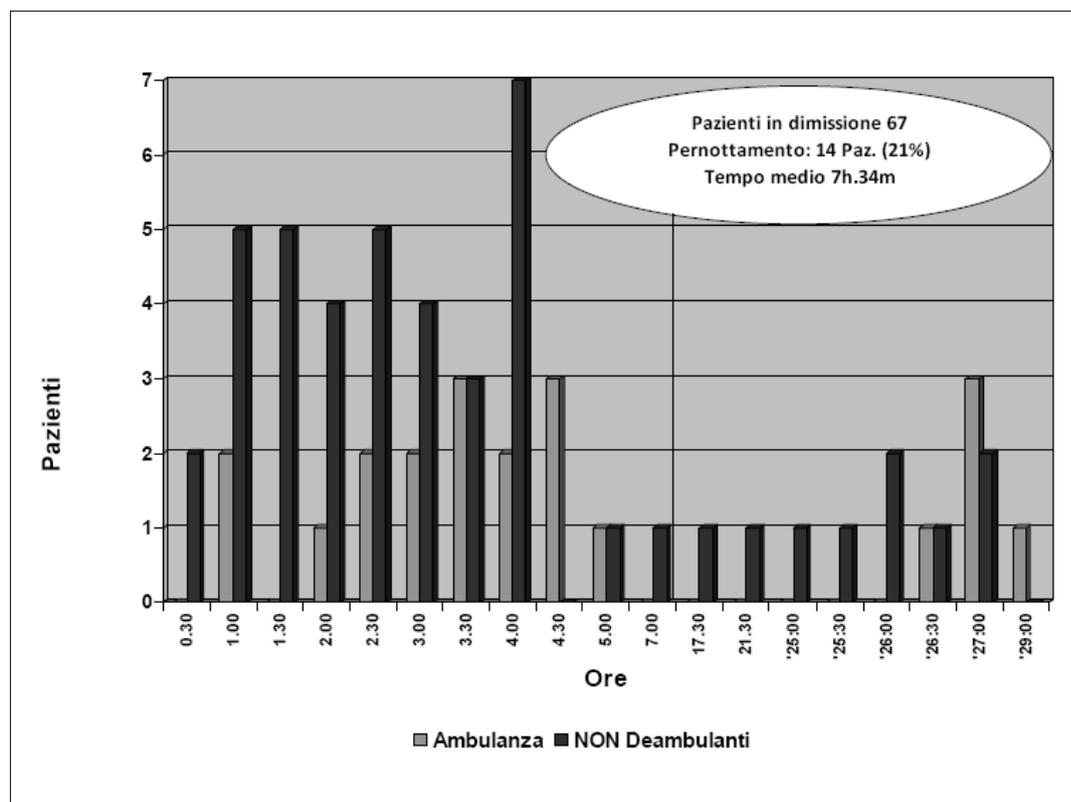
#### Reparti di Medicina

Del campione di 79 pazienti in dimissione dalle Uu.Oo di Medicina, sono stati considerati i 69 pazienti potenzialmente eleggibili alla DR. L'analisi ha posto in evidenza che il tempo medio di attesa registrato tra la decisione alla dimissione e l'effettiva dimissione ammonta a 9 ore e 30 minuti, mentre il tempo medio di attesa tra la decisione alla dimissione e la consegna della lettera di dimissione ammonta a 7 ore e 34 minuti (**figura 3**). Oltre i 3/4 del tempo di attesa totale si consumano nell'attesa della consegna della lettera di dimissione. Durante questo intervallo di tempo il paziente in dimissione occupa impropriamente un posto-letto, rendendo indisponibile l'unità di degenza per un nuovo ricovero in attesa al Pronto soccorso. A questo intervallo deve essere aggiunto il

tempo richiesto dalle operazioni di sanificazione dell'unità di degenza di reparto che, inevitabilmente, rendono la valutazione più complessa e articolata. Se questo periodo potesse essere ridotto, si renderebbero disponibili molti più letti per il Ps, andando a incrementare il *turn-over* dei pazienti in reparto. Per comprendere la significatività di questi dati e il loro impatto sulla gestione ordinaria dei percorsi analizzati, basti pensare che, nella rilevazione in esame, i pazienti considerati potenzialmente eleggibili alla DR, nei soli reparti di Medicina, sono stati 69 in un intervallo di tempo di 2 settimane. A quanto detto è necessario aggiungere un'interessante constatazione emersa dall'osservazione dei dati, che riporta e conferma le considerazioni espresse nell'analisi del Ps: dei 69 pazienti in dimissione dall'area medica circa il 48% viene fisicamente dimesso nel *secondo pomeriggio* (orario 15-18.30). Questo a causa sia della maggiore disponibilità di ambulanze nell'orario pomeridiano, sia della maggiore possibilità per le famiglie di portare a casa il paziente (Tomassini *et al.*, 2008).

**Figura 3**

Tempo medio di attesa tra decisione alla dimissione e consegna della lettera nel POM



### 4.3. La Discharge Room

Le criticità descritte, il processo di analisi implementato e i risultati ottenuti nel 2006 hanno portato nel febbraio del 2007 alla creazione, nell'Azienda ospedaliera senese, di una nuova area: la *Discharge Room* (tabella 2 e figura 4).

Finalizzata al miglioramento del *patient flow*, e inizialmente dedicata ai pazienti dei reparti di Medicina e ai pazienti in dimissione a domicilio, provenienti dal percorso di Pronto soccorso, la DR è oggi utilizzata da più Unità operative. Si registra un utilizzo particolarmente intenso da parte delle aree riportate<sup>20</sup> nella figura 5 e nella figura 6 rispettivamente per gli anni 2007 e 2008.

#### Funzionamento delle DR

Il servizio DR viene attivato il giorno precedente la dimissione (figura 3).

Il Coordinatore infermieristico del reparto, valutate le caratteristiche e l'idoneità del paziente al trasferimento in DR, informa paziente e familiari dei vantaggi che possono trarre dal passaggio nel servizio DR e si accorda su tutte le esigenze relative alla dimissione. Il dialogo con il paziente è fondamentale in questa fase, per capire se esiste una forza motivante che lo spinge a rifiutare il trasferimento. A tal fine sono stati ideati dei depliant illustrativi del servizio *Discharge Room* (figura 7 e figura 8).

Successivamente il Coordinatore infermieristico di reparto compila e invia per fax un modulo prestampato condiviso, contenente dati del paziente, reparto dimettente, numero del letto, data e ora prevista per la dimissione, mezzo idoneo al trasferimento in DR (se barella o sedia a rotelle) e modalità di trasferimento al domicilio (familiari con auto privata, taxi, ambulanza). Nel caso in cui il trasferimento avvenga a mezzo ambulanza, il Coordinatore

#### La Discharge Room Senese

La Discharge Room è un servizio dedicato al paziente in dimissione che attende di rientrare al proprio domicilio. Da un punto di vista logistico è collocata nelle vicinanze del Pronto Soccorso, ed è dotata di una camera calda che consente un accesso protetto in grado di garantire ai pazienti un passaggio privo di rischi ed alle ambulanze ed ai mezzi privati un comodo e rapido accesso.

Il *lay-out* strutturale è descritto da 4 aree principali:

- Reception
- Sala soggiorno (8 poltrone)
- Sala barelle (3 postazioni)
- Sala pranzo
- Bagno

La Discharge Room afferisce all'UU.OO. Assistenza Infermieristica.

La dotazione di personale prevista per la Discharge Room Senese consta di:

- 3 operatori sociosanitari con formazione complementare OSS.FC/Infermieri
- 4 operatori sociosanitari OSS
- 1 Coordinatore infermieristico

che in orario di servizio, Lun-Ven 8.00-20.00, Sab 8.00-14, si articola in:

- 1 OSS.FC o infermiere all'interno delle DR
- 2 OSS all'esterno della DR

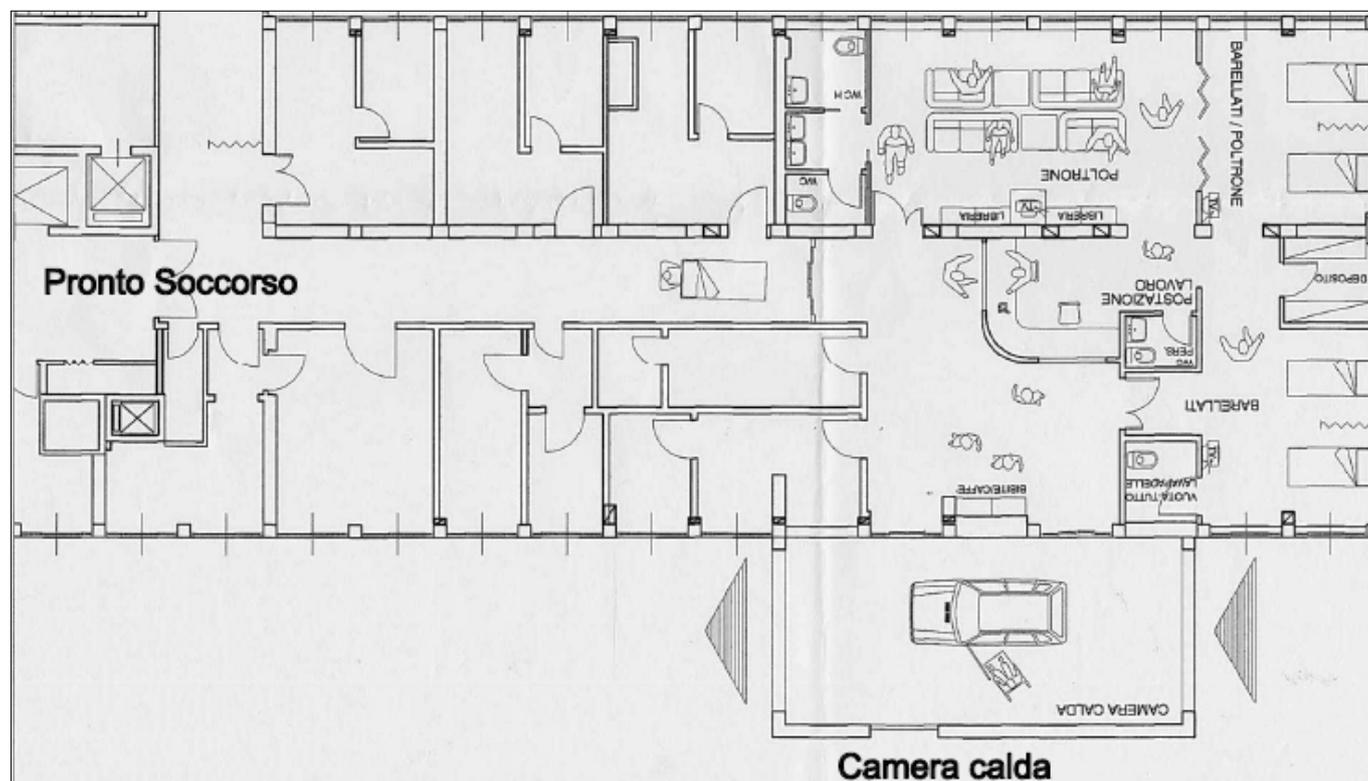
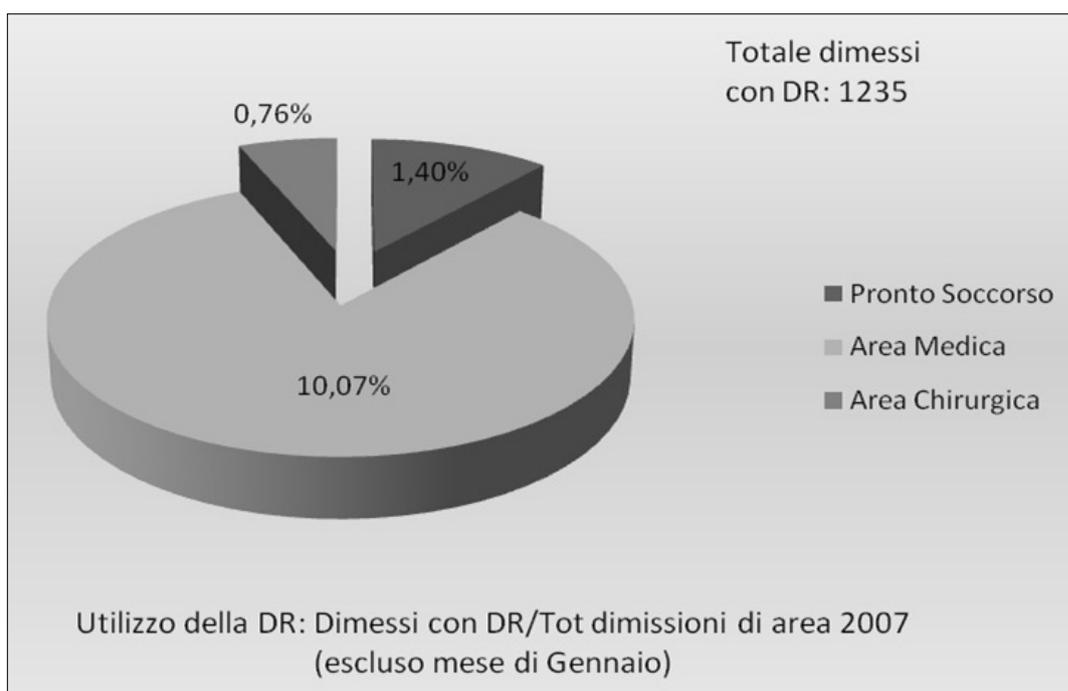
Il servizio Discharge Room per il paziente in dimissione si attiva allorché ricorrano i seguenti criteri di **eligibilità**:

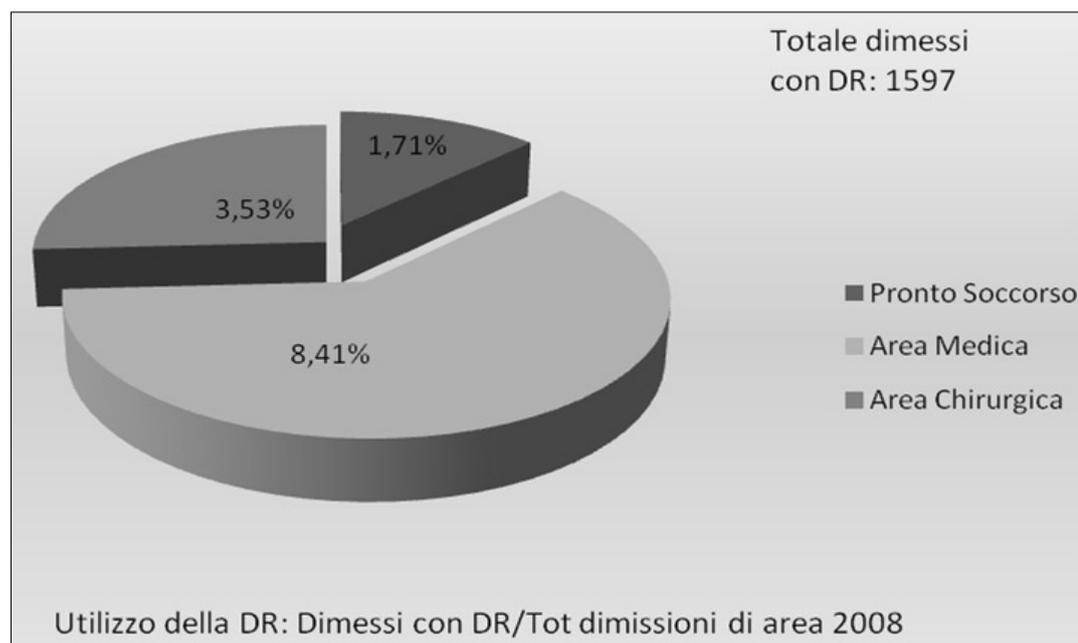
- Pazienti dimessi che a tutti gli effetti, anche se anziani e soli, sono però in condizioni tali da richiedere solo atti assistenziali semplici che potrebbero avere comunque a casa dai loro familiari
- Pazienti dimessi che non hanno bisogno di assistenza infermieristica continua

Criteri di **non eligibilità**:

- Pazienti in trasferimento
- Pazienti con terapia infusoriale in atto
- Pazienti con agitazione psicomotoria o poco collaboranti
- Pazienti terminali

**Tabella 2**  
Caratteristiche  
della Discharge Room

**Figura 4**La struttura della *Discharge Room***Figura 5**Utilizzo della *Discharge Room* anno 2007



**Figura 6**  
Utilizzo *Discharge Room*  
anno 2008

infermieristico della DR invia la richiesta alla Centrale operativa del 118.

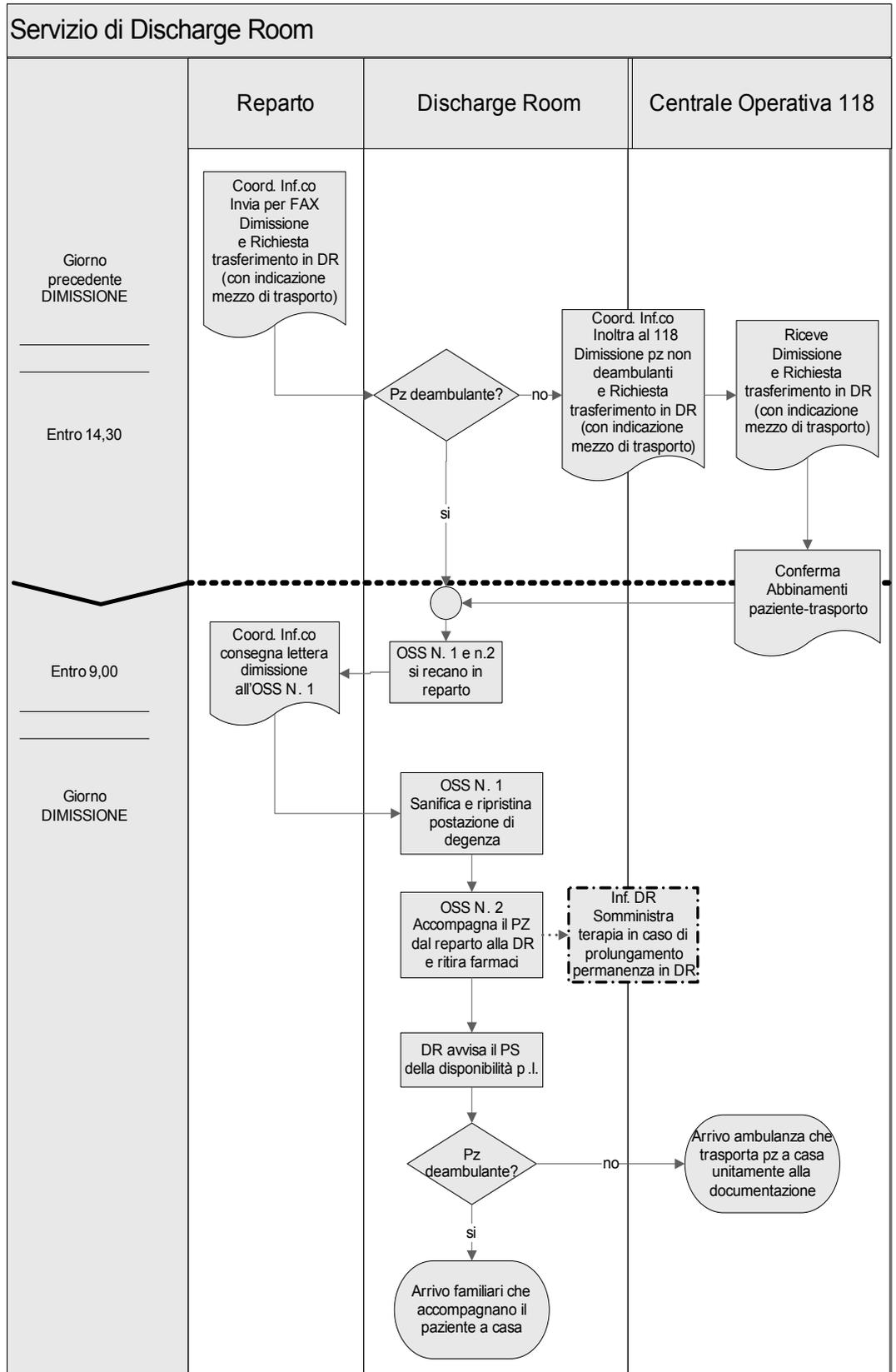
Il giorno della dimissione, dopo aver verificato l'abbinamento paziente-transporto e l'orario previsto, secondo il criterio cronologico concordato tra il Coordinatore infermieristico del reparto e il Coordinatore infermieristico della DR, due OSS della DR si recano in reparto con il mezzo di trasporto indicato e, prima di trasportare il paziente in DR, provvedono a sanificare l'unità di degenza, a prendere in consegna la documentazione e i farmaci (preventivamente ritirati dal reparto) del paziente e, qualora fosse, richiesto il modulo originale di richiesta del servizio ambulanza da consegnare al personale del 118. Da evidenziare, nella procedura descritta, è l'utilizzo del personale della DR nelle operazioni di riordino della postazione di degenza, scelta che consente l'immediato utilizzo del posto-letto e un notevole risparmio di tempo per il personale OSS di reparto, e che permette la continuità delle operazioni in corso nel reparto stesso. Quando le operazioni di riordino del posto-letto e di trasferimento del paziente sono completate, l'unità di Pronto soccorso riceve conferma della disponibilità dell'unità di degenza. Dal momento in cui il paziente lascia il reparto per la DR, è di fatto dimesso. Nel caso in cui, durante la permanenza in DR, cada l'orario di somministrazione della terapia, è premura

del personale infermieristico somministrarla e prenderne nota in apposito modulo.<sup>21</sup>

#### *Risultati raggiunti*

Nel primo anno di funzionamento del servizio DR, dal febbraio 2007 al febbraio 2008, sono stati monitorati gli indicatori e le misure di prestazione relative al *turn-over* e ai tempi di permanenza in Pronto soccorso, nonché i tempi medi di attesa per la dimissione dai reparti di area medica. Il numero di pazienti ammessi alla DR è aumentato del 50% nel primo anno, passando da 119 a 296 pazienti ammessi. La percentuale delle dimissioni viene effettuata per il 60% dalle ambulanze e per il restante 40% dai familiari. Il numero medio giornaliero di pazienti trasferiti in DR, per il primo anno, è stato di 4,6 pazienti/giorno: principalmente pazienti in attesa di essere trasportati al domicilio mediante ambulanza che, in assenza del servizio DR, avrebbero dovuto attendere il mezzo nei reparti occupando il posto-letto fino alle ore pomeridiane. Il loro ingresso in DR determina un forte impatto non soltanto sulla qualità del servizio offerto (la DR è dotata di TV, riviste, assicura una permanenza protetta, grazie anche alla vicinanza del Pronto soccorso, e un servizio *ad hoc*) ma soprattutto sulle criticità emerse nei paragrafi precedenti.

**Figura 7**  
Il funzionamento  
della *Discharge Room*



- somministrare la terapia secondo le indicazioni della lettera di dimissione;
- comunicare l'orario indicativo di arrivo dell'ambulanza stabilito dalla centrale del 118.

### Qual'è l'obiettivo della struttura?

Il servizio, accogliendo i pazienti in attesa di dimissione, consente alle persone in attesa al Pronto Soccorso di essere ricoverate più rapidamente nel reparto di assegnazione.

### Orario

Il servizio è attivo:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00.
- il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00.

### Discharge room

Entrata protetta - Primo lotto, piano terra

Tel.: 0577 585312 - Fax: 0577 586254

E-mail: [dischargeroom@ao-siena.toscana.it](mailto:dischargeroom@ao-siena.toscana.it)



A cura dell'Ufficio relazioni con il pubblico e della Discharge room

### Che cos'è la Discharge room

La Discharge room è un servizio a disposizione del paziente in dimissione che attende di rientrare al proprio domicilio. I locali, situati in prossimità del Pronto Soccorso al primo lotto piano terra sono comunicanti con l'esterno tramite la camera calda, un accesso protetto che garantisce ai pazienti un'uscita priva di rischi e un comodo accesso alle ambulanze e ai mezzi privati dei familiari.

### Com'è organizzata

La struttura è divisa in quattro aree principali:

- la **reception** dove il personale, formato da infermieri e operatori socio sanitari, coordina l'attività della struttura;
- la **sala soggiorno**, un ambiente accogliente, dove poter guardare la tv, leggere riviste o semplicemente riposare in poltrona in attesa dell'arrivo del mezzo di trasporto;
- la **sala pranzo**, che consente di consumare i pasti ordinati il giorno precedente nel reparto di degenza, nell'eventualità che l'attesa per la dimissione si debba prolungare al pomeriggio;
- la **sala barelle**, un ambiente dove tre comode barelle garantiscono l'assistenza necessaria per le



## La Discharge room

per uscire dall'ospedale

persone con problemi di deambulazione;

- il bagno, attrezzato anche per i portatori di handicap.

### La procedura di arrivo del paziente

Tutte le indicazioni e le spiegazioni sulle procedure di dimissione attraverso la Discharge room sono fornite sia al paziente che ai suoi familiari dal reparto di degenza. La documentazione relativa al ricovero come la lettera di dimissione, la prescrizione dei farmaci, l'eventuale richiesta di ambulanza, viene consegnata al personale che accompagna il paziente.

### I compiti del personale

- prendere in carico il paziente in reparto
- occuparsi sia dei bagagli che della documentazione sanitaria;
- accoglierlo, insieme ai suoi familiari, nell'ambiente appositamente predisposto;
- fornirgli tutte le informazioni sulle modalità di dimissione;
- ritirare i farmaci prescritti dal medico di reparto presso la farmacia interna e consegnarli al paziente dandogli le dovute indicazioni sulla loro somministrazione;

**Figura 8**  
Depliant illustrativo

La DR migliora la disponibilità dei posti letto e il *turn-over* dei pazienti nei reparti utilizzatori del servizio (soprattutto nei reparti di area medica), influisce positivamente sul personale di reparto, consentendo una gestione più efficiente delle risorse, e in ultima analisi concorre a diminuire i tempi medi di permanenza in Pronto soccorso e a ridurre il fenomeno di *overcrowding*.

L'avvio dell'attività della *Discharge Room* nel mese di marzo 2007 è stata preceduta, a partire dal mese di settembre dell'anno 2006,<sup>22</sup> da una procedura organizzativa interna (sospesa con l'avvio della *Discharge Room*) tesa a superare, nel IV trimestre 2006 e nel I trimestre 2007 (periodo invernale), le criticità connesse all'iper afflusso degli utenti al Pronto soccorso e consistente nella riduzione del 50% (ed in alcuni momenti del 100%) del ricovero dei pazienti in elezione in area medica e nelle specialità afferenti alla stessa area.

In merito ai risultati raggiunti e citati in precedenza è interessante osservare la **tabella 3**: l'analisi degli indicatori, svolta nei primi 12 mesi dell'anno 2007, ha dimostrato che il principale effetto dell'implementazio-

ne del servizio DR sul *patient flow* è stato quello di incrementare dal 78% all'83% (con punte anche maggiori) il numero dei pazienti assistiti che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (Tomassini *et al.*, 2008). Questo risultato, mantenuto anche nei primi mesi del 2008, nonostante l'estensione del progetto DR ad altri reparti (per il 2008 si registra un maggiore utilizzo del servizio DR da parte delle Uu.Oo. di Area chirurgica), deve essere evidenziato da un'attenta analisi degli accessi al Pronto soccorso. Nella terza colonna della tabella 3 sono riportati i flussi mensili: è interessante notare che questo incremento di circa 5 punti percentuali, nei pazienti che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, è stato ottenuto a fronte di un aumento di accessi al Pronto soccorso, registrato soprattutto nel quarto trimestre e mantenuto nel primo trimestre (2008) identificati per l'Aou senese come periodo di maggiore criticità.<sup>23</sup>

#### 4.4. Conclusioni

L'interesse suscitato nel Sistema sanitario toscano<sup>24</sup> e l'impatto del progetto DR, in tutte le sue fasi, sta in un approccio globale che

**Tabella 3**  
Analisi Performance PE

Anno	Mese	Totale pazienti	Pazienti sotto 4 ore	% sotto 4 ore	Pazienti sopra 4 ore	% sopra 4 ore
2007	1	3099	2451	79,09	648	20,91
2007	2	2949	2379	80,67	570	19,33
2007	3	3320	2672	80,48	548	19,52
2007	4	3349	2728	81,46	621	18,54
2007	5	3476	2782	80,03	694	19,97
2007	6	3341	2858	85,54	483	14,46
2007	7	3667	2972	81,05	695	18,95
2007	8	3289	2880	87,56	409	12,44
2007	9	3362	2818	83,82	544	16,18
2007	10	3470	2843	81,93	627	18,07
2007	11	3193	2655	83,15	538	16,85
2007	12	3160	2574	81,46	586	18,54
2008	1	3364	2728	81,09	636	21,41
2008	2	3349	2750	82,11	599	20,21
2008	3	3561	3003	84,33	558	24,42

attraversa l'intero sistema azienda ed è finalizzato a migliorare la qualità e il governo dei processi assistenziali.

È «assolutamente chiaro che la principale finalità di una buona organizzazione è proprio quella di mettere in condizione i professionisti sanitari di poter esprimere il meglio della loro professionalità e competenza, in assoluta sicurezza per loro e per i loro pazienti» (Tartaglia *et al.*, 2002).

Un'azienda sanitaria costruisce il proprio percorso basandosi su regole e modelli predeterminati adattandoli, ove possibile, al contesto nel quale opera; tale attività non deve esaurirsi in una mera applicazione di soluzioni pre-confezionate, ma occorre stimolare un proprio *sense of making* di evoluzione e cambiamento, sviluppato in autonomia e basato sulle competenze, le intuizioni e le esperienze degli attori del sistema (manager, clinici, amministrativi, tecnici, *operations manager*).

Nell'esperienza Aou senese, la DR si colloca come una delle leve di *governance integrata*<sup>25</sup> utilizzata per ricercare adattamenti organizzativi e strutturali, propri del *Business Process Improvement (BPI)*, finalizzati a:

- 1) ridurre i tempi di permanenza in Pronto soccorso;
- 2) facilitare il sistema *pull vs push*, ponendosi come stadio finale della catena logistica del paziente, in grado di operare in modalità *down pull* (tiraggio dal basso);
- 3) eliminare l'*overcrowding* nel percorso assistenziale;
- 4) aumentare la capacità di gestire risorse limitate, anche in termini di posto-letto;
- 5) bilanciare i carichi di lavoro per il personale;
- 6) programmare la capacità produttiva (ridurre la variabilità);
- 7) ridurre il rischio clinico.

Per giungere a questi risultati, ulteriormente migliorabili intensificando l'utilizzo da parte delle altre Uu.Oo., è necessario implementare un progetto di cambiamento organizzativo intensivo e congiunto, coerente con i valori aziendali, che non escluda un'attenta analisi del *patient flow*, orientata a quantificare/qualificare la casistica trattata in ingresso/uscita al percorso, la tempistica di attraversamento (*lead time*), il clima orga-

nizzativo interno e quindi le relative criticità (processo *as is*). Far emergere le criticità esistenti per formulare e configurare nuove soluzioni (processo *to be*) in grado di generare le performance attese (Baraghini *et al.*, 2006).

A quanto detto va aggiunta la necessità di costruire una nuova identità organizzativa concertata, condivisa e orientata al miglioramento continuo, caratteristiche fondamentali per la funzionalità di meccanismi di coordinamento basati su un approccio non più funzionale ma di processo; qualsiasi intervento che vada a intaccare il tessuto organizzativo non può prescindere da un'attenta valutazione dei meccanismi di resistenza che vengono attivati.

#### Ringraziamenti

La Discharge Room è il risultato di un percorso condiviso. Si ringraziano la dottoressa Maria Serena Verzuri, il dottor Fulvio Bruni, le caposala Cristina Busoni, Elsa Losi, Vanna Peruzzi, Alessandra Porri, per il loro contributo e per aver reso possibile il progetto della Discharge Room

Un ringraziamento particolare alla dottoressa Maria Francesca De Marco, dirigente medico UO Assicurazione Qualità AOU senese, per la preziosa disponibilità di suggerimenti e riflessioni

#### Note

1. «Dai dati di attività delle strutture con Pronto soccorso si evidenzia che nel 2006 ci sono stati quasi 4 accessi ogni 10 abitanti; di questi quasi il 17% è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 10,3% registrato dalla Provincia Autonoma di Trento esistono valori oltre 25 nelle regioni Molise, Puglia e Basilicata». Fonte: Ministero della Salute, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere anno 2006*, (Giugno 2008). [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_839 Allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_839 Allegato.pdf).
2. È frequente assistere a una fusione tra i metodi del BPR e dei metodi del BPR e TQM. La diversità tra i due approcci è percepibile non solo nei contenuti ma nella metodologia di conduzione del progetto: il BPR risponde a una logica *top down* mentre gli altri hanno matrice *bottom up* improntata sull'*empowerment* aziendale.
3. *In primis*, tra le esperienze nazionali di ricerca, l'attività del *Laboratorio della Logistica del Paziente*, del Centro di Ricerche sull'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) Bocconi.
4. Riprendendo la definizione dell'*American College of Emergency Physicians*: «Crowding occurs when the identified need for emergency services exceeds available resources for patient care in the emergen-

- cy department, hospital, or both», Hoot, Aronsky (2008).
5. Le stazioni *a valle* oppongono, in questa modalità, una sorta di «resistenza» al passaggio della richiesta proveniente dal PS, determinata da una gestione priva della cosiddetta «visione ad elicottero» (visione «dall'alto», in un ottica di processo). Nel punto di cerniera tra le due stazioni, Pronto soccorso e reparto, si crea il punto di rottura, il cosiddetto «collo di bottiglia».
  6. È evidente come si debba estendere il concetto in tutto l'ambito ospedaliero, dalla diagnostica ai servizi, dalle funzioni amministrative a quelle di consulenza, ecc.
  7. Il termine «bullwhip effect», nei sistemi gestionali, si riferisce all'amplificazione delle fluttuazioni della domanda (esterna) dovute al rilancio degli ordini all'indietro nella catena logistica. Possiamo applicare questo concetto al flusso in entrata da PS in un ospedale: la variabilità legata alla previsione della domanda viene amplificata lungo il percorso dal PS verso i reparti (principale criticità dei sistemi *push based*). Tale effetto può essere solo parzialmente ridotto da tecniche di previsione dei flussi, ciò che occorre è il coordinamento lungo la catena logistica, potenziato da flussi informativi *veloci* e ben strutturati.
  8. Modello *See and Treat* introdotto in via sperimentale nella Regione Toscana con delibera 958/07. «Ispirandosi al modello inglese *See and Treat* sono stati concepiti due ulteriori sviluppi:
    - introduzione della professionalità infermieristica, adeguatamente formata, nella gestione di alcune patologie;
    - arricchimento della funzione di triage, mediante il quale, oltre a stabilire le consuete priorità, si può indicare anche un percorso professionale differenziato all'interno dell'area. Inoltre diviene competenza infermieristica avviare il paziente a percorsi *Fast Track*, soprattutto per quanto riguarda le competenze specialistiche». Fonte: «Proposta di sperimentazione del modello *See and Treat* in Pronto soccorso». Consiglio sanitario della Regione Toscana.
  9. In questa attesa occupano ancora il proprio posto letto ed è sorprendente come questo intervallo sia spesso superiore alle sei ore con punte che possono arrivare alle dodici ore.
  10. Studi di Operation Management (OM), applicati alla logistica del paziente (principale area dell'OM), individuano 5 principali leve di intervento finalizzate al miglioramento del *patient flow* (Langabeer, 2008; Visser, Beech, 2005; *Laboratorio della Logistica del Paziente*, del Centro di Ricerche sull'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) Bocconi):
    - intervenire sulle strutture e sugli spazi;
    - programmare la capacità produttiva;
    - potenziare i sistemi informativi/di supporto;
    - riorganizzare le unità produttive (*step* del percorso);
    - introdurre figure *ad hoc* deputate a presidiare/supportare la gestione dei flussi.
  11. Documento Aziendale di Autovalutazione, Premio Qualità Pubbliche Amministrazioni 2007, ASL 7 - Siena.
  12. Unica azienda ospedaliera universitaria di riferimento per l'Area Vasta Sud - Est.
  13. L'Aou senese è stata la prima azienda, tra quelle universitarie toscane, ad attivare il modello dipartimentale.
  14. La regione Toscana a partire dal Piano sanitario regionale 2005-2007 ha tradotto questo obiettivo in un vasto programma di investimenti per la riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri e di iniziative finalizzate allo sviluppo dell'assistenza territoriale necessaria al processo di deospedalizzazione.
  15. È grazie all'attivazione del Pua nei primi giorni del ricovero che si riesce a programmare la degenza e a ottenere l'intervento dei servizi territoriali per quei casi caratterizzati da rilevante complessità sociale. Per l'anno 2008, la media dei casi settimanali per i quali è stato attivato il Pua è di 28 casi.
  16. Si riprende la distinzione in 5 macro categorie di percorsi dei pazienti formulata e sviluppata nell'ambito del Laboratorio della logistica del paziente contenuta in Villa *et al.* (2008): «Percorso di Emergenza urgenza (PE): è il percorso che inizia con l'ingresso al PS e si esaurisce nell'ambito dell'area dedicata all'emergenza/urgenza. Nel momento in cui il paziente dal Pronto Soccorso viene trasferito in una delle altre aree produttive[...], il percorso di emergenza/urgenza finisce ed inizia un altro tipo di percorso». «Percorso Ordinario Medico (POM): è il percorso seguito dal paziente che deve sottoporsi ad un percorso diagnostico terapeutico per il quale si prevede un periodo di degenza superiore alla giornata. I pazienti che rientrano in questo percorso possono accedere alla struttura in modo programmato (in elezione) o urgente (con precedente passaggio al Pronto Soccorso)».
  17. Linee Guida per lo Sviluppo Ospedaliero 2006-2008, *Dalla mission alla programmazione, dalla pianificazione ai risultati*, AOU Le Scotte, Siena.
  18. Per tempo di permanenza si intende l'intervallo temporale tra l'ingresso al percorso e l'uscita fisica nelle diverse modalità previste: ricovero, trasferimento al domicilio, ecc.
  19. Fonte: Laboratorio Logistica del Paziente - CERGAS, Università L. Bocconi, Gennaio 2009.
  20. Area medica: Med. 1, Med. 2, Med 3 Med. Urgenza/Osservazione, Malattie Infettive, Cardiologia, Area Stroke, Oncologia Medica, Neurometaboliche. Area Chirurgica: Ch.1, Ch.2, Ch.3, Ch. Vascolare, Ch. Oncologica, NeuroCh. Universitaria/NCh. Ospedaliera, Urologia, Ortopedia.
  21. S. Olmastroni, V. Peruzzi (2007), *Progetto Discharge Room*, Progetto Aziendale AOU Le Scotte, Siena.
  22. Mese in cui era stata registrata una percentuale dei pazienti dimessi (al domicilio o in reparto) dal Pronto soccorso entro le 4 ore, di circa 72%.
  23. M.F. De Marco, S. Pagliantini (2009), Analisi preliminare alla «Procedura per la gestione interna dei ricoveri di pazienti di area medica provenienti dal percorso dell'emergenza - urgenza», Documento aziendale, AOU Le Scotte, Siena.
  24. L'esperienza senese è divenuta caso pilota per l'implementazione del servizio *Discharge Room* nelle aziende sanitarie toscane. Vedi delibera di Giunta Regione Toscana n. 1010 del 1-12-2008 avente ad

oggetto «Interventi e iniziative per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività dei Pronto Soccorso delle Aziende sanitarie toscane secondo i modelli della Discharge Room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale-territorio».

25. L'espressione «integrated governance» è stata introdotta nel 2003 nel NHS. Definisce il bisogno di costituire un *frame work* per integrare le diverse

dimensioni dei sistemi di *governance* allineando i processi sottostanti. «La necessità di un approccio integrato parte dal riconoscimento che il lavoro svolto 'a canne d'organo' è dispersivo e non più sufficiente: per questo bisogna sviluppare uno strumento unificante che aiuti le organizzazioni a realizzare la propria missione», Faveretti, De Pieri, Fontana (2005).

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

- BARAGHINI G. *et al.* (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'Aziendalizzazione in Italia*, Milano, Egea.
- BERWICK D.M. (1996), «A primer on leading the improvement of systems», *British Medical Journal*, 312, pp. 619-22.
- DERLET R.W., RICHARDS J.R. (2000), «Overcrowding in the nation's Emergency departments: complex causes and disturbing effects», *Annals of Emergency Medicine*, 35 (1), pp. 63-8.
- FAVERETTI C., DE PIERI P., FONTANA F. (2005), «Clinical Governance o Integrated Governance: l'approccio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento», *Clinical Governance*, 1, pp. 29-35.
- HOOT N.R., ARONSKY D. (2008), «Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 52, 2, pp. 126-136.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - IHI (2003), *Optimizing Patient Flow. Moving Patients Smoothly Through Acute Care Setting*, Innovation Series.
- LANGABEER II J.R. (2008), *Health Care Operations Management*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.
- MOSKOP J.C. *et al.* (2009), Emergency Department Crowding, Part 2 - Barriers to Reform and Strategie to Overcome Them, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 53, 5, pp. 612-617.
- NARDI R., GARDELLINI A., IORI I. (2009), «Internal Medicine wards overcrowding and clinical risk management: structural or systemic interventions needed?», *Italian Journal of Medicine*, 3(1), pp. 3-8.
- NHS MODERNISATION AGENCY (2004), «Bed Management Improvement Programme. Intermediate Stage: Using Information to Predict and Manage Flow», January 2004.
- NICOSIA P.G., NICOSIA F. (2008), *Tecniche Lean in Sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- RONEN B., PLISKIN J.S. (2006), *Focused operation management for health services organization*, Jossey-Bass.
- TARTAGLIA R., TOMASSINI C.R. *et al.* (2002), «L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina», *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, n. 1, Lauri, pp. 4-13.
- TOMASSINI C.R. *et al.* (2008), «A new solution to avoid overcrowding in Emergency Departments», International Conference Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety, Strasbourg, June 2008.
- TRZECIAK S., RIVERS E.P. (2003), «Emergency Department Overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health», *Emergency Medicine Journal*, 20, pp. 402-405.
- VIGNATI E., BRUNO P. (2003), *Organizzazione per Processi in Sanità*, Franco Angeli, Milano.
- VILLA S., PRENESTINI A., BENZA G. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'Aziendalizzazione in Italia*, Egea, Milano.
- VISSERS J. (1998), «Patient flow-based al location of inpatient resources: A case study», *European Journal of Operational Research*, 105, pp. 356-370.
- VISSERS J., BEECH R. (2005), *Health Operations Management*, Routledge, New York.

**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**.

# Gli impatti della cartella clinica elettronica: un modello di misurazione degli effetti sull'azienda

CLAUDIO CACCIA, MARIA CUCCINIELLO, GRETA NASI

*The adoption of EMR systems helps in achieving better performance in terms of more successful service delivery, effective organization improvements and continuity of care. The purpose of this study is to review the relevant literature about impacts of technological innovations as EMR systems, in healthcare in order to draft a comprehensive framework to assess the organizational impacts of EMR systems. The framework described in the paper aims at measuring different areas of impact and it can be applied to different types of health care providers operating in different contexts, thanks to a set of weights that have been developed. Moreover, this paper aims at providing guidelines to practitioners as well as policy makers interested in assessing impacts of technological innovations in healthcare in order to undertake relevant investments decisions on behalf of their organizations.*

Keywords: EMR, e-health, electronic medical record

Parole chiave: cartella clinica elettronica, impatti, innovazione tecnologica

## Note sugli autori

Claudio Caccia, è ricercatore a contratto CERGAS Università Bocconi, responsabile Staff Sistemi Informativi e Organizzazione Azienda Ospedaliera di Legnano; Maria Cucciniello è assistant professor SDA Bocconi, ph.d. candidate University of Edinburgh; Greta Nasi è assistant professor Dipartimento Analisi Istituzionale e Management Pubblico, Università Bocconi, docente Area Public Management & Policy SDA Bocconi

## 1. Introduzione

Molti studi analizzano l'adozione di innovazioni tecnologiche in sanità proponendo fattori che ne spingono l'adozione, discutendo metodologie di implementazione e dimensioni di impatti. Alcuni studi propongono alcune dimensioni di impatto sull'azienda in merito all'adozione della cartella clinica elettronica e nessuno, se non attraverso lo studio di un caso specifico, ne misura l'effettivo manifestarsi degli effetti. L'obiettivo di questo articolo è illustrare un modello di valutazione degli impatti della cartella clinica elettronica sull'organizzazione aziendale e fornire linee guida per il suo utilizzo in diversi contesti sanitari. Il modello non si pone lo scopo di fornire una rappresentazione economica dell'impatto dei sistemi informativi clinici proponendo un'analisi costi-ricavi, in quanto si ritiene che, nel caso di innovazioni tecnologiche complesse, la misurazione del valore delle tecnologie in termini economico-finanziari, non prendendo in considerazione alcuni fattori strategici di successo quali l'aumento dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa e il miglioramento della qualità dei processi e servizi aziendali, non fornisca indicazioni adeguate per il governo dell'azienda.

La definizione del modello è stata guidata da un duplice obiettivo: da un lato, colmare il *gap* esistente in letteratura dovuto all'assenza di modelli di riferimento maturi applicabili allo specifico contesto sanitario, dall'altro, fornire un *set* di strumenti e indicatori misurabili in grado di rispondere alle esigenze aziendali di valutazione dell'investimento

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Cartella clinica elettronica e performance delle aziende sanitarie
3. Gli impatti della cartella clinica elettronica
4. Il modello di valutazione degli impatti dei sistemi di EMR
5. Considerazioni conclusive

effettuato, nonché permettere a *practitioner* e *policy maker* di avere indicazioni più oggettive sugli effetti e le conseguenze che alcune decisioni aziendali possono comportare nel medio-lungo periodo.

Di seguito, si discute l'importanza della cartella clinica elettronica come strumento che può contribuire al miglioramento della performance delle aziende sanitarie per poi presentarne le dimensioni di impatto e il modello elaborato.

## 2. Cartella clinica elettronica e performance delle aziende sanitarie

Il miglioramento della produttività e dell'efficienza in sanità è, da sempre, posto al centro del dibattito internazionale in tema di riforme dei sistemi sanitari, poiché rappresenta una priorità organizzativa ed economica non solo per le aziende, ma anche per i pazienti e gli altri attori del sistema. La performance nel contesto sanitario, a differenza di altri settori, non è infatti misurabile solo attraverso un'analisi di costi, ricavi e ritorno del capitale investito, ma è un concetto di maggiore ampiezza che abbraccia più sfere di interesse ed è perseguibile sia attraverso *output* intermedi, legati all'efficienza dei processi di cura e all'efficacia organizzativa, sia mediante *outcome* di sistema, ossia i risultati sulla salute pubblica.

Per migliorare la performance, le aziende sanitarie hanno adottato diversi strumenti e tecniche e hanno introdotto al proprio interno innovazioni importanti. Molte di esse hanno anche avviato significative innovazioni tecnologiche finalizzate a migliorare l'efficienza operativa, il grado di integrazione dei processi aziendali, la qualità e l'efficacia delle prestazioni sanitarie, in un'ottica di integrazione delle informazioni cliniche relative alla storia dei pazienti, non solo a livello aziendale, ma anche in una prospettiva interorganizzativa (Etheredge, 2007).

In quest'ottica, l'impiego di sistemi informativi è divenuto «a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve healthcare locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology» (Eysenbach, 2001), pervasivo nelle strategie aziendali e nella quotidianità dei processi di cura, facilitato dall'emergere

di un approccio all'erogazione dell'assistenza sanitaria centrata sul paziente.

Attualmente, si assiste a un crescente interesse, anche in Italia, riguardo all'introduzione di sistemi di gestione della cartella clinica e alla contestuale diffusione di *policy* a livello nazionale e regionale che ha dato origine a interessanti modelli di gestione dei flussi informativi clinici, alla progettazione di diverse architetture di sistemi clinici e all'emergere di nuove piattaforme applicative e tecnologiche a supporto della creazione di sistemi per la gestione dei dati longitudinali del paziente, idealmente dalla nascita alla morte. In letteratura, esistono diverse classificazioni dei modelli e delle caratteristiche dei sistemi informativi clinici. Il presente studio identifica il sistema di cartella clinica come uno strumento in grado di fornire informazioni sulla storia clinica di un paziente e sulle diverse fasi di *patient workflow* dell'attuale episodio clinico co-gestite da un *team* multi-professionale (es. medici, infermieri, tecnici di laboratorio, amministrazione).

Circa il 10% delle aziende sanitarie italiane ha già introdotto sistemi informativi clinici basati sull'EMR, *electronic medical record*, che è la dicitura inglese di cartella clinica elettronica (Caccia, 2008), e il successo di queste innovazioni è spesso frutto del coinvolgimento di tutte le componenti presenti sul territorio, quali i responsabili dei sistemi informativi delle aziende sanitarie, i manager aziendali, le associazioni sociali e i cittadini. In generale, un sistema di EMR rappresenta, oggi, un'innovazione fondamentale che può assicurare il governo complessivo del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e facilitare una migliore performance delle aziende sanitarie, aumentando anche la qualità dei servizi che esse erogano. Tali sistemi, infatti, prevedono la definizione di un patrimonio informativo integrato, basato su un *clinical data repository*, nel quale vengono fatte confluire tutte le informazioni clinico-sanitarie e amministrative relative al singolo paziente. L'EMR si basa sull'univoca individuazione del paziente attraverso un codice identificativo (*master patient index*) che consente di eliminare potenziali errori dei *team* clinici dovuti all'errata attribuzione di informazioni clinico-sanitarie a un determinato paziente, per esempio, per motivi di omonimia, per incorretta archiviazione di

referti nel fascicolo della cartella clinica cartacea, ecc. L'obiettivo ultimo di un sistema di EMR è, dunque, quello di garantire la continuità di cura, anche se svolta da operatori diversi, in tempi e spazi diversi.

Molto spesso, però, le aziende si chiedono in che misura, a fronte di un investimento cospicuo in termini di risorse economiche e di capitale umano, l'introduzione di innovazioni tecnologiche complesse, quali i sistemi di EMR, possa effettivamente contribuire al miglioramento della performance aziendale, sia in termini di efficienza e di risparmio di costi che in termini di efficacia della cura e di sistema. Infatti, nonostante esistano diversi studi che descrivono molteplici dimensioni di impatto e varie categorie di benefici, manca tuttora un metodo maturo in grado di misurare in modo oggettivo, nel contesto sanitario, il contributo di tali innovazioni tecnologiche al miglioramento della performance aziendale e di sistema. Nel prossimo paragrafo si descrivono le principali dimensioni di impatto trattate in letteratura e analizzate per la costruzione del modello proposto in questo articolo.

### 3. Gli impatti della cartella clinica elettronica

L'emergere di uno scenario organizzativo, nel quale l'informazione clinica è considerata variabile strategica per il governo delle attività quotidiane di cura e di quelle di governo dell'azienda nel suo complesso, ha spostato l'enfasi da modelli teorici relativi all'adozione al sistema informativo clinico, descritti in letteratura (Buccoliero, Caccia, Nasi, 2002; Buccoliero, Nasi, 2004; Waegemann, 2002), a studi di progettazione dei sistemi informativi clinici (Berg, 2004; Berg, 1997; Nasi, 2005; Walker, 2005) e a effettive implementazioni.

In passato, infatti, si è manifestata poca attenzione all'investimento nell'ambito del sistema informativo clinico dovuto a molteplici elementi di natura istituzionale, organizzativa (es. l'assenza di una visione aziendale del sistema informativo, scarso coinvolgimento della direzione e bassa capacità di investimento in progetti informatici) e tecnologici, come l'assenza di un'offerta tecnologica matura e la mancanza di standard di integrazione riconosciuti (Caccia, 2005),

oltre che alla reale difficoltà di misurarne gli effetti in modo oggettivo. Infatti, un modello di valutazione degli impatti della cartella clinica elettronica deve tenere conto delle diverse dimensioni di impatto, che tale strumento può generare, e non può prescindere dalla misurazione degli effetti sui processi organizzativi e sui risultati, in termini di *output* e *outcome* rispetto ai processi di cura e di tutela della salute. Molti studi hanno indagato i fattori che spingono all'implementazione di tali sistemi all'interno delle organizzazioni sanitarie, ma sono relativamente pochi gli studi che ne valutano gli impatti in un'ottica complessiva, non solo da un punto di vista teorico, ma anche fornendo metodi empirici applicabili alle realtà sanitarie.

Numerosi studi evidenziano come tali sistemi costituiscano un potente *driver* di cambiamento organizzativo, che deve essere presidiato nel tempo (Ravagnani, 2000; West, 2004) e in grado di stimolare con forza un approccio «per processi», teso a superare in via definitiva il permanere di una visione «per funzioni», tipico del settore sanitario (Caccia, 2000; Rebora, 1999). Infatti, l'introduzione di innovazioni tecnologiche nell'area clinica ha la potenzialità di produrre impatti tali da modificare la struttura organizzativa, ridurre il numero di livelli gerarchici, favorire lo sviluppo di relazioni inter- e intra-organizzative, oltre a modificare il contenuto delle attività professionali del personale medico e infermieristico e le responsabilità delle singole unità organizzative a favore di un'azienda più snella e più efficace. In particolare, alcuni studi si sono concentrati sul processo di cura in sé, evidenziando che, in seguito all'adozione della cartella clinica elettronica e all'automazione delle attività inerenti i processi di cura (comprese quelle di supporto, quali le prescrizioni e le richieste di esami laboratorio o radiografiche), si possono registrare benefici in termini di riduzione dei tempi di gestione delle attività e di quelli di latenza tra una fase e l'altra, dimostrando che l'uso di sistemi di EMR aumenta la possibilità di misurazione dei costi e dei risultati. Infatti, l'integrazione delle informazioni inerenti alle attività di cura svolte e alla loro valorizzazione economica permette di misurare i costi reali di ogni singolo processo clinico e di correlare gli

stessi ai risultati prodotti (Protti, Peel, 1998; Birkmeyer *et al.*, 2002).

È stato anche dimostrato che l'uso della cartella clinica elettronica favorisce la riduzione delle barriere geografiche nella gestione delle informazioni, assicurando la continuità della cura a livello territoriale grazie all'integrazione con altri presidi ospedalieri e unità sanitarie dislocate sul territorio (Pagliari, Detmeter, Singleton, 2007). Inoltre, diversi articoli sostengono che l'adozione della cartella clinica elettronica contribuisce a migliorare l'azione di cura in termini di sicurezza per il paziente (Abdelhak, 1996; Bates *et al.*, 1999b), riducendo e limitando la possibilità di errori nella prescrizione di farmaci e nella loro somministrazione e aumentando la disponibilità e accessibilità di sistemi di *alert/remind* riguardo interazioni farmacologiche, allergie e altre possibili controindicazioni terapeutiche. Cannon e Allen (2000) hanno approfondito tale concetto, dimostrando che, attraverso l'uso della cartella clinica elettronica e, grazie alla presenza di sistemi di *alerting* fortemente integrati ed efficienti, si generano effetti positivi sull'intero processo di cura del paziente.

Alcuni studi empirici basati su casi riportano le percezioni di professionisti circa l'importanza della cartella clinica elettronica quale strumento per il miglioramento di efficienza e tempestività dell'azione di cura, grazie alla maggiore rapidità di reperimento e consultazione delle informazioni e alla conseguente maggiore efficacia dell'azione del *team* medico-infermieristico, che può operare intraprendendo azioni diagnostico-terapeutiche mirate, derivanti dalla possibilità di accedere in modo condiviso alle informazioni (Abdelhak, 1996; Bates *et al.*, 1999b). Van Der Loo *et al.* (1994), nei suoi studi, ha dimostrato che la cartella clinica elettronica contribuisce ad aumentare l'efficienza, assicurando un miglior flusso di informazioni, più rapido e snello, in quanto tale sistema permette che le informazioni e i dati rilevanti siano elaborati e gestiti molto velocemente, evitando che la stessa informazione venga raccolta e registrata più volte. In particolare, il lavoro di Joos *et al.* (2006) ha dimostrato che l'adozione della cartella clinica elettronica fa registrare una riduzione dei tempi di definizione della diagnosi del paziente, data

la maggiore disponibilità di informazioni accurate e in tempo reale.

Molti altri studi si sono concentrati sugli effetti/impatti collegati all'*empowerment* del paziente, dimostrando che l'adozione di un processo di cura integrato, supportato da sistemi EMR, modifica in modo sostanziale il rapporto tra «erogatore del servizio» e paziente. Infatti, la disponibilità di informazioni più accurate e puntuali sullo stato di salute del paziente può incrementare la qualità del processo di cura, traducendosi in una migliore percezione da parte del paziente della qualità complessiva del servizio ottenuto e nella creazione (o nel rinforzamento) di un rapporto di fiducia tra il paziente e la struttura sanitaria (Chin, McClure, 1995; Wright *et al.*, 1997; Freeman, Soete, 2002; Rivkin, 1997). In particolare, lo studio di Tsai e Starren (2001) ha dimostrato che l'utilizzo della cartella clinica elettronica può determinare una riduzione del numero di visite cliniche di controllo cui il paziente deve sottoporsi, migliorando in questo modo l'*outcome* finale del processo di cura in sé. Chin (1995) e Wright (1997) sostengono che l'introduzione di sistemi di EMR offre la possibilità di migliorare l'interazione con il paziente, aumentando il tempo dedicato all'ascolto e al colloquio diretto con quest'ultimo, producendo un miglioramento della qualità complessiva del servizio erogato.

Un altro filone di studiosi si è concentrato, nello specifico, sulla *clinical governance*, dimostrando che l'adozione della cartella clinica elettronica facilita i processi di governo clinico in senso ampio. L'analisi dei dati contenuti nel *clinical data repository* consente alla direzione di costruire profili di cura omogenei da seguire a livello di struttura sanitaria e di monitorare eventuali scostamenti rispetto ai singoli episodi di cura (Smith, 1996; Kelly, 1998; Goodman, 2000). In particolare Neame e Olson (1998) affermano che un migliore governo clinico assicura anche una maggiore continuità, sicurezza e velocità nell'erogazione del servizio di cura al paziente. L'adozione della cartella clinica elettronica favorisce, inoltre, un maggiore scambio di informazioni, sottolineando la rilevanza delle tecnologie come strumento strategico nei processi di comunicazione.

Infine, un'importante categoria di impatti riguarda gli effetti sugli utenti e introduce una prima differenziazione tra cliente interno, in qualità di utilizzatore diretto di funzioni del sistema informativo-clinico in azienda, e cliente esterno, sottolineando che gli attuali sistemi informativi possono contribuire a offrire al paziente nuove modalità di gestione di servizi clinici (ad es. *homecare*, *e-care*) e amministrativi (ad es. prenotazione e pagamento *on line*) e molteplici opportunità di continuità della cura con altri attori del sistema sanitario (es. medici di medicina generale, case di cura, ecc.). In particolare, questi studi focalizzano l'attenzione sull'importanza della valutazione sistematica e oggettiva delle percezioni e della qualità "attesa" degli utenti interni e di quelli esterni che, nel caso dell'utente paziente, possono essere generalmente rilevate tramite logiche di *patient relationship management* con l'obiettivo di misurare l'effettiva soddisfazione del paziente e di instaurare una relazione di fiducia (Levinson *et al.*, 2002; Molfenter, Johnson, Gustafson, DeVries, Veeramani, 2003).

In sintesi, dunque, dalla letteratura emergono diverse riflessioni e numerosi punti di vista circa gli impatti degli EMR (Caccia, 2008; Hillestad *et al.*, 2005; Himmelstein, Woolhandler, 2005), ma emerge la necessità di razionalizzare le dimensioni descritte e identificarne variabili e misure rilevanti allo scopo di presentare un modello complessivo applicabile alle diverse tipologie di realtà sanitarie. Questo articolo si è posto l'obiettivo specifico di colmare tale *gap* mostrato dalla letteratura, relativo alla definizione di un modello di valutazione degli impatti degli EMR che contemplatesse le diverse aree d'impatto sopra evidenziate, e di fornire uno strumento concreto di supporto nel processo decisionale sia per *practitioner* che per *policy maker*. Di seguito, si descrivono il modello e suoi ambiti di applicazione.

#### 4. Il modello di valutazione degli impatti dei sistemi di EMR

Il modello sviluppato si articola su quattro dimensioni che sintetizzano i contributi descritti dalla letteratura illustrata nel paragrafo precedente che, a loro volta, si articolano in quindici categorie di impatti e complessivamente quarantuno indicatori.

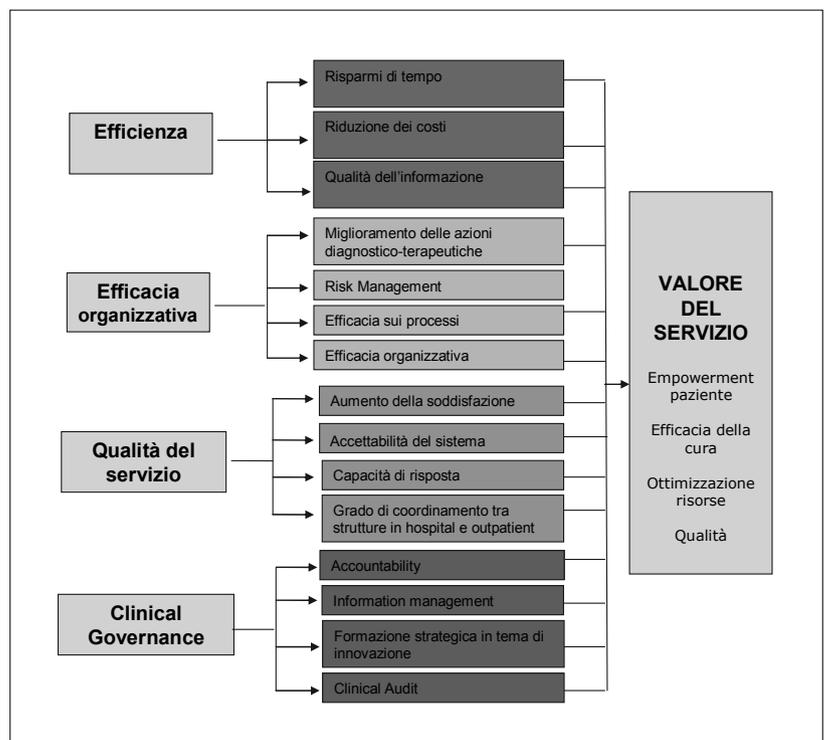
Le dimensioni individuate sono le seguenti:

- *Efficienza*, include gli impatti sul grado di efficienza dei processi interni che l'applicazione della cartella clinica elettronica ha prodotto o produrrà in futuro;
- *Efficacia*, comprende gli impatti che l'applicazione della cartella clinica elettronica produce in termini di miglioramento sull'intera organizzazione;
- *Qualità del servizio*, fa riferimento agli impatti che la cartella clinica elettronica produce sul processo di cura in generale;
- *Clinical Governance*, comprende l'insieme degli effetti che l'adozione della clinica elettronica produce sulla cultura organizzativa, sulla capacità di cambiamento nonché sulla valutazione generale della performance clinica.

La **figura 1** descrive le quattro dimensioni e le diverse categorie evidenziando anche una dimensione di sintesi, ovvero il valore complessivo generato.

La dimensione *efficienza* si articola su tre categorie di variabili legate al recupero dell'efficienza sui processi interni alle azien-

**Figura 1**  
Le dimensioni del modello di valutazione dell'EMR



de misurabili in termini di risparmio di tempo, riduzione dei costi e miglioramento della qualità e delle modalità di gestione delle informazioni. A titolo esemplificativo, la **figura 2**, oltre a descrivere i principali indicatori in cui si articolano le variabili di questa dimensione, evidenzia la correlazione attesa alla luce della letteratura e gli utenti/*stakeholder* del sistema informativo-clinico per i quali ci si aspetta che si manifestino gli impatti. In particolare, la correlazione propone un'indicazione circa la natura dell'impatto che ci si aspetta dall'introduzione del sistema di EMR che può non essere necessariamente positiva.

I benefici in termini temporali fanno riferimento al fatto che disporre di uno strumento come la cartella clinica elettronica permette di condividere informazioni in tempo reale, minimizzando, ad esempio, i tempi di attesa per ottenere i risultati di analisi di laboratorio e di visualizzare in tempo reale le immagini diagnostiche oltre che altre informazioni (es. referti e consulenze, elementi rilevanti della storia clinica del paziente), facilitando così il

processo di inquadramento e diagnosi e della conseguente prescrizione terapeutica, con impatti non solo in termini di efficienza del processo di cura, ma consentendo anche la revisione dell'allocazione del tempo di alcune figure professionali. Per contro, l'introduzione di un sistema di EMR parziale può dare origine a perdite di efficienza dovute alla compresenza di attività svolte in modo tradizionale e altre, svolte attraverso il sistema di gestione della cartella clinica elettronica. La piena automazione dell'attività dà la possibilità di impiegare in modo diverso le ore-lavoro risparmiate, aumentando il numero di transazioni per operatore o, alternatively, rivedendo il contenuto delle attività professionali svolte. Tra le conseguenze di quest'ultimo beneficio atteso è anche il miglioramento complessivo della soddisfazione del personale e l'incremento delle competenze e capacità accumulate, impatto che potrebbe manifestarsi nel medio-lungo periodo.

La riduzione dei costi rappresenta una categoria di impatto molto rilevante per il

**Figura 2**

Indicatori, correlazione e *stakeholder* relativi alla dimensione efficienza

			Correlazione	Personale Medico	Personale infermieristico	Amministrazione	Paziente
<b>Efficienza</b>	<b>Migliore impiego delle risorse umane</b>	•Miglioramento della comunicazione all'interno dello staff medico	+	✓	✓		✓
		• Accesso remoto a specialisti e sistemi diagnostici	+	✓	✓		
		•Riduzione staff cost	-	✓	✓		
	<b>Riduzione dei costi di gestione delle transazioni</b>	• Dettaglio dei costi reali di ogni processo per singola attività effettuata	+	✓	✓	✓	
		•Razionalizzazione delle scorte	+			✓	
		•Riduzione dei consumi	+			✓	
		• Ottimizzazione della durata delle degenze	-			✓	✓
		•Riduzione nei costi amministrativi di trascrizione/stampa	+			✓	
	<b>Miglioramento delle modalità di gestione delle informazioni</b>	•Scambio tempestivo di dati e documenti per specifici workflow(prescrizione, refertazione)	+	✓	✓		
		•Creazione di profili di cura omogenei	+	✓	✓	✓	
		•Disponibilità strutturata di informazioni reperibili on line	+	✓	✓		
		•Condivisione dei dati individuali	+	✓	✓		

settore sanitario, che può essere ottenuta anche grazie all'introduzione di un sistema di EMR attraverso la dematerializzazione delle cartelle cliniche e la condivisione delle informazioni, che può facilitare i risparmi, ad esempio in termini di riduzione dei costi di stampa, oppure azzeramento dei costi per l'acquisto di pellicole radiografiche sostituite da immagini digitali. Inoltre, si possono considerare i risparmi di costi connessi a una maggiore razionalizzazione nella gestione delle scorte, sia di magazzino che di reparto, derivanti da una migliore pianificazione delle attività e, nel lungo periodo, anche agli eventuali minori costi derivanti dalla accresciuta capacità di ottimizzazione della durata delle degenze.

L'ultima macrovariabile, relativa agli impatti in termini di efficienza, è la qualità dell'informazione. Infatti, l'introduzione della cartella clinica elettronica produce un significativo aumento di accuratezza, completezza, comprensibilità dell'informazione e della sua attendibilità. Inoltre, il formato stesso delle informazioni ricevute dai settori diagnostici (ad es. ricostruzione grafica dei risultati di laboratorio...) viene sensibilmente influenzato, incidendo in vario modo anche sul grado di personalizzazione dell'informazione.

La dimensione *efficacia* raccoglie gli impatti che l'applicazione della cartella clinica elettronica produce in termini di miglioramento sull'intera organizzazione.

Nello specifico, gli effetti sull'efficacia sono riconducibili al miglioramento delle azioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali, in termini di maggiore capacità di programmazione dei ricoveri, superiore precisione nella definizione della diagnosi e prescrizione della cura, grazie alla più completa disponibilità di informazioni, nonché della riduzione del numero di errori nella prescrizione degli esami diagnostici e nella stesura dei referti. Rientrano in questa dimensione di impatto anche le variabili collegate al *risk management* esprimibili come riduzione dei rischi per il paziente e misurabili con diversi indicatori, come ad esempio la riduzione dei casi in cui si verifica una scorretta somministrazione dei farmaci o la riduzione delle richieste di esami clinici invasivi dovuti a una non accuratezza o completezza nell'informazione a disposizione. Inoltre, gli effetti

riguardanti tale dimensione sono ricollegabili all'efficacia sui processi, in termini sia di processi di cura in senso stretto, che di processi di supporto. Infine, un'ultima categoria che completa la valutazione dell'efficacia è riconducibile all'efficacia organizzativa, misurabile sia come miglioramento del rapporto col paziente, sia in termini di clima organizzativo e di maggior coinvolgimento del personale che di arricchimento delle competenze acquisite.

La dimensione *qualità del servizio* riguarda la valutazione degli impatti che la cartella clinica elettronica produce sull'erogazione della cura in senso ampio.

Tale dimensione comprende gli effetti sull'*empowerment* del paziente, ossia sul grado del suo coinvolgimento nel processo di cura. Alla qualità del servizio sono riconducibili anche gli impatti connessi più propriamente al grado di coordinamento tra diverse strutture sanitarie e tra strutture in *hospital* e *outpatient*, volte a migliorare la continuità della cura dal punto di vista territoriale. Infine, la misura della qualità del servizio avviene verificando la presenza o meno di sistemi qualità, ad esempio sulla base del numero di accreditamenti ricevuti. Inoltre, in questa dimensione è contenuta anche una valutazione degli impatti in termini di performance del sistema informativo, tenuto conto che l'obiettivo finale è garantire la continuità temporale del servizio (anche informatico) e assicurare una risposta efficace ed efficiente, in tempo reale, ai bisogni dell'utente primario (in questo caso il personale medico o infermieristico) e di conseguenza dell'utente finale (paziente).

La dimensione *clinical governance* si riferisce al complessivo governo dell'azione clinica anche in termini di trasparenza e rigore nella gestione dei flussi informativi e dell'accesso ai dati del paziente. Gli effetti più interessanti relativi a questa dimensione riguardano gli interventi di formazione strategica in tema di innovazione nel settore sanitario per il personale medico e infermieristico. Sono riconducibili alla *clinical governance* anche tutti gli effetti derivanti dall'uso della cartella clinica elettronica misurabili in termini di *outcome assessment* e *clinical audit*.

L'insieme delle dimensioni analizzate contribuisce a definire il valore della cura,

considerata misura di sintesi del modello sopra illustrato, che fa riferimento non a benefici immediati e direttamente misurabili ma a benefici generali e di lungo periodo che impattano su diverse sfere inerenti all'organizzazione sanitaria in sé, alla collettività e, più in generale, al territorio di riferimento.

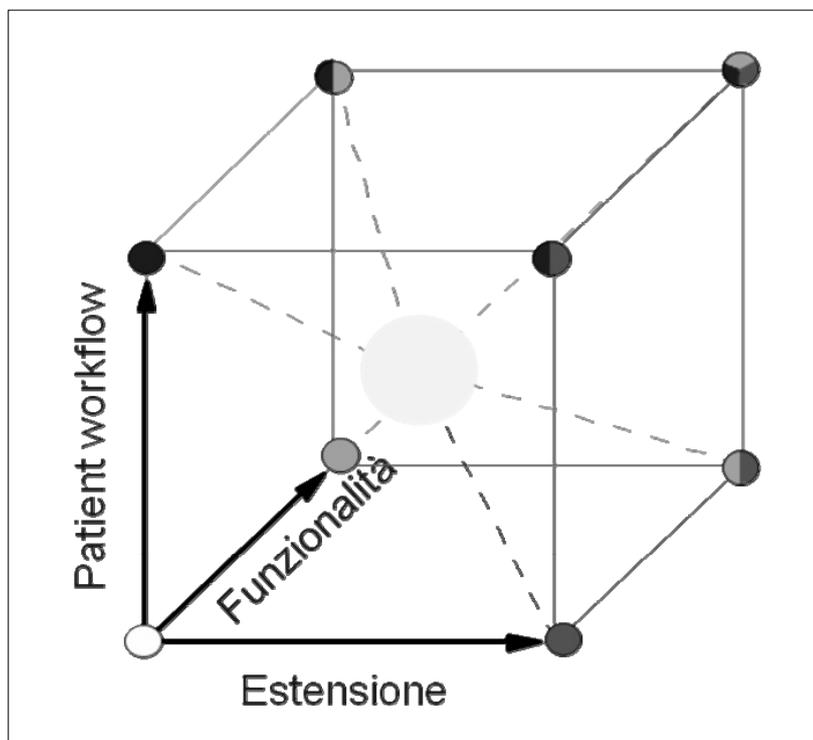
Questo modello è facilmente applicabile a numerosi contesti e a diverse tipologie di aziende, in quanto è basato su un *set* di indicatori facilmente misurabili e su variabili e dimensioni di impatti misurabili nei diversi archi temporali (breve, medio e lungo periodo) in cui tali effetti si manifestano.

Inoltre, nella definizione del modello si è tenuto conto dell'esigenza di definire una metodologia di analisi facilmente replicabile in situazioni e contesti differenziati, in modo da consentire non solo analisi longitudinali all'interno della stessa azienda, ma anche analisi comparative tra aziende diverse in termini sia di caratteristiche organizzative, sia di soluzioni informatiche adottate che di stadio di implementazione delle stesse.

A tale scopo sono stati definiti dei pesi per controllare i differenti stadi di pervasività dell'EMR nelle organizzazioni sanitarie e il grado di utilizzo del sistema informativo

**Figura 3**

I pesi del modello di valutazione dell'EMR

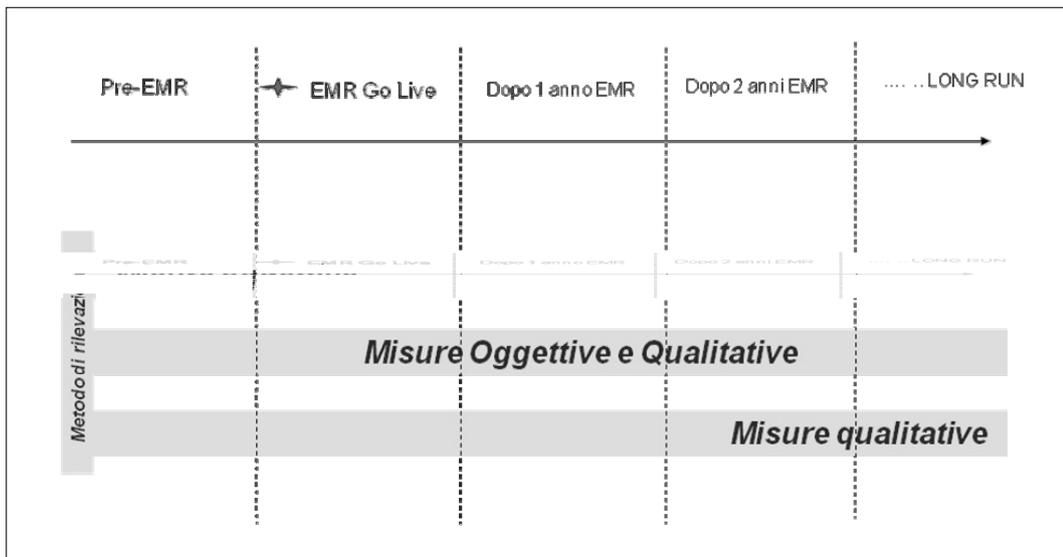


(figura 3). In particolare, un primo peso ha come obiettivo quello di rapportare gli impatti ottenuti rispetto al grado di pervasività dell'EMR nell'organizzazione. In tale contesto la pervasività dell'EMR è stata valutata rispetto a cinque fasi del *patient workflow* che includono:

- la presa in carico e l'*assessment*;
- la gestione integrata del sistema di prenotazione e dell'*order management* relativamente alle attività pianificate per il paziente, oltre alla visualizzazione integrata dei documenti e dei referti generati dagli applicativi dipartimentali (es. sistema laboratorio, RIS\_PACS, ecc.);
- la gestione del diario medico-infermieristico integrato;
- la fase di dimissione e *follow up* del paziente;
- gli scambi di flussi informativi finalizzati alla continuità della cura sul territorio.

Un altro peso è rappresentato dalle caratteristiche di contesto dell'azienda, con l'obiettivo di distinguere tra aziende ospedaliere e sanitarie e la relativa complessità. Un terzo peso ha come obiettivo quello di misurare l'estensione del sistema EMR a supporto dei processi organizzativi. Il *focus* è dunque interamente sull'organizzazione e non sulla performance del sistema informativo o del *software* scelto che non costituiscono obiettivo di misurazione del modello proposto. Proprio per questo motivo sono diversi gli *stakeholder* per/con i quali si misurano gli effetti che il sistema di EMR può generare come, ad esempio, il personale infermieristico, il personale medico, ma anche i tecnici di laboratorio, oltre alla direzione sanitaria e amministrativa, i *controller* e i responsabili dei sistemi informativi.

Da ultimo il modello tiene conto degli impatti misurabili nel breve, medio e lungo periodo e differenzia le metodologie utilizzate a seconda del momento di rilevazione e del relativo stato di implementazione del sistema di EMR nell'azienda (figura 4). In particolare, si utilizza un *mix* di metodologie quali-quantitative con l'obiettivo di cogliere in modo oggettivo i dati relativi ai diversi indicatori sia nella fase precedente all'introduzione del EMR, nel caso in cui la rilevazione avvenga già a partire dalla fase di progetta-



**Figura 4**  
Mix di metodologie adottate

zione del sistema, sia durante l'utilizzo del sistema, se si tratta di effetti che si manifestano nel medio-lungo periodo, misurandone altrettanto oggettivamente gli scostamenti nel tempo.

Il modello tiene conto anche dei diversi utenti che, nell'azienda, possono percepire gli impatti del sistema di EMR e, in particolare, ne individua quattro: il personale medico, il personale infermieristico, l'amministrazione e il paziente.

Il modello è stato sperimentato su due aziende sanitarie pubbliche italiane ed è in via di sperimentazione in due gruppi ospedalieri europei con l'obiettivo di fare il *fine tuning* delle dimensioni e delle misure individuate e di calcolare gli impatti prodotti, fino ad ora, nelle organizzazioni oggetto di indagine. Le due realtà italiane sono l'Azienda ospedaliera Ospedale Civile di Legnano e l'Azienda sanitaria Uls della Valle d'Aosta, che hanno caratteristiche aziendali differenti, sono a uno stadio differente di implementazione dell'EMR e hanno implementato soluzioni informatiche diverse. L'analisi ha fornito indicazioni utili anche circa gli impatti che si sono effettivamente manifestati e la loro natura e direzione.

## 5. Considerazioni conclusive

L'adozione di sistemi informativi particolarmente innovativi e complessi richiede

un'adeguata pianificazione dell'implementazione, che non può prescindere dalla definizione di un metodo di rilevazione degli impatti per valutare gli effetti di decisioni assunte da un'organizzazione e per indirizzare quelle future.

In proposito, alcuni autori e alcune ricerche (Mahmood, Mann, 1993; Hitt, Brynjolfsson, 1996; Devaraj, Kohli, 2002; Dameri, 2005) hanno evidenziato che una valutazione esclusivamente economica dell'impatto dei sistemi informativi, che contrappone ricavi stimati e costi sostenuti, non solo non giustifica sempre gli investimenti effettuati rispetto ai vantaggi economici conseguiti, ma appare un metodo di misurazione del valore dell'ICT non adeguato, in quanto non tiene in considerazione alcuni fattori strategici tra i quali l'aumento dell'efficienza e delle performance aziendali, l'aumento della qualità dei processi/servizi aziendali, l'incremento del valore per i clienti finali. Altri autori (tra cui Van Gremberg *et al.*, 2001, 2003a, 2003b; Pasini *et al.*, 2005) hanno evidenziato la necessità di un modello di valutazione dei sistemi informativi in cui la prospettiva finanziaria (*financial perspective*) sia sostituita dalla prospettiva relativa al «contributo del sistema informativo al *business* e al valore aziendale». Appare evidente che tale approccio è determinato dall'assunto teorico del sistema informativo inteso non come «*commodity*

aziendale» con obiettivi di mera efficienza operativa, con *budget* predefinito in base a *benchmarking* di settore, ma come «risorsa strategica» con obiettivi di carattere aziendale, i cui risultati non sono scindibili dai risultati aziendali (Caccia, 2008).

In tale contesto, il modello descritto consente di monitorare gli impatti che si manifestano su orizzonti temporali diversi e in diversi ambiti aziendali. Esso si pone come obiettivo quello di fornire una visione completa degli impatti derivanti dall'implementazione dell'EMR nelle aziende sanitarie a prescindere dalla tipologia di azienda, dalla soluzione *software* adottata e dalle funzionalità implementate.

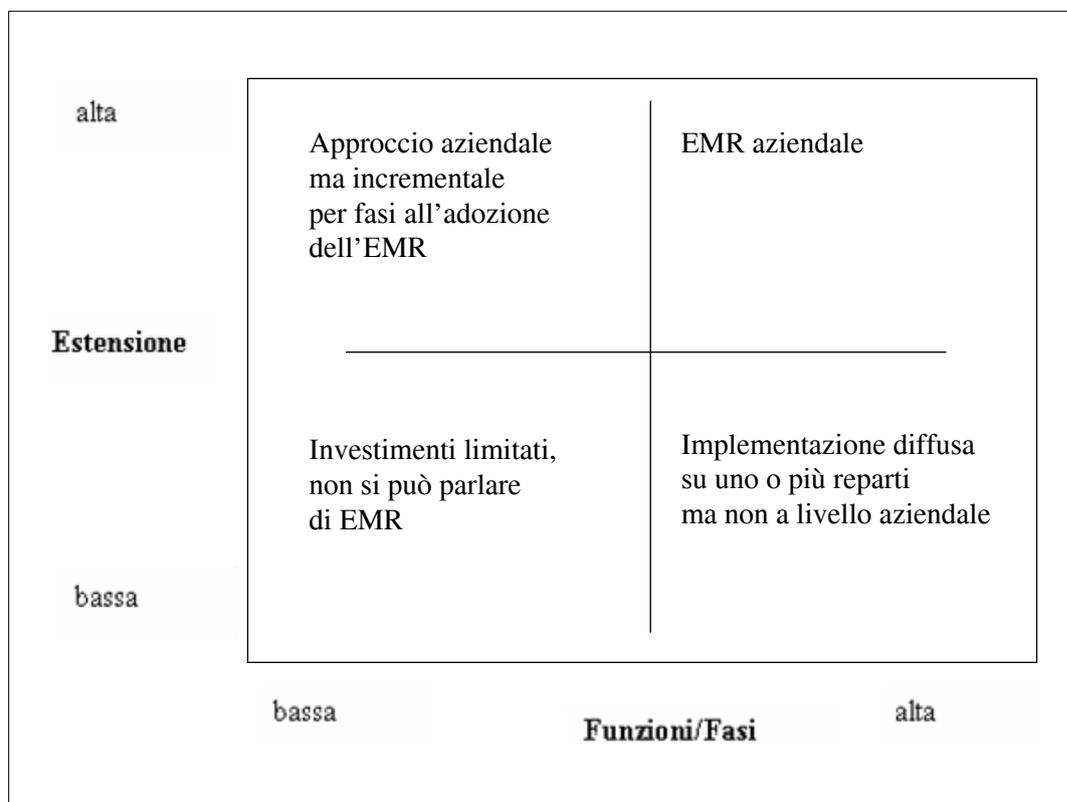
Si tratta di considerazioni importanti per rispondere in modo concreto a esigenze aziendali di valutazione del complessivo investimento organizzativo, culturale, tecnologico ed economico effettuato e per fornire indicazioni oggettive circa la natura e la direzione determinate da decisioni aziendali che hanno effetti nel medio-lungo termine. Peraltro, già utilizzando le griglie di analisi

relative al contesto di analisi dell'azienda, alle fasi e funzioni implementate e al grado di estensione dell'EMR a livello aziendale, è possibile valutare l'investimento effettuato e le azioni e le priorità attraverso cui perseguire gli obiettivi aziendali.

Il modello proposto, che appare piuttosto completo, non si pone quindi l'obiettivo di misurare gli impatti dell'adozione dell'EMR a livello di sistema sanitario e nemmeno di «certificare» soluzioni tecnologiche. Si propone invece come strumento al servizio delle aziende per rispondere in modo concreto ad alcune esigenze aziendali di valutazione del valore e degli impatti sui risultati e sulle performance aziendali derivanti dall'adozione di innovazioni tecnologiche (figura 5).

Un simile approccio di valutazione degli impatti di sistemi informativi fortemente innovativi richiede l'adesione culturale a una logica di «performance management» del sistema informativo stesso orientata alla valutazione continuativa del sistema e dei suoi effetti di breve e lungo periodo sull'azienda.

**Figura 5**  
Il posizionamento dell'EMR



In questo contesto appare necessario per il modello di valutazione proposto:

– condividerne l'impostazione e le relative misure a livello aziendale, con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo di un'azione sinergica e finalizzata a creare e diffondere comportamenti e valori comuni a supporto dell'innovazione stessa;

– adottarlo e impiegarlo in modo sistematico durante tutte le fasi di implementazione, in quanto può fornire indicazioni circa la natura di eventuali scostamenti e facilitare decisioni che permettano una più snella prosecuzione dei lavori.

#### Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro comune degli Autori, i §§ 1 e 2 sono da attribuire a C. Caccia; il § 3 è da attribuire a M. Cucciniello; il § 4 è da attribuire a Greta Nasi, mentre il § 5 è da attribuire al lavoro congiunto di tutti gli autori

#### Ringraziamenti

Si ringraziano InterSystems Italia s.r.l. e NoemaLife s.p.a. che hanno contribuito a sponsorizzare la ricerca già co-finanziata dell'Area Public Management & Policy di SDA Bocconi. Si ringraziano inoltre l'Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano e l'Azienda Sanitaria ULS della Valle d'Aosta che hanno dato la disponibilità a testare il modello descritto in questo articolo e Paola Cantarelli per il supporto nel lavoro di ricerca

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

- ABDELHAK M. (1996), *Health Information Management of a Strategic Resource*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA.
- BATES D.W., GAWANDE A.A. (2003), «Improving safety with information technology», *New England Journal of Medicine*, 348(25), pp. 2526-2534.
- BATES D.W., PAPIUS E., KUPERMAN G.J., SITTIG D., BURSTIN H., FAIRCHILD D. *et al.* (1999a), «Using information systems to measure and improve quality», *International Journal of Medical Informatics*, 53(2-3), pp. 115-124.
- BATES D.W., TEICH J.M., LEE J., SEGER D., KUPERMAN G.J., MA'LUF N. *et al.* (1999b), «The impact of computerized physician order entry on medication error prevention», *Journal of the American Medical Informatics Association*, 6(4), pp. 313-321.
- BATES D., EBELL M., GOTLIEB E., ZAPP J., MULLINS H.C. (2003), «A proposal for electronic medical records in US primary care», *Journal of American Medical Information Assoc.*, 10(1), pp. 1-10
- BERG M. (1997), *Rationalizing Medical Work*, The MIT Press, Cambridge, MA.
- BERG M. (2004), *Health information management*, Routledge, London.
- BIRKMEYER C.M., BATES D.W., BIRKMEYER J.D. (2002), «Will electronic order entry reduce health care costs?», *Effective Clinical Practice*, 5(2), pp. 67-74.
- BUCCOLIERO L., NASI G. (2004), «Il sistema informativo delle aziende sanitarie italiane: stato dell'arte e prospettive evolutive dell'area clinica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G. (2002), *Il sistema informativo dell'azienda sanitaria*, McGraw-Hill, Milano.
- CACCIA C. (2000), «Management e information technology. Un possibile percorso di qualificazione del mercato tecnologico e delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 36.
- CACCIA C. (2005), «Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità: aspetti da governare», in L. Buccoliero, C. Caccia, G. Nasi, *E-health: percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, Mc Graw Hill, Milano.
- CACCIA C. (2008), *Management dei sistemi informativi in sanità*, Mc Graw Hill, Milano.
- CANNON D.S., ALLEN S.N. (2000), «A comparison of the effects of computer and manual reminders on compliance with a mental health clinical practice guideline», *Journal of American Medical Information Assoc.*, (7), pp. 196-203.
- CHIN H.L., MCCLURE P. (1995), «Evaluating a comprehensive outpatient clinical information system: a case study and model for system evaluation», *Proc. Annu. Symp. Comput. Appl. Med. Care*, 2(1029), pp. 717-721.
- DAMERI R.P. (2005), *La valutazione dell'Information Technology in azienda*, Isedi, Torino.
- DEVARAJ S., KOHLI R. (2002), *The IT Payoff: measuring the business value of information technology investments*, Prentice Hall, NJ.
- ETHEREDGE L.M. (2007), «Technologies of Health Policy», *Health Affairs*, 26(6), pp. 1537-1538.
- EYSENBACH G. (2001), «What is e-health?», *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), pp. 20.
- FREEMAN R. (2002), «The Health Care State in the Information Age», *Public Administration*, 80(4), pp. 751-767.
- GOODMAN N. (2000), «Accountability, clinical governance and the acceptance of imperfection», *Journal of The Royal Society of Medicine*, 93(2), pp. 56-8.

- HILLESTAD R., BIGELOW J., BOWER A., GIROSI F., MELLI R., SCOVILLE R. *et al.* (2005), «Can electronic medical record systems transform healthcare? Potential health benefits, savings, and costs», *Health Affairs*, 24(5), pp. 103-1117.
- HIMMELSTEIN D.U., WOOLHANDLER S. (2005), «Hope and Hype: predicting the impact of electronic medical records», *Health Affairs*, 24(5), pp. 1121-1123.
- HITT L.M., BRYNJOLFSSON E. (1996), «Productivity, Business Profitability and consumer surplus: three different measures of Information Technology value», *MIS Quarterly*, 20, pp. 121-142.
- JOOS D., CHEN Q., JIRJIS J., JOHNSON K.B. (2006), «An Electronic Medical Record in Primary Care: Impact on Satisfaction, Work Efficiency and Clinic Processes», *AMIA Annu Symp Proc.*, pp. 394-398.
- KELLY G. (1998), «Patient data, confidentiality and electronics», *BMJ*, (316), pp. 718-9.
- LEVINSON W., D'AUNNO T., GORAWARA-BHAT R., STEIN T., REIFSTECK S., EGENER B. *et al.* (2002), «Patient-physician communication as organizational innovation in the managed care setting», *The American Journal of Managed Care*, 8(7), pp. 622-630.
- MAHMOOD M.A., MANN G.J. (1993), «Measuring the organisational Impact of information technology investment: an exploration study», *Journal of Management Information Systems*, (10), pp. 97-122.
- MOLFENTER T., JOHNSON P., GUSTAFSON DH., DEVRIES K., VEERAMANI D. (2002), «Patient Internet services: creating the value-added paradigm», *Journal of healthcare information management JHIM*, 16(4), pp. 73-9.
- NEAME R., OLSON M. (1998), «How can sharing clinical information be made to work?», *Medinfo*, 9(1), pp. 315-8.
- PAGLIARI C., DETMER D., SINGLETON P. (2007), «Potential of electronic personal health records», *BMJ*, 335, pp. 330-333.
- PASINI P., MARZOTTO M., PEREGO A. (2005), *La misurazione delle prestazioni dei sistemi informativi aziendali*, Egea, Milano.
- PROTTI D., PEEL V. (1998), «Critical success factors for evolving a hospital toward an electronic patient record system: a case study of two different sites», *Journal of Healthcare information management*, 12(4), pp. 29-38.
- RAVAGNANI R. (2000), *Information Technology e gestione del cambiamento organizzativo*, Egea, Milano.
- REBORA G. (1999), *Un decennio di riforme*, Guerini, Milano.
- RIVKIN S. (1997), «Opportunities and challenges of electronic physician prescribing technology», *Medical Interface*, 10(8), pp. 77-83.
- SMITH R. (1996), «What clinical information do doctors need?», *BMJ*, 313, pp. 1062-8.
- TSAI C., STARREN J. (2001), «Patient participation in electronic medical records», *J. Am. Med. Assoc.*, 285, pp. 1765.
- VAN DER LOO R.P., VAN GENNIP E.M.S.J., BAKKER A.R., HASMAN A., RUTTEN F.F.H. (1994), «Evaluation of Automated Information Systems in Health Care: an Approach to Classify Evaluative Studies», *Proceedings 12th Medical Informatics Europe, 1994, EFMI, Lisbon*.
- VAN GREMBERGEN W., SAULL R., DE HAES S. (2001), «Linking the IT BSC to the business objectives at major canadian financin group», *Journal of Information Technology and Cases Applications*, vol. 5 (1), pp. 23-50.
- VAN GREMBERGEN W., DE HAES S., AMELINCKX I. (2003a), «Using CobiT and BSC as Instruments for service level management», *Information System Control Journal*, Vol. 4, pp. 56-62.
- VAN GREMBERGEN W., VAN BRUGGEN R. (2003b), «Measuring and improving corporate information technology through the balanced scorecard», Paper University of Antwerp, Belgium.
- VIKKELSØ S. (2007), «In Between Curing and Counting: Performative Effects of Experiments with Healthcare Information Infrastructure», *Financial Accountability & Management*, 23(3), pp. 269-288.
- WAEGEMANN C.P. (2002), *Status Report 2002: Electronic Health Records*, MRI, Boston, MA.
- WALKER J.M. (2005), «Electronic Medical Records and Health Care Transformation», *Health Affairs*, 24(5), pp. 1118-1119.
- WEST D.M. (2004), «E-Government and the Transformation of Service Delivery and Citizen Attitudes», *Public Administration Review*, 64(1), pp. 15-27.
- WRIGHT J.H., BLOOM A.S. (1997), «Computer assisted psychotherapy», *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, pp. 315-329.

# Tecniche di miglioramento dell'appropriatezza allocativa delle risorse in una grande azienda ospedaliera

FRANCESCO COPELLO, CRISTIANA PELLICANÒ

*A multidimensional approach based on principal component analysis and frequency distribution analysis is used to compare observed vs expected data of the supply chain in a huge teaching hospital. The aim is to develop a method to standardize the budgeting process among the operative units and avoid both overspending and lack of resources. The specific weights of DRGs, stratified by single cost component, are elaborated by using the top-down method for cost allocation. The weights are then used to produce the expected values and the critical areas are individuated by the most significant differences between them and observed one. The authors propose a model and simulate also its application for the redistribution of resources and the improvement of the global performance.*

Keywords: resources allocation, cost allocation, principal component analysis

Parole chiave: allocazione delle risorse, analisi dei costi standard, analisi delle componenti principali

## Note sugli autori

Francesco Copello è direttore di S.C. Controllo di gestione, Azienda Ospedaliera Universitaria «San Martino» di Genova  
Cristiana Pellicanò, è funzionario S.C. Controllo di gestione, Azienda Ospedaliera Universitaria «San Martino» di Genova

## 1. Introduzione

Negli ultimi anni la misurazione dei risultati, della qualità, del *benchmarking* in sanità è diventata fondamentale a seguito dell'acquisizione da parte del cittadino-paziente di una maggiore consapevolezza del tema «salute» e tenuto conto della scarsità di risorse economiche a disposizione del sistema e del costo crescente dell'innovazione del materiale sanitario utilizzato.

In un'ottica di programmazione e controllo della gestione di una complessa azienda sanitaria quale l'Azienda ospedaliera universitaria «San Martino» di Genova – nel prosieguo denominata per semplicità Aou S.M. – appare strategico verificare e analizzare i dati a disposizione prendendo in considerazione le strutture, i processi e i loro *output*, mediante l'utilizzo di strumenti avanzati di controllo di gestione che creano valore dall'analisi delle informazioni aziendali applicando modelli matematico-statistici. Tali modelli permettono di simulare scenari futuri estraendo il maggior numero possibile di informazioni dai dati osservati, di effettuare previsioni e pianificare interventi tempestivi e rappresentano una risorsa necessaria per le aziende di ogni tipologia di mercato. Appare utile utilizzarli anche in un contesto particolare quale quello sanitario, caratterizzato tra l'altro da mutamenti difficili da prevedere e repentini. Essi forniscono una più chiara rappresentazione della strada intrapresa e generano ipotesi di miglioramento continuo, costituendo nell'ambito della strategia aziendale e della *governance* un ulteriore strumento di controllo di gestione che affianca

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto di riferimento
3. Le basi dati utilizzate
4. L'analisi statistica
5. L'ipotesi di miglioramento
6. Conclusioni

le tradizionali tecniche di *budgeting* e di *reporting* e le già sperimentate analisi dei costi (*Activity-Based Costing-ABC*) e dei processi (*Activity-Based Management-ABM*) (Lippi 2004) e analisi delle performance aziendali (*Strategic Performance Management-SPM*) (Cokins, 2004). Le metodologie analitiche e predittive permettono inoltre di far emergere la qualità del dato e indirettamente la qualità del processo che lo produce.

Il Controllo di gestione dell'Aou S.M. in questi ultimi anni sta focalizzando l'attenzione sui processi tramite l'analisi delle attività e delle performance aziendali ed è attualmente in grado di conoscere i costi standard delle singole tipologie di prestazioni svolte dall'azienda. Lo strumento matematico-statistico che viene applicato in questo lavoro permette di effettuare anch'esso un'analisi di processo, simulando eventuali correttivi da applicare al sistema azienda.

Nel contesto attuale in cui la spesa per beni sanitari ha valori di crescita sostenuta, soprattutto per i nuovi farmaci e la tecnologia in evoluzione, e in cui le risorse sono razionalizzate sempre più, dopo aver effettuato un controllo dei costi ed eliminato sprechi e duplicazioni di spesa, appare fondamentale iniziare a porre attenzione ai processi e agire sulle variabili chiave, le leve a disposizione della Direzione per migliorare la performance aziendale e i servizi offerti all'utente. Si è inteso costruire un modello che, partendo da dati reali relativi all'Azienda e tramite analisi statistiche opportunamente scelte, esamina le correlazioni tra le variabili considerate e consente di studiare un possibile scenario per l'anno successivo. Ciò al fine di mettere a disposizione della Direzione un innovativo strumento strategico per pianificare la gestione delle risorse aziendali e la tipologia di prestazioni da offrire all'utente, incidendo sui processi organizzativi dell'Azienda al fine di raggiungere la «soluzione ottimale» in termini di risultato (*output*) e di qualità (*outcome*) del servizio.

In estrema sintesi lo scopo è migliorare l'appropriatezza nell'allocazione delle risorse a disposizione dell'Azienda (materiale di consumo, personale, diagnostica) utilizzando i dati di performance dell'anno appena trascorso.

## 2. Il contesto di riferimento

L'Azienda ospedaliera universitaria «San Martino» di Genova è il più importante istituto di ricovero della Regione Liguria; ha una dotazione di 1.504 posti-letto di cui 1.289 in regime ordinario e 215 in regime diurno e un'offerta di prestazioni che risulta essere ogni anno di circa 80.000 ricoveri, 40.000 interventi chirurgici, oltre 100.000 accessi di pronto soccorso (è DEA – Dipartimento emergenza e accettazione – di secondo livello), circa 8 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. È sede del Corso di laurea in Medicina e chirurgia e ha un numero di dipendenti che, tra ospedalieri e universitari, sfiora le 5.000 unità che prestano la propria attività lavorativa su una superficie pari a circa 280.000 metri quadrati. Inoltre l'Azienda dispone di una struttura esterna al *campus* principale, situata nella zona centrale della città, in cui viene svolta esclusivamente attività di tipo ambulatoriale e di *day-surgery*.

Dal punto di vista organizzativo, l'Aou S.M. risulta suddivisa in 12 dipartimenti sanitari ad attività integrata (DAI), che operano in ambito assistenziale ma anche nella didattica e nella ricerca, suddivisi in 120 unità operative sanitarie e 2 dipartimenti amministrativi composti da circa 30 unità operative. Complessivamente, oltre 750 centri di costo e più di 1.000 centri di attività.

È chiaro, dalla struttura operativa sopra descritta, quale sia la complessità gestionale dell'Azienda, che presenta problematiche di complicata soluzione generate, oltre che dalle sue dimensioni, dall'importanza a livello di bacino di utenza regionale ed extra-regionale (mobilità attiva), dal fatto che risulta struttura di eccellenza per importanti patologie (esempio: centro trapianti, ematologia, cardiocirurgia) o centro di riferimento e coordinamento per determinate attività (esempio: Centro regionale di coordinamento e controllo dei servizi trasfusionali).

L'attività dell'Azienda si inserisce in un contesto regionale di assistenza sanitaria suddiviso tra cinque Aziende sanitarie locali (Asl) – Asl 1 «Imperiese», Asl 2 «Savonese», Asl 3 «Genovese», Asl 4 «Chiavarese», Asl 5 «Spezzino» –, una Azienda ospedaliera (San Martino), due Iress (Istituto pediatrico «G. Gaslini» e Istituto tumori), due enti ospedalieri autonomi (E.O. «Galliera» e Ospedale

Evangelico), che risulta caratterizzato da una pluralità di offerta di prestazioni per patologia ma anche da una importante mobilità passiva verso le regioni limitrofe (Toscana, Piemonte e Lombardia) per specifiche branche assistenziali (esempio: ortopedia).

L'anno di riferimento delle basi dati esaminate è il 2007. Non si è ritenuto utile considerare gli anni precedenti al 2007, in quanto scopo del lavoro non è analizzare un *trend* e dunque costruire una serie temporale di dati, ma cercare di estrapolare i comportamenti più recenti della «popolazione statistica» in analisi. Inoltre la Regione negli ultimi anni ha posto come obiettivi dei Direttori generali delle aziende sanitarie la riconversione delle tipologie di ricovero da offrire agli utenti-pazienti e di conseguenza lo scenario è mutato nel corso del tempo. Infatti, per abbattere il tasso di ospedalizzazione, i ricoveri ordinari sono diminuiti a favore di quelli effettuati in regime di *day-hospital* (ciclo-diurno, con accesso in giornata) e, successivamente, dal 2006 a seguito di deliberazione regionale è stata introdotta una nuova modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie con i pacchetti ambulatoriali complessi (Pac). In particolare, per cercare di ridurre l'inappropriatezza organizzativa di alcune prestazioni, si è deciso di procedere alla riconversione dal livello di erogazione ospedaliero a quello ambulatoriale di alcuni Drg chirurgici (es. decompressione del tunnel carpale; interventi sul cristallino) e Drg medici (es. ipertensione; diabete), attraverso percorsi assistenziali definiti come Pac, con una specifica tariffa omnicomprendente di tutte le prestazioni erogate, con predefinito numero di accessi, visite, procedure, controlli, piano terapeutico e che hanno valore limitatamente ai cittadini residenti in Liguria e, nel caso dei Drg chirurgici, solo per i soggetti con età superiore a 14 anni. In questo lavoro è sembrato pertanto più utile avere un punto di partenza fisso e consolidato, non troppo distante nel tempo e che rispecchi una situazione organizzativa e di struttura dell'offerta aggiornata.

Il controllo di gestione nella sua analisi delle problematiche aziendali deve considerare quali sono gli *input* aziendali che classicamente si possono suddividere in esterni e interni.

Gli *input* esterni sono rappresentati da:

a) gli obiettivi del Direttore generale che il *controller* esplicita operativamente nel processo di *budgeting* ribaltandoli mediante appositi criteri sulle singole strutture complesse (Vendramini, 2004);

b) il finanziamento, che in Regione Liguria non viene effettuato a prestazione ma a *budget*;

c) l'analisi dei fabbisogni, purtroppo ancora in gran parte vicariata dall'analisi della domanda storica.

Gli *input* interni sono rappresentati principalmente da:

- a) le risorse umane;
- b) i beni e servizi;
- c) le attrezzature;
- d) gli spazi;
- e) la dotazione di posti-letto;
- f) i centri di costo ausiliari.

Attraverso i processi aziendali l'*input* produce *output* e *outcome*, il primo dei quali di facile riscontro; estremamente difficile invece la misurazione del secondo. L'attività di ricovero viene classificata (rendicontata) tramite la produzione dei relativi Drg, mentre il risultato in termini di efficacia (miglioramento dello stato di salute) non conosce sistemi di classificazione validi per tutti i settori nosologici ma richiede specifici progetti di analisi, spesso non sostenibili in termini di risorse umane necessarie per la loro applicazione.

I Drg – *Diagnosis Related Groups* – si definiscono come raggruppamenti omogenei di diagnosi (Rod) e sono 538 nella versione HCFA 24 in uso dal primo gennaio del 2009. Fino a tale data veniva utilizzata la versione 19<sup>ma</sup>, costituita da 506 differenti gruppi. Il criterio di classificazione su cui si basano è costituito dal consumo di risorse; essi possono pertanto stimare la complessità di un episodio di ricovero ma non la gravità (severità) del caso trattato; per questo motivo la Regione Liguria ha adottato un sistema che associa al raggruppamento Drg un sottoraggruppamento basato sulla severità di malattia (sistema Apr-Drg). L'utilizzo di tale sistema consente di meglio misurare l'omogeneità nel consumo di risorse che risulta, quindi, correlato non solo alla complessità, ma anche alla gravità del caso clinico (la percentuale di

varianza del consumo di risorse spiegata dal sistema è il 33% superiore a quella spiegata dal solo raggruppamento Drg). Al sistema è associata una misura relativa del consumo di risorse necessario per ciascun raggruppamento (Drg) basata su un indice, chiamato *peso Drg*, il cui valore medio espresso dalla casistica nel suo complesso è pari a 1; due Drg di peso rispettivamente pari a 1,5 e 3,0 hanno pertanto un consumo di risorse che per il primo è il 50% in più rispetto alla media e per il secondo è pari al doppio del primo. Il peso Drg è pertanto indice della complessità del caso trattato (Nonis, Lerario, 2003).

### 3. Le basi dati utilizzate

Le basi dati sono state elaborate mediante procedure SAS a partire dai dati di costo di dettaglio dei fattori produttivi e consentono di ricavare le necessarie informazioni relative al dato osservato, per fattore produttivo e per unità operativa, e costruire altresì il dato atteso, ugualmente stratificato, applicando il costo standard aziendale. Per la gestione dei dati di costo comuni e generali sono stati costruiti gli opportuni *driver* di ribaltamento.

#### 3.1. Il costo dei fattori produttivi

L'osservato è relativo ai costi dei fattori produttivi utilizzati dall'Azienda in termini di personale, beni e servizi e prestazioni intermedie, cioè quelle prestazioni diagnostiche effettuate nei confronti dei pazienti ricoverati necessarie allo sviluppo e alla conclusione del percorso diagnostico-terapeutico.

#### *Il costo del personale*

Il personale preso in considerazione è quello medico e laureato non medico (direttori di struttura complessa, responsabili di struttura semplice dipartimentale e dirigenti di primo livello) e quello infermieristico che costituisce la quota principale del costo delle risorse umane in Azienda; per tutte le figure professionali è stata presa in considerazione sia la componente ospedaliera che quella universitaria.

Come già detto, infatti, l'Azienda è ospedaliera universitaria e ospita il Corso di laurea in medicina e chirurgia ma, oltre ai compiti di didattica e di ricerca scientifica, è obbli-

gatorio per il personale universitario convenzionato svolgere anche i compiti assistenziali. Il costo del personale universitario è figurativo e calcolato considerando che il 60% dell'attività del personale convenzionato con l'ospedale deve essere riservato all'attività assistenziale, come indicato nell'Atto aziendale (deliberazione n. 2395 del 13/09/2004 e modifiche successive). Tale percentuale è stata pertanto utilizzata come *driver* comune a tutte le Unità operative con questa tipologia di personale.

Per quanto riguarda i dirigenti, è stata considerata solamente l'attività svolta per la degenza, in regime ordinario e in *day-hospital*, con esclusione delle prestazioni ambulatoriali esterne, delle interne (in quanto esse sono state considerate quali fattori produttivi a carico dei reparti richiedenti e già considerate nel costo delle prestazioni intermedie) e dei Pac.

Poiché il personale dirigente è caricato su uno solo dei centri di costo della struttura di appartenenza (solitamente quello degenziale) ma svolge la sua attività in tutti i settori della stessa (*day-hospital*, ambulatorio, ecc.), è stato applicato uno specifico *driver* basato sulla prevalenza dell'attività degenziale rispetto al totale per il calcolo del costo di tali figure attribuibile ai ricoveri.

Al contrario, non si è ritenuto di dover applicare alcun *driver* al costo degli infermieri caricati sui centri di costo degenziali, in quanto l'attività da essi prestata in regime ambulatoriale può essere ritenuta trascurabile.

#### *Il costo di beni e servizi*

I beni e servizi (materiale di consumo) sono relativi ai costi propri delle unità operative e a quelli ricavati dal ribaltamento dei costi comuni derivanti dalle cosiddette guardiole degenziali, ambulatoriali e dipartimentali dell'Azienda.

In tali centri di costo comuni sono, infatti, spesso unificati la gestione del materiale di consumo di «basso profilo» (es. liquidi per infusione endovenosa, siringhe, antinfiammatori generici, ecc.) e il personale comune (caposala, staff infermieristico, ecc.) a più centri di responsabilità che condividono uno stesso spazio degenziale o ambulatoriale. Tramite opportuni ribaltamenti si suddivide

poi il costo caricato sulla guardiola e lo si attribuisce ai centri di costo finali che ne fanno parte in aggiunta ai costi propri. I criteri (*driver*) che vengono utilizzati variano a seconda che si tratti di guardiola degenziale, ambulatoriale, di sala operatoria, dipartimentale. Infatti, un costo prodotto da guardiola degenziale sarà spalmato considerando le giornate di degenza nel caso di attività ordinaria o il numero di accessi nel caso di attività di *day-hospital*; se guardiola ambulatoriale, il criterio utilizzato risulterà quello del numero di accessi; il costo comune dipartimentale (solitamente personale di segreteria) viene spalmato uniformemente su tutte le unità operative che fanno parte del dipartimento; infine, se è un costo caricato sul blocco operatorio, verrà ripartito sulla base dei minuti di utilizzo della sala operatoria. I costi del materiale di consumo utilizzati in sala operatoria e ordinati dalle unità operative con il codice del proprio centro di attività dedicato alla sala, sono invece ricompresi nei costi direttamente attribuiti (esempio: protesi ortopediche, lenti per chirurgia del cristallino, ecc.).

Considerato che la gestione dei blocchi operatori è indipendente rispetto alle unità operative che ne usufruiscono, in questa analisi i costi comuni da essi derivati sono stati ribaltati con i criteri sopra descritti ma mantenuti in un file a parte.

I costi di beni e servizi presi in esame sono relativi al *core business* dell'azienda e rappresentano prevalentemente materiale sanitario: farmaci ed emoderivati, presidi medico-chirurgici, diagnostici e reagenti, altro materiale sanitario, *services*; solo in minima parte si tratta di materiale economico generico: cancelleria, supporti informatici, materiale di cucina o per pulizia, ecc.

Per quanto riguarda i farmaci, trattando tale progetto solamente l'attività di ricovero, si è provveduto a depurare tale costo della parte relativa ai farmaci cosiddetti «conto Asl». Si tratta dei farmaci erogati ma non somministrati al paziente, cioè distribuiti in occasione di un accesso *day-hospital* o ambulatoriale per l'uso al domicilio; oppure di quei farmaci somministrati al paziente in occasione di un accesso ambulatoriale il cui costo non è però ricompreso nella prestazione. Attraverso un apposito flusso informativo periodico l'Azienda ospedaliera riceve il rimborso di

tali farmaci da parte della Asl di residenza del paziente.

Inoltre, si è provveduto a escludere la parte di costi per beni e servizi che sono prodotti dai centri di costo che svolgono nell'Azienda attività di dialisi domiciliare e ospedaliera a ciclo diurno, nonché attività ambulatoriale. Infatti, tale attività non deve essere considerata ai fini di questo lavoro che prende in considerazione l'attività dedicata al ricovero ordinario ed esclude quella per l'esterno.

### *Il costo della diagnostica*

La diagnostica si riferisce ai costi delle prestazioni ambulatoriali interne effettuate nei confronti dei pazienti ricoverati (prestazioni intermedie) suddivise in prestazioni di anatomia patologica, prestazioni dal centro trasfusionale (SIT), radiologiche (diagnostica per immagini), di laboratorio e altre prestazioni sanitarie (prevalentemente consulenze specialistiche). Come si è detto, tale fattore produttivo comprende il costo del personale di altre unità operative che ha effettuato la prestazione e che pertanto non è stato compreso nella voce risorse umane delle stesse.

### 3.2. Il dato atteso

Questa seconda fase dell'elaborazione è stata resa possibile dall'esistenza di una consolidata analisi dei costi dei Drg effettuata in Azienda a partire dal 2002.

Essa si basa su un *software* 3M (*CAMS: Cost Allocation Management Software*) che, tramite un sistema di pesi interni elaborato a partire da una base dati di circa 12 milioni di ricoveri, consente la stima dei costi di ciascun Drg a partire dai costi totali dell'Azienda. Per ciascun Drg il *software* contiene il peso relativo per 26 fattori produttivi; quindi non un solo peso che esprime globalmente il consumo di risorse del Drg come sopra descritto, ma 26 pesi ognuno specifico per ciascun fattore. Il sistema è quello classico di allocazione dei costi a cascata tramite pesi (approccio *top-down*).

I 26 fattori produttivi di CAMS costituiscono il dettaglio delle seguenti 12 voci di costo:

- assistenza giornaliera;
- farmaci;

- personale infermieristico;
- personale medico;
- sale operatorie;
- terapie di recupero;
- amministrativi e generali (comprensivi di altri costi, manutenzioni e ammortamento e utenze);
- radiologie (radiologia diagnostica, radiologia terapeutica, medicina nucleare, diagnostica per immagini, cateterismo cardiaco);
- laboratori (immuno-ematologico, anatomia patologica, microbiologia chimica clinica);
- servizi (sala parto, pronto soccorso, elettrocardiogramma e elettroencefalogramma, servizi specialistici, altri servizi);
- cure intensive (terapie intensive, Utic);
- presidi (altri presidi, protesi).

A partire dal risultato di questa analisi e precisamente dalla matrice dei costi unitari di ciascun Drg, complessivi e stratificati per fattore produttivo, sono stati ricavati aritmeticamente i pesi, specifici per l'Azienda, di ciascun Drg e fattore produttivo. Per esemplificare: il vettore della matrice contenente i pesi del fattore «MEDICI» dei 538 Drg esprime il «consumo» relativo di tale risorsa da parte di ciascun Drg rispetto alla media, così come i pesi del fattore «FARMACI» esprimono il consumo relativo di questi ultimi rispetto alla media e così via.

Conoscendo pertanto i casi trattati da ciascuna struttura, si può misurarne il volume di attività sommando i pesi dei singoli fattori produttivi del Drg di ogni ricovero e ottenendo così un valore specifico per ogni voce di costo (*punti Drg*) proporzionale all'assorbimento della specifica risorsa tenendo conto del diverso insieme di pazienti ricoverati da ciascuna unità operativa (*case-mix*) ed elaborato a partire dallo standard aziendale.

Per ottimizzare tale elaborazione è naturalmente indispensabile conoscere esattamente le modalità di consumo dei diversi fattori produttivi; per esempio, la risorsa «MEDICI» è strettamente correlata al caso clinico, mentre la risorsa «INFERMIERI» è più legata al numero di giornate di degenza prodotte da ciascun caso.

È inoltre necessario tenere conto dello sviluppo organizzativo aziendale per escludere dal modello eventuali unità operative in convenzione con l'Azienda ma facenti parte di

altra istituzione (es. SPDC della Asl 3 «Genovese») e ponderare adeguatamente quelle istituite o cessate nel corso dell'anno.

#### 4. L'analisi statistica

Scopo dell'analisi è stato quello di individuare in quali fattori produttivi la distribuzione tra le diverse unità operative degli scostamenti tra consumo osservato e standard aziendale (*punti Drg*) presentava la maggiore variabilità; ciò al fine di consentirne la riallocazione a parità di disponibilità complessiva migliorando l'efficienza globale del sistema. Poiché i fattori produttivi in esame sono strettamente correlati tra loro, si è resa necessaria una tecnica multidimensionale che consentisse anche una rappresentazione grafica intuitiva delle relazioni osservato/atteso; trattandosi di dati quantitativi è stata adottata l'analisi delle componenti principali (PCA) utilizzando la procedura PRINCOMP di SAS.

##### 4.1. L'analisi delle componenti principali

###### Metodo

La PCA costruisce un numero di modelli matematici (fattori) pari al numero delle variabili da analizzare, costruendo il primo modello in maniera da spiegare la maggior quantità possibile di varianza dell'insieme e i modelli successivi in maniera da spiegare progressivamente la varianza residua. Ne consegue che i primi due modelli spiegano solitamente la maggior parte di varianza: se questa «parte» è almeno prossima al 70% si può considerare sufficientemente valida la rappresentazione grafica del fenomeno sul piano ottenuto utilizzando come assi  $x/y$  i primi due modelli. In questo caso si ottiene così un grafico ascisse/ordinate dove ciascun punto plottato rappresenta una variabile; se la variabile è situata verso gli estremi di ambedue gli assi vuol dire che la sua varianza è bene espressa dal grafico; se la variabile è ad un estremo di un asse ma prossima all'origine dell'altro vuol dire che la sua varianza è ben rappresentata dal primo asse ma non dal secondo (la variabile quindi non è su un piano ma nello spazio multidimensionale); se la variabile è prossima all'origine di ambedue gli assi significa che il grafico non ne rap-

presenta assolutamente la varianza in quanto essa è distribuita interamente in altri assi (spazio multidimensionale).

Come già accennato, i fattori attraverso i quali si intende semplificare la matrice di dati a disposizione sono definiti come combinazioni lineari delle variabili originarie e il criterio sarà la massimizzazione della variabilità della singola componente principale. La variabilità della matrice dei dati è rappresentabile attraverso la matrice di correlazione dalla quale si possono estrarre dei valori caratteristici di ogni componente principale, detti autovalori (*eigenvalues*), caratterizzati dalla proprietà che la loro somma è uguale alla somma degli elementi della diagonale della matrice. Tale somma viene interpretata come misura della variabilità complessiva contenuta nella matrice dei dati.

Dunque la componente principale s-esima sarà:

$$F_s = a_{1s}x_1 + a_{2s}x_2 + \dots + a_{ks}x_k$$

Concettualmente, nella tecnica delle componenti principali, il concetto è simile a quello della proiezione di un oggetto N-dimensionale in campo bidimensionale (ottenendo la sua ombra); dunque, pur se nel piano di proiezione si perde una dimensione, è possibile ugualmente riconoscere l'oggetto dalla sua ombra (informazione) a condizione che si ruoti lo stesso in modo conveniente, cioè in modo tale da fargli produrre l'ombra più estesa (varianza, informazione). Ciò può essere visto come un modo di interpretare geometricamente i numeri osservati. Le due dimensioni del piano cartesiano rappresentano le due componenti principali, le N dimensioni della realtà osservata rappresentano le variabili iniziali.

Le modalità di costruzione matematica dei modelli è tale da far sì che l'angolo al centro formato da due variabili nel grafico appena descritto fornisca una stima accettabile del coefficiente di correlazione  $r^2$  (pertanto due variabili a  $0^\circ$  esprimono una forte correlazione positiva:  $\cos 0^\circ = 1$ ; due variabili a  $180^\circ$  esprimono una forte correlazione inversa:  $\cos 180^\circ = -1$ ; due variabili a  $90^\circ$  non sono correlate:  $\cos 90^\circ = 0$ ).

Ovviamente, tale stima è tanto migliore quanto più le due variabili sono ben rappresentate nei due assi del grafico; infatti, due

variabili a  $90^\circ$  nel grafico, una delle quali prossima all'origine di uno o di ambedue gli assi, potrebbero essere a  $180^\circ$  o a  $0^\circ$  su un piano formato da altri due assi (il ben noto errore di parallasse).

Quindi, una prima lettura grafica del fenomeno non deve trarre in inganno su «evidenti» correlazioni o non correlazioni tra variabili che vanno invece oggettivamente misurate sulla matrice di correlazione multidimensionale prodotta dalla metodica.

Considerato che la matrice dei dati è composta da due tipi di unità statistiche, strutture di area internistica e strutture di area chirurgica, e che una delle variabili inserite nella matrice (il costo di sala operatoria) è presente solo nel secondo tipo di strutture, si è deciso di effettuare tre analisi successive: la prima su tutte le unità statistiche escludendo i costi di sala (la PCA è infatti *missing-sensitive* e pertanto eliminerebbe automaticamente le unità statistiche prive di tale dato); la seconda sulle strutture chirurgiche comprendendo il dato sul costo di sala; la terza sulle strutture internistiche.

È stata quindi analizzata la matrice di correlazione che deriva dal metodo delle Componenti principali utilizzando come *cut-off* un valore pari al 50% quale indice di una buona correlazione tra le coppie di variabili esaminate.

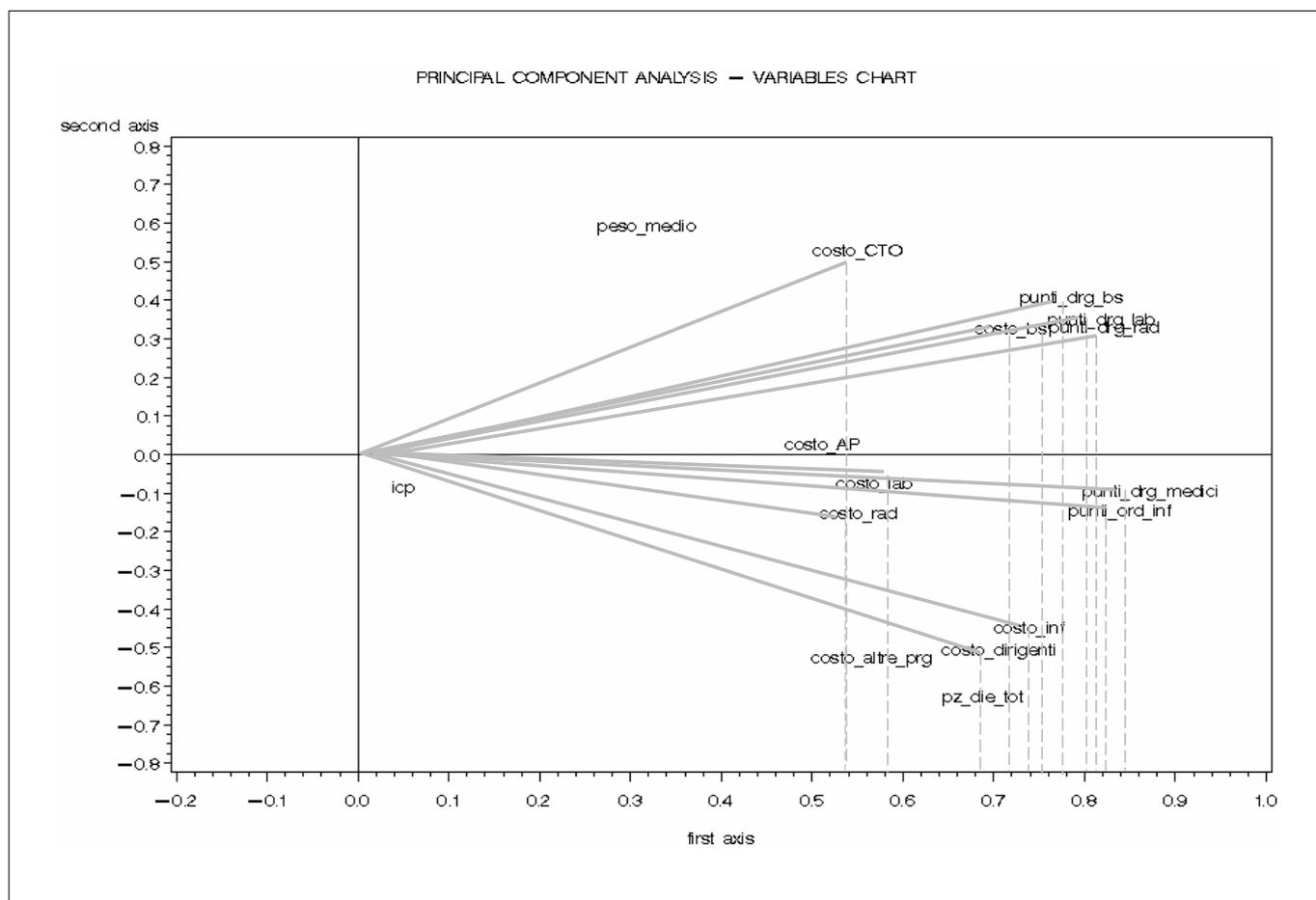
### Risultati

Nel modello grafico globale (**figura 1**) senza costi di sala operatoria ( $1^\circ$  modello), tutte le variabili appaiono concentrate nei quadranti a destra dell'origine, sparse dunque su un solo asse fattoriale. Questo tipo di rappresentazione era prevedibile trattandosi effettivamente di un unico fenomeno (il consumo di risorse), sia pure ripartito tra valori attesi e osservati.

A prima vista, alcune variabili appaiono ottimamente rappresentate nel piano bidimensionale (con un peso sull'asse fattoriale  $\geq 70\%$ ), in particolare, il costo degli infermieri e i punti ordinari relativi, il costo dei dirigenti e i punti Drg dei medici, il costo dei beni e servizi e i punti Drg relativi (**tabella 1**).

Tra le altre, la diagnostica di laboratorio, con il suo costo e soprattutto l'atteso, ha una rappresentazione abbastanza buona, mentre

**Figura 1**  
PCA sul modello globale



**Tabella 1**  
Peso delle variabili  
sul primo asse fattoriale

costo_inf	circa 75%
punti_ord_inf	circa 82%
costo_dirigenti	circa 70%
punti_drg_medici	circa 85%
costo_bs	circa 70%
punti_drg_bs	circa 80%
costo_lab	circa 60%
punti_drg_lab	circa 80%
costo_rad	circa 55%
punti_drg_rad	circa 80%
costo_cto	circa 55%
costo ap	circa 50%
costo_altre_prg	circa 55%
peso_medio	circa 30%
icp	circa 0,5%

sono inferiori, anche se comunque accettabili, le rappresentazioni di diagnostica per immagini, anatomia patologica, centro transfusionale e consulenze interne.

Molto poco rappresentati su questo piano e, quindi, dislocati su altri assi dello spazio multidimensionale sono invece gli indici peso medio (circa 30%), che si colloca prevalentemente sul secondo asse fattoriale e ICP (indice comparativo di performance, quasi nullo), che si è provato a inserire nel modello per testare l'eventuale correlazione dell'efficienza di processo con l'efficienza allocativa delle risorse.

Si procede a questo punto all'analisi della matrice di correlazione relativa.

Le correlazioni tra le variabili ben rappresentate risultano sufficientemente chia-

re e coerenti con il fenomeno studiato (tabella 2).

Esprimono, infatti, una buona correlazione il costo osservato/atteso del personale medico; ancora migliore il costo osservato/atteso del personale infermieristico. Per quest'ultimo è interessante far notare come la correlazione dell'osservato con il numero di giornate di degenza sviluppate (quindi con la presenza giornaliera di più o meno pazienti degenti) sia migliore di quella con i punti Drg. Evidentemente, il sistema Drg, nonostante l'uso di pesi differenziati per stimare il fabbisogno di ciascuna risorsa, è ancora inadeguato per descrivere una tipologia di assistenza basata sulla giornata di degenza piuttosto che sul caso clinico quale è quella infermieristica.

Dal punto di vista del materiale di consumo sanitario vi è un'ottima correlazione tra il costo dei beni e servizi e i punti Drg relativi; questo è la conferma che l'azienda negli ultimi anni ha effettuato notevoli sforzi nell'eliminazione degli sprechi e migliorato il processo di *budget* nell'allocazione delle risorse alle singole unità operative.

Invece l'azienda deve migliorare nella parte delle prestazioni per interni, settore nel quale la correlazione osservato/atteso è pari solamente al 30% per la diagnostica per immagini e al 29% per la diagnostica di laboratorio; anatomia patologica e trasfusionale non presentano il dato atteso in quanto statisticamente poco valido ma si possono per analogia confrontare con l'atteso del laboratorio, verso il quale presentano una correlazione pari rispettivamente al 29% e al 47%. Per quanto riguarda le consulenze (*altre\_prg*), la cui stima dell'atteso rientra nel costo complessivo del personale medico, si può rilevare una ottima correlazione con le giornate di degenza. In analogia a quanto affermato per il personale infermieristico, questa attività sembrerebbe pertanto avere una collocazione sulla giornata e non sul caso clinico, il che non dovrebbe essere. Siamo di fronte a una spia di quella che viene chiamata «medicina difensiva», cioè del ricorso eccessivo al parere degli specialisti a scopo di cautela medico-legale? È bene dunque ricordare che questo è un indicatore che necessita degli opportuni approfondimenti.

ATTESO	OSSERVATO	R <sup>2</sup>
Punti_drg_medici	Costo_dirigenti	0,64
Punti_ord_inf	Costo_inf	0,60
Pz_die_tot	Costo_inf	0,70
Punti_drg_bs	Costo_bs	0,67
Punti_drg_lab	Costo_lab	0,29
Punti_drg_rad	Costo_rad	0,30
Punti_drg_lab	Costo_ap	0,29
Punti_drg_lab	Costo_cto	0,47
Pz_die_tot	Costo_altre_prg	0,73
Punti_drg_lab	Costo_altre_prg	0,36

**Tabella 2**  
Correlazioni  
(modello globale)

Anche analizzando gli altri modelli, il secondo sulle strutture chirurgiche e il terzo sulle strutture internistiche, le correlazioni tra le variabili studiate non si discostano significativamente da quelle del modello principale di riferimento (modello globale) ad eccezione del dato relativo al personale medico, dove si osserva una maggiore correlazione tra osservato e atteso nel modello delle sole strutture chirurgiche, e del dato relativo ai beni e servizi e alla diagnostica per immagini. Il dato di beni e servizi, che evidenzia una concordanza osservato/atteso molto buona (91%) nel modello delle sole strutture internistiche e una concordanza molto più bassa (65%) nel modello delle strutture chirurgiche, sembra orientare verso l'ipotesi di un utilizzo più appropriato o perlomeno più omogeneo del materiale di consumo nei reparti internistici. Stessa considerazione si può fare per la correlazione osservato/atteso del «consumo» di radiologia, molto più elevata (quasi accettabile) nei reparti internistici.

Da segnalare, infine, che alcune correlazioni, ad esempio quella relativa alla diagnostica di laboratorio, sono migliori in ambedue i modelli separati rispetto al globale. Ciò si giustifica con l'analisi effettuata, multidimensionale, nella quale il totale di due o più gruppi non necessariamente restituisce parametri medi fra gli stessi. Nel caso specifico, la commistione di reparti chirurgici con reparti internistici, caratterizzati da modalità di approccio al paziente significativamente differenti, «sporca» il modello complessivo che in molti fattori è pertanto peggiore di quelli suddivisi.

#### 4.2. Analisi delle distribuzioni di frequenza

##### Metodo

Utilizzando la matrice di correlazione (**tabella 3**) per individuare i fattori produttivi più critici rispetto al rapporto osservato/atteso è possibile, tramite la *PROC CAPABILITY* di SAS, rappresentare la distribuzione di tale rapporto per le voci desiderate, vale a dire personale medico, personale infermieristico, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, beni e servizi. Sono state scelte queste voci in quanto caratterizzate sia da un osservato che da un atteso statisticamente attendibili e tra loro correlati in maniera differente come sopra descritto.

La rappresentazione grafica più conosciuta della variabilità di un fenomeno statistico è rappresentata dalla gaussiana detta anche distribuzione normale, una curva a campana che si presenta in tutti i casi in cui le modalità sono distribuite attorno a un valore centrale (mediana) che presenta frequenza massima (moda) e corrisponde nella gaussiana perfetta alla media aritmetica. Le frequenze equidistanti dal massimo diminuiscono via via simmetricamente ai due lati tendendo a zero all'infinito.

Altre volte la distribuzione di frequenza può invece essere espressa da una curva asimmetrica (a sinistra o a destra) in cui una delle due estremità è più lunga dell'altra o addirittura bi o plurimodale, con due o più picchi di frequenza. È noto che i fenomeni organizzativi quali quello qui rappresentato sono solitamente descritti da distribuzioni asimmetriche a destra. In questi casi per individuare fasce omogenee di intervento è quindi più appropriato ricorrere ai quantili o percentili piuttosto che al valore medio.

Ciascun percentile o quantile divide in due parti la distribuzione lasciando ad un estremo una certa percentuale dei casi e dall'altro il rimanente (rispetto a 100). I quantili che suddividono la distribuzione in 4 parti uguali si dicono quartili: il primo quartile (Q1) lascia alla sua sinistra il 25% dei casi e alla sua destra il rimanente 75%, il secondo quartile (Q2) – che coincide con la mediana – lascia alla sua sinistra il 50% dei casi e alla sua destra il rimanente 50%, il terzo quartile (Q3) lascia alla sua sinistra il 75% dei casi e alla sua destra il rimanente 25%.

##### Risultati

Effettuata l'analisi statistica della distribuzione dei diversi indici di efficienza allocativa delle risorse, costruiti calcolando il rapporto costo/punti Drg che rappresenta quindi il costo per unità di prodotto sviluppato da ciascuna unità operativa, appare evidente come i fattori produttivi che maggiormente necessitano di intervento siano rappresentati dall'utilizzo della diagnostica di laboratorio e della diagnostica per immagini nonché dall'assegnazione del personale infermieristico; meno dispersi risultano il personale medico e il consumo di beni e servizi per i quali è comunque possibile un ulteriore miglioramento (vedi elenco seguente):

- personale medico: media € 867/punto, coefficiente di variazione 52%
- personale infermieristico: media € 122/punto, coefficiente di variazione 109%
- diagnostica di laboratorio: media € 353/punto, coefficiente di variazione 107%
- diagnostica per immagini: media € 240/punto, coefficiente di variazione 82%

**Tabella 3**

Matrice di correlazione multidimensionale

	costo_lab	costo_CTO	costo_rad	costo_AP	costo_oltre_prg	costo_dirigenti	costo_inf	costo_bs
pz_die_tot	0,381	0,044	0,274	0,232	<b>0,728</b>	0,802	<b>0,701</b>	0,241
punti_ord_inf	0,387	0,445	0,528	0,356	0,549	0,678	<b>0,598</b>	0,474
punti_drg_medici	0,324	0,272	0,480	0,585	0,430	<b>0,636</b>	0,719	0,521
punti_drg_bs	0,257	0,464	0,259	0,283	0,297	0,303	0,355	<b>0,670</b>
punti_drg_lab	0,287	0,470	0,270	0,288	0,356	0,373	0,387	0,650
punti_drg_rad	0,276	0,462	0,297	0,261	0,396	0,386	0,376	0,644
<b>EIGENVAL</b>	<b>1,599</b>	<b>1,197</b>	<b>1,012</b>	<b>0,749</b>	<b>0,659</b>	<b>0,200</b>	<b>0,133</b>	<b>0,003</b>

– beni e servizi: media € 541/punto, coefficiente di variazione 62%.

Dai grafici riprodotti (figure 2a, 2b, 3a, 3b, 4a, 4b) risulta evidente come la variabilità dei cinque indici abbia una diversa motivazione: il costo unitario dei medici è bimodale ma la distribuzione è comunque relativamente concentrata; il costo unitario degli infermieri è una multimodale (sono riconoscibili ben 6 differenti picchi) così come quello della diagnostica di laboratorio (riconoscibili 3 picchi); la distribuzione del costo unitario della diagnostica per immagini «rasenta» la monomodalità anche se con alcuni flessi ulteriori sul versante destro; la migliore distribuzione è quella del costo unitario per beni & servizi, in coerenza con quanto sopra illustrato: la si può infatti definire una monomodale lievemente asimmetrica a destra.

Dopo aver esaminato le basi dati, aver descritto l'analisi delle componenti principali e

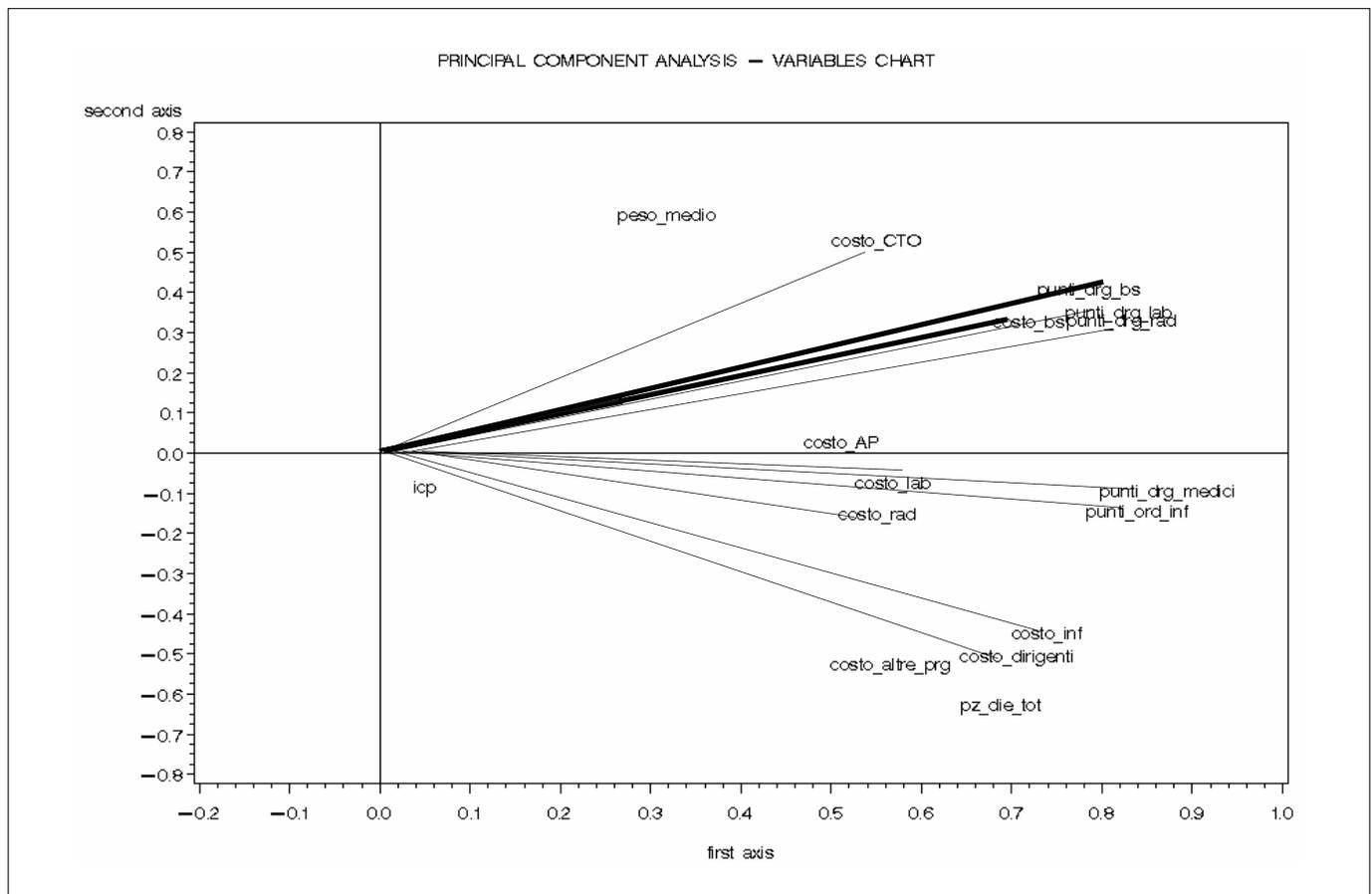
le correlazioni esistenti tra le variabili esaminate, aver individuato i settori da considerare per migliorare l'efficienza dell'azienda sulla base della distribuzione dell'efficienza (modello *capability*), formuliamo un'ipotesi di miglioramento.

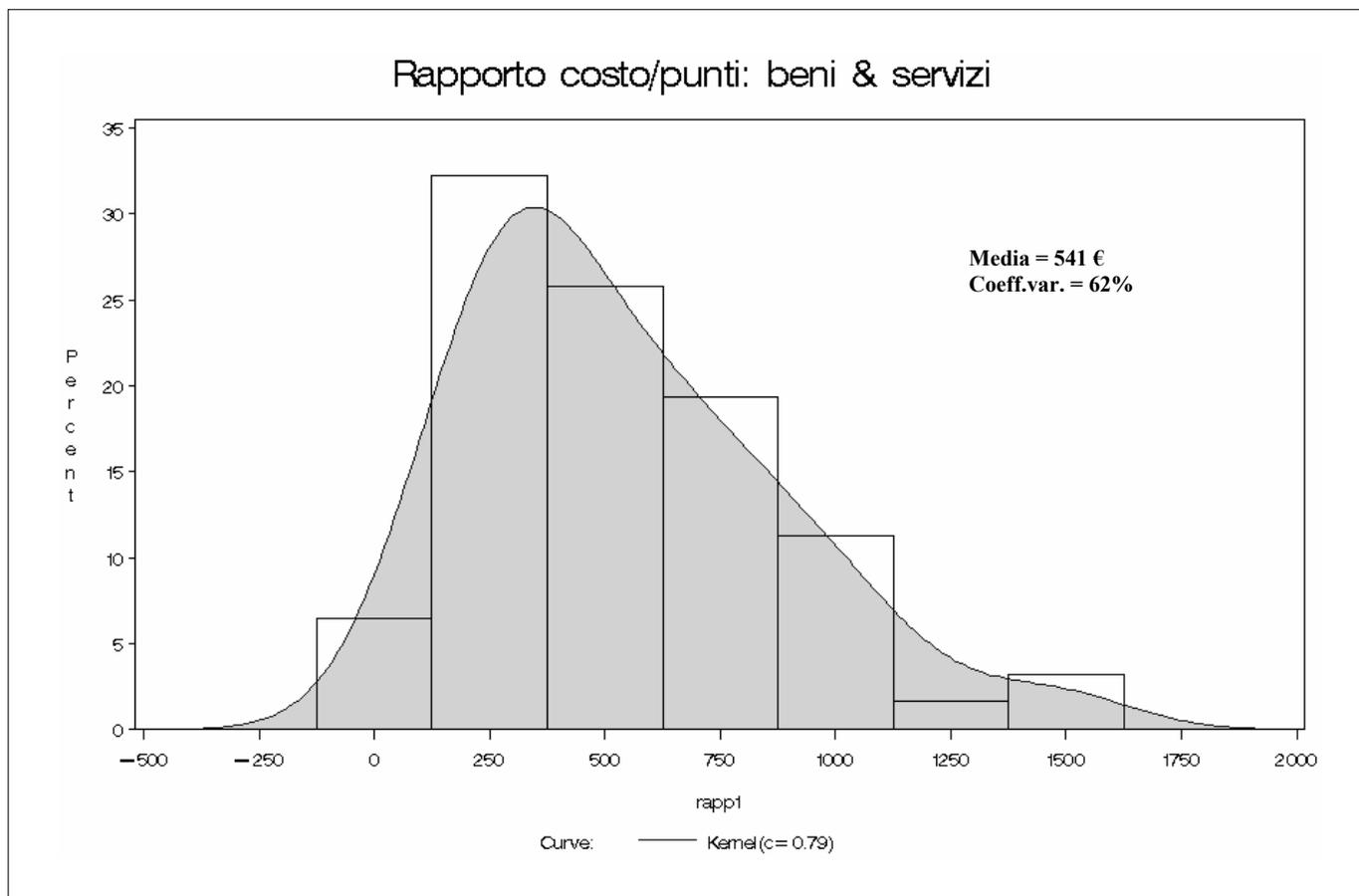
## 5. L'ipotesi di miglioramento

### 5.1. La tecnica del «kaizen»

Per contenere l'impatto della manovra di riallocazione delle risorse si è scelto di impiegare la tecnica del *kaizen*, metodologia giapponese di miglioramento continuo, che coinvolge l'intera struttura aziendale. Essa deriva dalla composizione di due termini giapponesi: *kai* (cambiamento) e *zen* (meglio) e viene associata in ambito industriale a concetti quali il *Total Quality Management* (TQM-Gestione della qualità totale), il *Just in Time* (JIT-abbattimento delle scorte), il

**Figura 2a**  
Distribuzione osservato/  
atteso beni & servizi



**Figura 2b**

Distribuzione osservato/  
atteso beni & servizi

*Kanban* (metodo per la reintegrazione costante delle materie prime e dei semilavorati).

Secondo il sistema *kaizen* occorre dedicare un'attenzione particolare ai processi e fondamentale è per il management nello stesso tempo mantenere gli standard in uso e migliorarli perfezionandoli (standardizzazione del processo). È necessario associare alla cultura tipica delle aziende occidentali, volta alle innovazioni (nel senso di grandi investimenti in nuove tecnologie o nuove attrezzature) e ai soli risultati, un sistema nuovo di gestione dei processi a partire dall'assunto che i miglioramenti in un'azienda non dovrebbero avere mai fine.

Ciò significa attuare sforzi continui riservando grande attenzione ai processi, in quanto tale condizione è necessaria al fine di raggiungere migliori risultati.

Le imprese peggiori sono quelle che si preoccupano solamente del mantenimento e nelle quali non c'è alcuna spinta interna

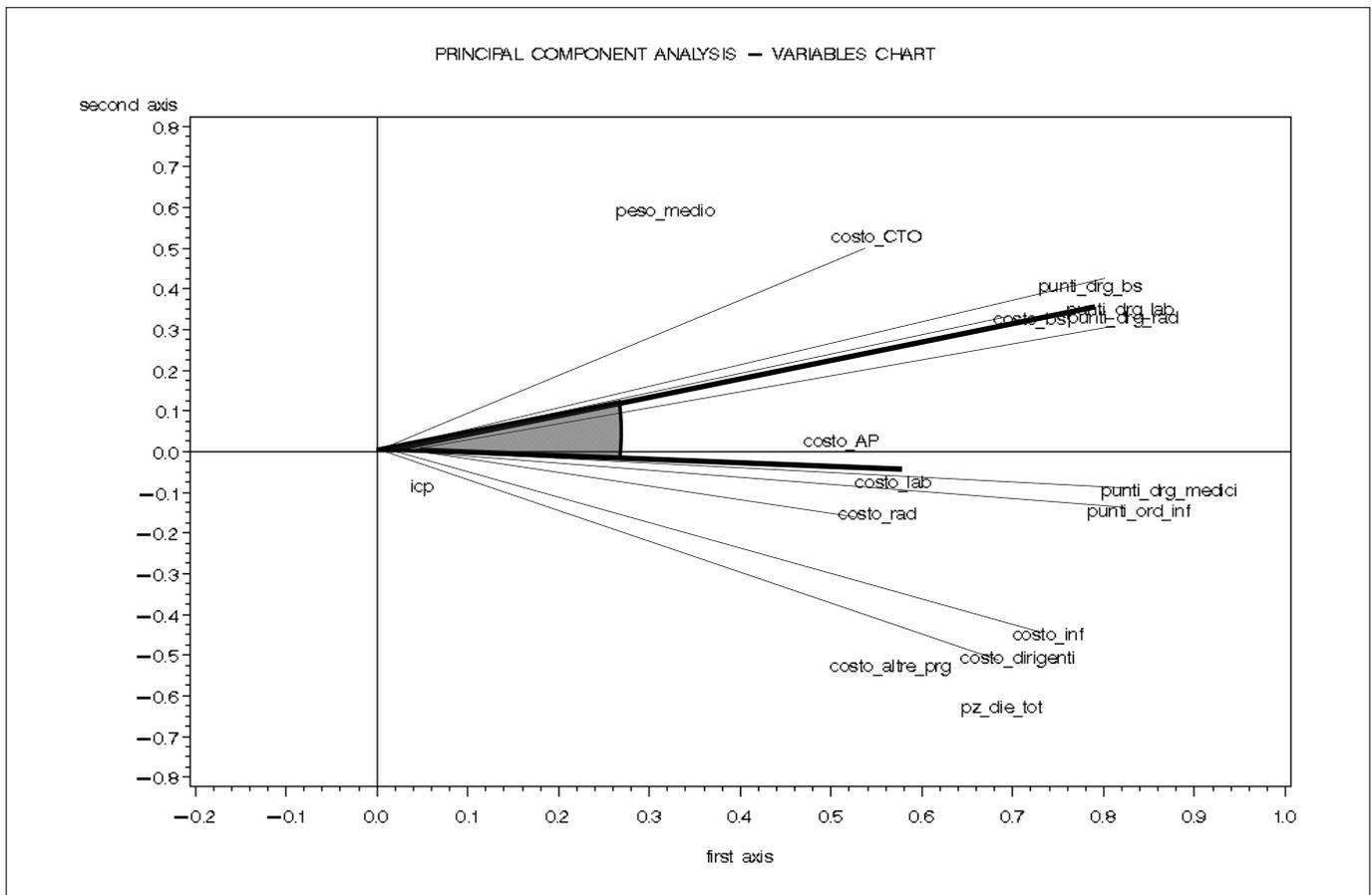
verso il *kaizen* o l'innovazione, in cui sono le condizioni del mercato e la concorrenza a obbligare la Direzione al cambiamento, senza una strategia di base.

Una delle funzioni più importanti del *kaizen* orientato al management consiste nel concentrare gli sforzi di quest'ultimo al miglioramento dei sistemi, che riguardano aree fondamentali del management quali la pianificazione e il controllo, i processi decisionali, l'organizzazione e i sistemi informativi.

Ovviamente, tale sistema è applicabile in ogni settore aziendale e, come nelle aziende industriali, può essere considerato valido anche nello studio delle dinamiche delle aziende di servizi pubblici.

## 5.2. Sviluppo dell'ipotesi e simulazione dei risultati

L'ipotesi segue di necessità due diverse strade:



– per le risorse umane occorre considerare le caratteristiche specifiche di ogni operatore in servizio presso ciascun centro di costo (livello, anzianità di servizio, orario, ecc.) che modificano significativamente il valore economico delle relative retribuzioni e, quindi, del costo della risorsa; non è pertanto possibile effettuare una simulazione con tecniche di tipo automatico bensì dettagliare interattivamente l'intervento su ciascuna struttura;

– per il materiale di consumo e la diagnostica, che presentano una valorizzazione unitaria omogenea per tutte le strutture aziendali, è invece possibile effettuare un'analisi *what-if* con cui simulare la riduzione del consumo di risorse da una quota di centri di costo meno efficienti ed il ribaltamento del ricavato su alcuni centri di costo «strategici» per gli obiettivi aziendali.

Per la selezione della quota di centri di costo ai quali assegnare un obiettivo di miglioramento nell'allocazione delle risorse

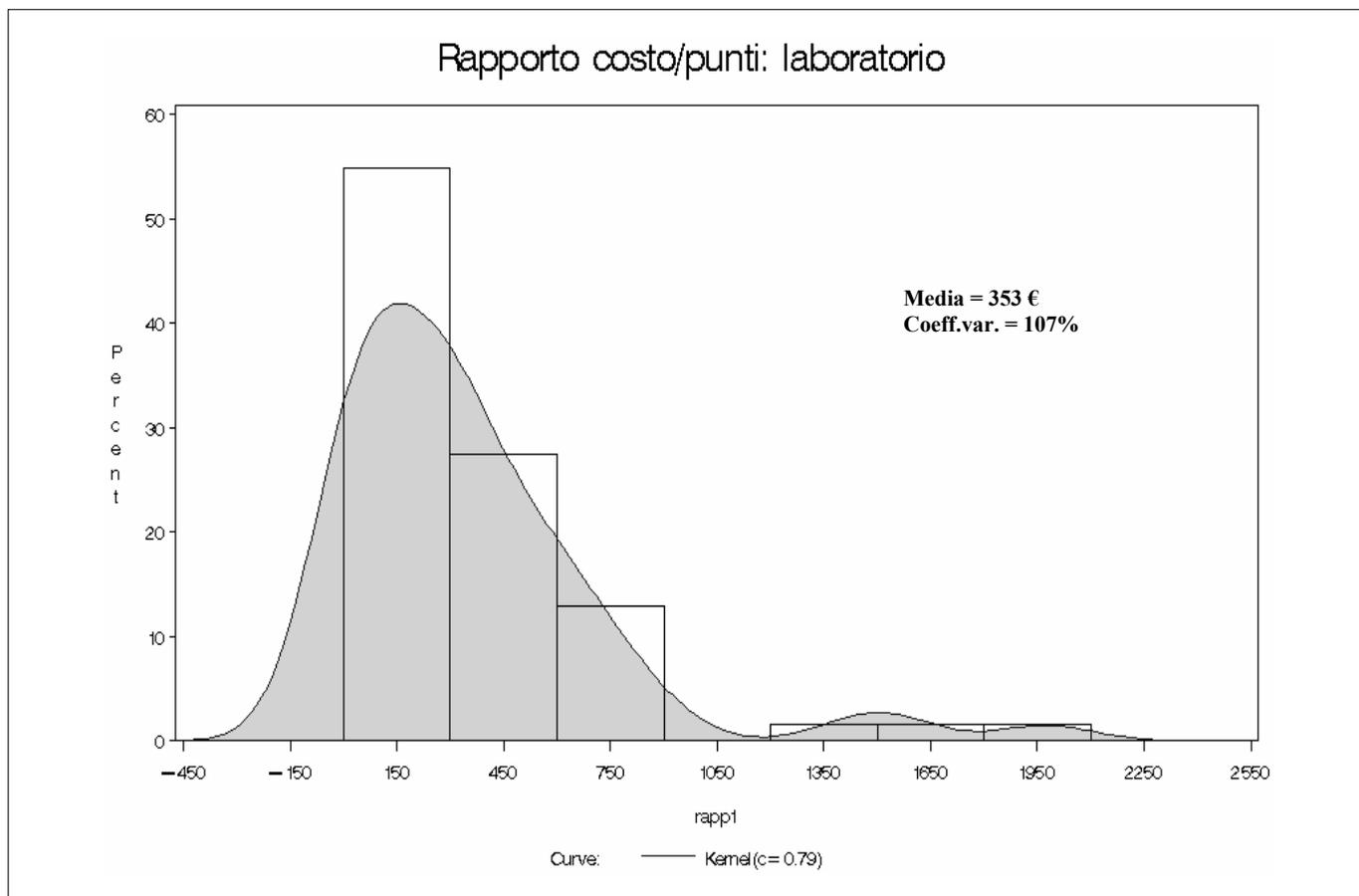
e quindi dai quali ricavare risorse da riassegnare sono stati utilizzati i quartili delle distribuzioni del costo per unità di prodotto (costo/punto Drg) e precisamente il Q3 pari alla 75<sup>ma</sup> posizione su 100.

I centri di costo sui quali redistribuire le risorse sono stati individuati tenendo conto degli obiettivi assegnati all'Azienda da Regione Liguria (incremento dell'attività cardiocirurgica, ortopedica ed oculistica).

La percentuale di risorse da sottrarre/riassegnare si è basata sulla decisione di effettuare una manovra a impatto limitato e pertanto è stata mantenuta tra il 5% ed il 10%. Sono state, quindi, costruite le procedure informatiche per il *what-if* che consentono di rivalutare l'indice di performance globale dell'Azienda testando le varie possibilità all'interno di questo *range*.

Considerato che l'area dei beni & servizi è già relativamente omogenea, si è mantenuto il 5% quale parametro del *kaizen*. Al contrario, la spesa unitaria per la diagnostica di

**Figura 3a**  
Distribuzione osservato/  
atteso diagnostica  
di laboratorio

**Figura 3b**

Distribuzione osservato/  
atteso diagnostica  
di laboratorio

laboratorio è quella a maggiore dispersione e si è deciso di applicare la percentuale massima del 10%. La diagnostica per immagini si colloca a metà strada quanto a dispersione: si è deciso dunque di applicare una quota di *kaizen* pari al 7%.

Sviluppando informaticamente il modello sopra descritto si ottiene la disponibilità dei seguenti importi ricavati dalla sottrazione di risorse dai reparti oltre il 3° quartile di spesa per unità di prodotto applicando le percentuali sopra descritte:

- beni & servizi € 3.728.000
- diagnostica di laboratorio € 775.000
- diagnostica per immagini € 540.000

per un totale di circa 5 milioni di euro pari all'8,3% delle risorse impegnate nei tre settori.

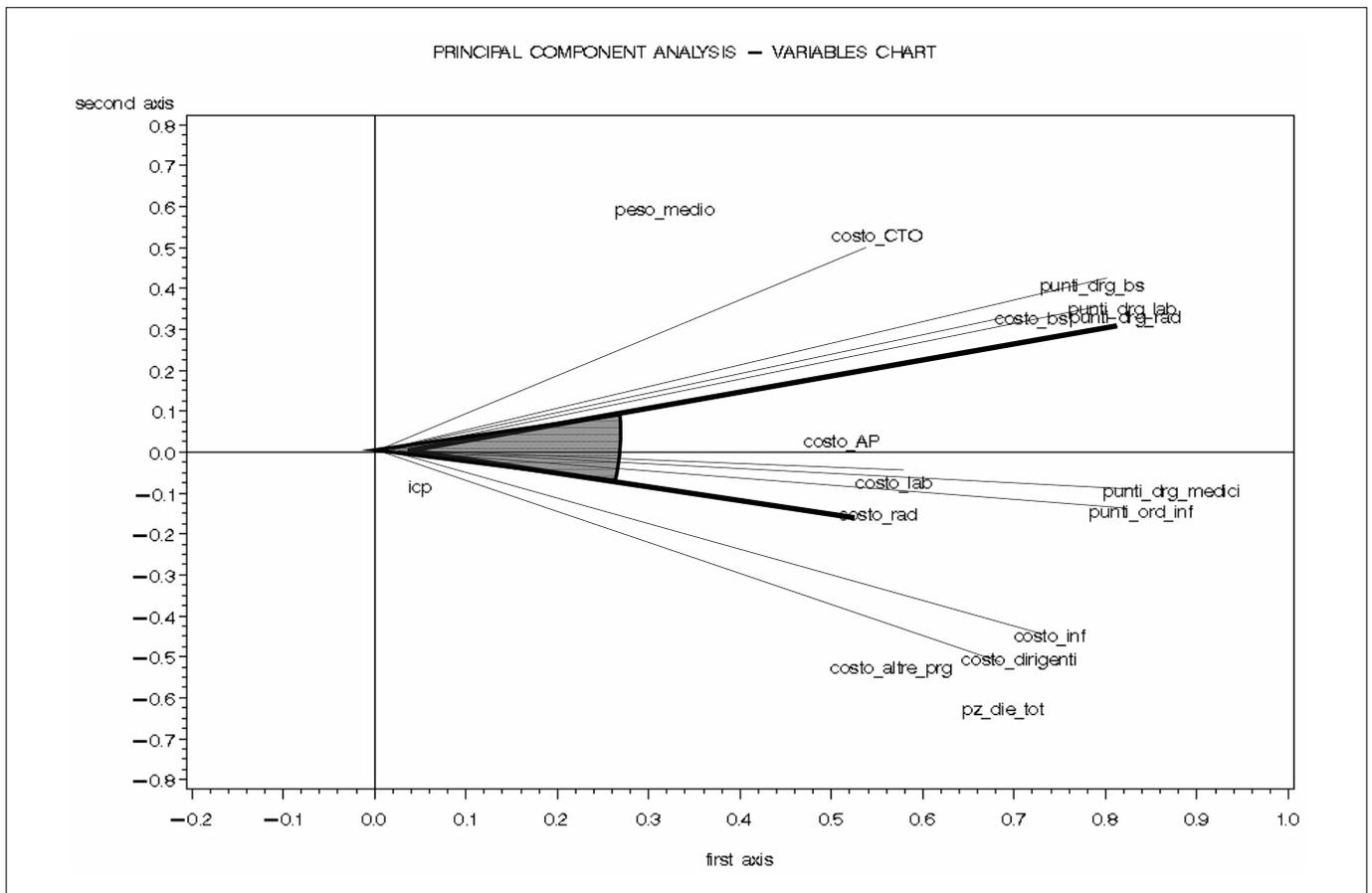
Le risorse recuperate vengono riassegnate alle tre aree sotto obiettivo regionale come evidenziato nella **tabella 4**.

Di concerto all'incremento delle risorse, a queste tre aree cliniche viene incrementato l'obiettivo in termini di punti Drg sotto l'ipotesi di una invariante efficienza allocativa delle risorse.

Ricalcolando infine la performance complessiva aziendale nell'allocazione delle risorse, misurata in termini di costo/punto Drg si ottengono i miglioramenti indicati nella **tabella 5**.

## 6. Conclusioni

L'utilizzo dei pesi Drg specifici stratificati per fattore produttivo, ricavati dall'analisi dei costi con metodica *top-down*, ha consentito di ottimizzare la metodica del costo/punto Drg. Il peso medio del Drg fa, infatti, riferimento al consumo medio globale di risorse e il suo utilizzo inserisce un'importante *bias* qualora l'analisi dell'efficienza di spesa sia effettuata per le singole voci di costo la cui prevalenza nei diversi



Drg varia in maniera anche estremamente significativa; si pensi per esempio al diverso consumo di farmaci, di diagnostica ematochimica e di diagnostica per immagini tra casi di pertinenza internistica e casi di pertinenza chirurgica. Utilizzando i pesi propri di ciascuna voce di costo il valore atteso rappresenta una approssimazione molto migliore del consumo di risorse prevedibile per lo specifico raggruppamento diagnostico.

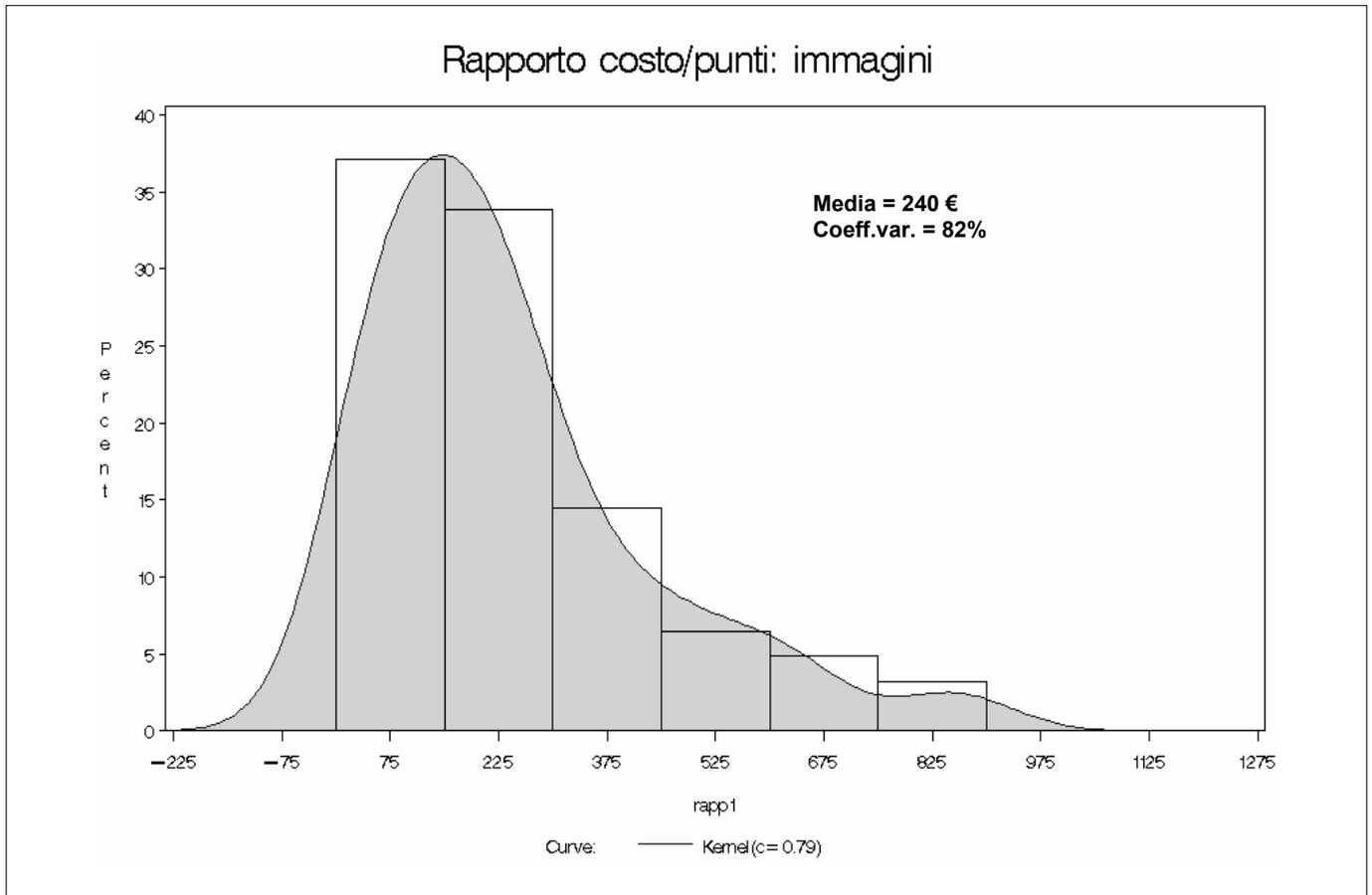
È evidente dalla base dati utilizzata (l'insieme delle strutture dell'Azienda) che il *benchmarking* su cui viene stimato l'atteso è rappresentato dalla performance media

aziendale e quindi non tiene conto di eventuali inefficienze complessive. Fermo restando che la metodica può efficacemente essere utilizzata allargando la base di calcolo, oppure utilizzando costi standard elaborati su un differente *benchmark*, si ritiene comunque estremamente utile come primo passaggio la rimozione delle inefficienze individuate rispetto al semplice standard aziendale. La metodica del *kaizen* consente, come si è visto, di uniformare progressivamente le performance individuali senza inserire elementi di «stress» eccessivi nel sistema produttivo migliorando contemporaneamente il risultato globale.

**Figura 4a**  
Distribuzione osservato/  
atteso diagnostica  
per immagini

Reparti	Beni & servizi	Laboratorio	Radiologia
<b>CARDIOCHIRURGIA</b>	€ 149.612,75	€ 138.661,45	€ 241.771,24
<b>ORTOPEDIA</b>	€ 468.739,85	€ 221.104,55	€ 150.381,55
<b>OCULISTICA</b>	€ 277.214,75	€ 250.403,16	€ 6.722,11

**Tabella 4**  
Riallocazione delle risorse



**Figura 4b**  
Distribuzione osservato/  
atteso diagnostica  
per immagini

L'impiego di tecniche di analisi multidimensionale (in questo caso l'analisi delle componenti principali) accoppiata a una più semplice analisi delle distribuzioni di frequenza ha consentito, partendo da una quantità di dati molto rilevante, di focalizzare l'attenzione sugli aspetti di maggiore

criticità rendendo il processo gestionale più rapido e sostenibile. Il modello nel suo complesso appare pertanto utilmente applicabile in generale, ma soprattutto in condizioni di risorse invariate che da alcuni anni costituiscono un fenomeno ricorrente in sanità.

**Tabella 5**  
Calcolo del costo/punto  
Drg, ante e post ipotesi  
di miglioramento

	Costo/punto beni & servizi	Costo/punto laboratorio	Costo/punto radiologia
<b>PRIMA</b>	€ 582,8	€ 263,9	€ 203,7
<b>DOPO</b>	€ 566,2	€ 252,3	€ 196,6

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

- ADDUCE A., LORENZONI L. (2004), «Metodologia e primi risultati di un'indagine ministeriale sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero», *Politiche Sanitarie*, vol. 5, n. 4.
- BOLASCO S. (1999), *Analisi multidimensionale dei dati. Metodi, strategie e criteri d'interpretazione*, Carocci, Roma.
- CHANDLER I.R., FETTER R.B., NEWBOLD R.C. (1991), «Cost Accounting and Budgeting», in *DRGs. Their Design and Development*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- COKINS G. (2004), *Performance Management. Finding the missing pieces (to close the intelligence gap)*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken; New Jersey.
- COPELLO F. (2008), «Elaborazione dei pesi relativi associati alla revisione 19 ed alla revisione 24 dei DRG su dati italiani: modalità di calcolo e risultati», Gruppo di Lavoro per l'Aggiornamento dei Sistemi di Classificazione ICD9-CM e DRG, Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, Roma.
- LIPPI G. (2004), *L'activity-based management nelle aziende sanitarie. Un modello applicativo sviluppato per l'Azienda Sanitaria di Firenze*, Firenze.
- MASAOKI I. (1986), *Lo spirito giapponese del miglioramento*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- MORRISON D.F. (1976), *Multivariate Statistical Methods*, McGraw-Hill, New York.
- NONIS M., LERARIO A.M. (a cura di) (2003), *DRG: Valutazione e finanziamento degli ospedali. Esperienze internazionali e politiche delle regioni in Italia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- RAO C.R. (1964), «The Use and Interpretation of Principal Component Analysis in Applied Research», *Sankhya A.*, 26, pp. 329-358.
- REGIONE UMBRIA (2002-2003), *Indagine sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero. 2002 e 2003*, Collana: Controllo dei costi e Osservatorio dei prezzi in Sanità, Edizioni Sedes.
- VENDRAMINI E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw-Hill, Milano.

**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**.

# Variazioni delle performance dei Mmg in relazione dalle forme associative

S. MANNINO, M. VILLA, S. LUCCHI, G. BRUNELLI, G.W. LOCATELLI, S. ZENONI, F. LONGO

*Over the last years, GPs have developed structured models of joint practices to improve health care delivery; our aim was to estimate their performance in relation to the level of such organisational complexity. For 95.556 citizens registered with 71 GPs in the Province of Cremona we estimated in 2006-2007: compliance to oncological screening programs, emergency care visits, reimbursed medical costs, appropriateness of hospitalisations and drug prescription (statins), rate of hospitalisations for «preventable» conditions (ACSC). The overall results suggest slightly better performances for «Networks» and «Groups» compared to «Individual» GPs but with higher consumption costs for their patients. Preliminary comparative analyses with the period 2001-2002 show similar differences, raising questions about the attribution of the effect to more developed levels of organization of GP practices compared to the internal features of some GPs clusters.*

Keywords: General Practitioners, joint practices, appropriateness

Parole chiave: Medici di medicina generale, associazionismo, appropriatezza

## Note sugli autori

Asl della Provincia di Cremona: S. Mannino Direttore del Servizio Epidemiologia, ricerca e sviluppo sanitario; M. Villa è Matematico statistico, Dirigente analista del Servizio Epidemiologia, ricerca e sviluppo sanitario; Silvia Lucchi è Statistica, Borsista del Servizio Epidemiologia, ricerca e sviluppo sanitario; G. Brunelli è Dirigente medico di II livello, Servizio Cure primarie distretto di Cremona; G.W. Locatelli Direttore generale; S. Zenoni Direttore sanitario F. Longo Direttore del CERGAS, Università Bocconi

## 1. Introduzione

L'associazionismo dei Medici di medicina generale (Mmg) trae le sue origini dalla legge 833 del 23/12/1978, che all'articolo 48 riconosce la possibilità di collaborazioni tra medici e il lavoro medico di gruppo nelle strutture sanitarie; questo passaggio, anche se non esplicitamente riferito al medico di famiglia, segna una transizione culturale dalla concezione libero-professionale del lavoro del medico ad una dimensione collettiva.

Le prime sperimentazioni in Italia sono iniziate negli anni '80, con esperienze nel Nord Italia (Giarelli, 2006), contemporaneamente all'avvio dei provvedimenti legislativi. Questi si sono susseguiti nel corso degli anni con una serie di accordi collettivi nazionali, successivamente recepiti a livello regionale, attraverso i quali si sono delineate le politiche di indirizzo per l'attività della medicina generale, con un riconoscimento della centralità del territorio nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Sono state progressivamente definite e dettagliate le modalità organizzative e amministrative delle associazioni, in un crescendo di opportunità per i Mmg. Questi sono stati incentivati alla partecipazione a forme sperimentali di condivisione degli obiettivi delle aziende sanitarie locali e di adozione di modelli organizzativi sempre più complessi, finalizzati a un maggiore coinvolgimento nel «governo della domanda» e alla diversificazione e qualificazione dell'offerta territoriale. In questo senso, il ruolo dei Mmg nelle cure primarie è stato rafforzato promuovendo la costituzione di forme associative e imprenditoriali; è stata prospettata la possibilità

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'associazionismo dei Mmg nella Provincia di Cremona
3. Scopo e obiettivi dell'indagine
4. Materiali e metodi
5. Risultati
6. Discussione
7. Conclusioni

di attivare unità di produzione territoriali di natura multifunzionale e multi specialistica nell'area sanitaria e socio-sanitaria (es. cure domiciliari, servizi per anziani). È stata incentivata la costituzione dei Gruppi di cure primarie (GCP), attraverso i quali attivare iniziative di governo clinico, protocolli per le patologie croniche in raccordo con i distretti Asl, anche aderendo ad obiettivi aziendali in un'ottica di *budget*. È stato istituito un fondo di incentivazione per i Mmg che utilizzino personale di studio, informatizzino il collegamento con Asl e Aziende ospedaliere, producano *report* informativi, partecipino a progetti aziendali. Infine, è stata enfatizzata l'importanza di momenti di revisione della qualità dell'attività e dell'appropriatezza prescrittiva, finalizzati alla promozione di comportamenti prescrittivi uniformi all'interno delle forme associative (DPR 13/8/81; DPR 882 del 16/10/84; DPR 289 del 8/6/1987; DPR 314 del 28/9/1990, DPR 484 del 22/7/1996; D.L.vo 229 del 19/6/1999; DPR 270 del 28/7/2000; ACN del 20/01/2005; Tozzi, 2002).

Sono state definite sostanzialmente tre tipologie principali di forme associative, denominate (in ordine crescente di complessità) «Associazione», «Rete» e «Gruppo»; le loro caratteristiche differenziali sono descritte nella **tabella 1**.

Parallelamente all'evoluzione dell'associazionismo, negli ultimi anni si è posto con enfasi crescente il tema della valutazione dell'assistenza dei Mmg; si sono moltiplicate anche in Italia le iniziative mirate a valutare la loro performance, spesso ispirate a modelli importati dall'Europa e dagli Stati Uniti, come quelle pubblicate da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *National Quality Measures Clearinghouse*, *Royal College of General Practitioners*, *American Health Quality Association*, *American Academy of Family Physicians (RCGP 2002, AHQA 2000, AHRQ 2003)*.

I sistemi informativi delle aziende sanitarie, il cui sviluppo ha visto un'accelerazione a partire dagli anni '90, rappresentano una fonte preziosa di dati per una ricostruzione dei contatti tra i cittadini e il sistema sanita-

**Tabella 1**

Caratteristiche differenziali delle forme associative

Caratteristica	Medicina in associazione	Medicina in rete	Medicina di gruppo
<b>N. di partecipanti (min-max) <sup>(1)</sup></b>	3-10	3-10	3-8
<b>Sede unica degli ambulatori</b>	Non obbligatoria	Non obbligatoria. Possibile rotazione dei medici nelle varie sedi	Obbligatoria per almeno la metà degli ambulatori. Possibile attività in sedi secondarie
<b>Vincoli di orario di apertura</b>	Almeno un ambulatorio non chiude prima delle 19.00	Almeno un ambulatorio non chiude prima delle 19.00	6 ore g.
<b>Condivisione di linee-guida diagnostico-terapeutiche</b>	Si	Si	Si
<b>Momenti di revisione della qualità interna</b>	Si	Si	Si
<b>Gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico</b>	No	Si	Si
<b>Condivisione delle cartelle cliniche informatizzate</b>	No	Si	Si
<b>Uso di sistemi telematici di prenotazione e trasmissione dati</b>	No	Si	Si
<b>Uso di supporti tecnologici e strumentali comuni</b>	No	No	Si
<b>Personale di segreteria e infermieristico comune</b>	No	Si <sup>(2)</sup>	Si <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Non superiore al numero di Mmg del proprio ambito, con possibile estensione se i Mmg residui dell'ambito sono troppo pochi per costituire una nuova forma associativa.

<sup>(2)</sup> Sì, ma solo a seguito di adeguamento a specifici Accordi Regionali a fronte di incentivazione economica.

rio, permettendo pertanto di stimare attività, consumi ed esiti con crescente affidabilità. L'utilizzo dei flussi informativi da parte degli operatori delle aziende sanitarie ha riguardato le fonti più importanti di dati sulle prestazioni erogate, primi fra tutti i ricoveri, le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le prescrizioni farmaceutiche, che insieme rappresentano la maggior parte della spesa sanitaria.

Insieme alla spinta dei sistemi sanitari regionali verso la definizione dei *budget* di distretto e la responsabilizzazione dei Mmg nel governo della domanda, è iniziata sul campo (a partire dalle realtà aziendali più evolute, anche dal punto di vista tecnologico) un'attività routinaria di reportistica sulle attività di prescrizione dei medici, soprattutto nell'ottica dei consumi dei propri assistiti. Questa attività era finalizzata anche alla definizione dei profili prescrittivi, al fine di identificare eventuali anomalie quantitative e qualitative e definire eventuali aree di intervento per una riduzione della spesa.

In questo contesto, si è fatta strada – in modo non sempre pertinente – l'idea che questa reportistica di routine potesse, con qualche adattamento, surrogare un momento di misurazione (e valutazione) della qualità dell'attività dei Mmg, secondo un paradigma per il quale la stima della spesa associata ai consumi corrisponderebbe alla stima dell'*inappropriatezza* prescrittiva. Del resto, è più facile misurare il *mix* di prestazioni e farmaci prescritti e la spesa correlata, piuttosto che l'esito (*outcome*) degli interventi.

Per quanto riguarda l'azione prescrittiva più direttamente riconducibile al Mmg, questo tipo di monitoraggio ha riguardato in particolare l'area della prescrizione farmaceutica, che è stata a lungo nel recente passato, ed è tuttora, oggetto di analisi e critiche sulla dispersione di risorse del sistema sanitario e pertanto area di intervento per la riduzione dei consumi e la contrazione della spesa sanitaria (DGS Lombardia, 2006). Questa azione di controllo, peraltro, ha avuto negli ultimi anni una particolare accentuazione, con l'intervento diretto in alcuni casi della Guardia di Finanza – su mandato della Corte dei Conti – finalizzato all'identificazione e sanzione degli «iperprescrittori», sulla base dei dati ricavati dai sistemi informativi delle aziende sanitarie.

L'orizzonte di analisi si è esteso nel tempo dalla dimensione dei volumi di prescrizione e spesa, o di consumo dei propri assistiti, ad aree che descrivono dimensioni fondamentali della qualità dei servizi delle cure primarie, in particolare: l'accessibilità, le attività di prevenzione, l'appropriatezza e l'esito dell'assistenza. In questa fase, ci si è avvalsi in modo decisivo delle opportunità di integrazione delle diverse fonti di dati a livello aziendale.

Si sono cercate delle *proxy* per queste dimensioni, misurate di volta in volta (solo a titolo esemplificativo) attraverso: il tasso di accesso al Pronto soccorso (Ps); l'adesione a campagne vaccinali o di *screening*; l'inappropriatezza delle prescrizioni e del consumo di farmaci (espressi in termini di *Defined Daily Dose* e spesa) in aree terapeutiche e di consumo rilevanti quali Fans, antiulcera, statine (Andrade, 2006); i ricoveri per cause potenzialmente prevenibili, per esempio secondo il modello sviluppato AHRQ negli Stati Uniti (AHRQ, 2007). Questi e altri modelli, oramai noti e codificati, sono stati ripresi in Italia in varie esperienze di applicazione al governo clinico e di ricerca, avvalendosi anche del fatto che l'infrastruttura informativa necessaria per la loro adozione è disponibile in molti contesti aziendali – soprattutto nel Centro e Nord-Italia.

Attualmente sono state attivate in Italia alcune iniziative di valutazione delle cure primarie, ad iniziativa sia di strutture pubbliche che di società scientifiche (es. Società italiana di medicina generale). Le applicazioni, che si rifanno agli indicatori del Regno Unito, vedono una stretta collaborazione tra le istituzioni sanitarie regionali (o aziendali) e gruppi particolarmente motivati di Mmg, che aggregano in modo appropriato i propri sistemi informativi ambulatoriali e accettano di condividerli con il sistema sanitario pubblico, allo scopo di integrare i dati disponibili e ottimizzare il patrimonio informativo dei sistemi per la produzione degli indicatori.

Per citare solo alcuni esempi, è il caso dell'Ars del Friuli Venezia-Giulia (Simon, 2008), che ha adottato gli indicatori inglesi (*NHS Performance Indicators - Primary Care Organizations*) e scozzesi (*SPICE-PC, Scottish Program For Improving Clinical Effectiveness in Primary Care*); dello studio *Picenum*, che ha stimato 41 indicatori in va-

rie aree cliniche attraverso i database ambulatoriali di un campione di Mmg nell'Azienda sanitaria unica delle Marche (Misericordia, 2005); della Regione Veneto, che ha predisposto – nell'ambito del progetto «Cure Primarie 2008» – la rilevazione di indicatori mirati alla valutazione di varie dimensioni quali il governo della domanda, le dimissioni protette, l'integrazione e l'organizzazione, la qualità percepita, la promozione degli stili di vita, la formazione continua.

Da questa base di esperienze e conoscenze ha preso spunto il nostro studio, che si è posto come obiettivo la stima di un *set* di indicatori per descrivere la performance dei medici di famiglia in relazione alle diverse tipologie di organizzazione associativa. Tale *set*, non esaustivo – e che rappresenta un punto più di partenza che d'arrivo – non richiede per l'analisi l'utilizzo dei *database* ambulatoriali dei Mmg e può essere pertanto adottato nelle aziende dotate di sistemi informativi sanitari basati su flussi amministrativi correnti.

In questa analisi abbiamo adottato la prospettiva della Asl (garante della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e della compatibilità economica del sistema sanitario) adottando, oltre ad indicatori di diretta derivazione dagli archivi sanitari, anche indicatori (es. di appropriatezza prescrittiva di farmaci) che richiedono un approccio più complesso dal punto di vista analitico. In questo senso, va ulteriormente precisato che lo studio non si propone la stima di indicatori relativi a dimensioni soggettive (es. grado di soddisfazione di cittadini e medici) o organizzative (es. tempi di attesa, deburocratizzazione dell'amministrazione delle aziende sanitarie).

Quanto riportato rappresenta il risultato della prima fase di analisi dei dati; ulteriori approfondimenti, integrazioni e verifiche sono attualmente in corso.

## 2. L'associazionismo dei Mmg nella Provincia di Cremona

Il territorio cremonese, ripartito in sette Ambiti di cure primarie (figura 1), ha visto evolvere la medicina di famiglia nella direzione di una crescente e diffusa presenza di forme associative, a partire da alcune isolate Medicine di gruppo (1997) e dai cosiddetti Gruppi territoriali omogenei (GTO). Questi

ultimi – non previsti dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale – sono stati creati alla fine degli anni '90 da alcuni Mmg, facendo seguito a specifiche indicazioni e accordi locali che prevedevano un'incentivazione per quota capitaria dall'Asl.

La costituzione di forme associative è però decollata con un incremento significativo tra il 2000 e il 2002 (in termini sia di numero di strutture che di medici aderenti), successivamente all'Accordo collettivo nazionale 270 del 2000 e al suo recepimento in Lombardia con l'Accordo regionale del 2001, che peraltro prevedeva ulteriori e più congrue forme di incentivazione. Tra il 2002 e il 2007 il numero di strutture è sensibilmente diminuito (in relazione a una tendenza all'aggregazione) mentre il numero di Mmg aderenti è rimasto sostanzialmente invariato (figura 2).

Nella Provincia di Cremona, al 31 dicembre 2007 oltre 250.000 cittadini erano in carico a Mmg aderenti a 26 forme associative, per lo più reti e gruppi; queste ultime insieme totalizzano i due terzi dei Mmg convenzionati, corrispondenti al 70% degli assistiti (tabella 2). Il 23% dei medici opera ancora in forma singola, mentre le associazioni rappresentano la modalità organizzativa meno adottata. Esistono delle lievi variazioni a livello distrettuale, con una presenza di forme più strutturate particolarmente nel casalasco (dove oltre il 90% dei cittadini è assistito da reti o gruppi) e viceversa un minor numero di queste nel cremasco (meno del 16% di gruppi).

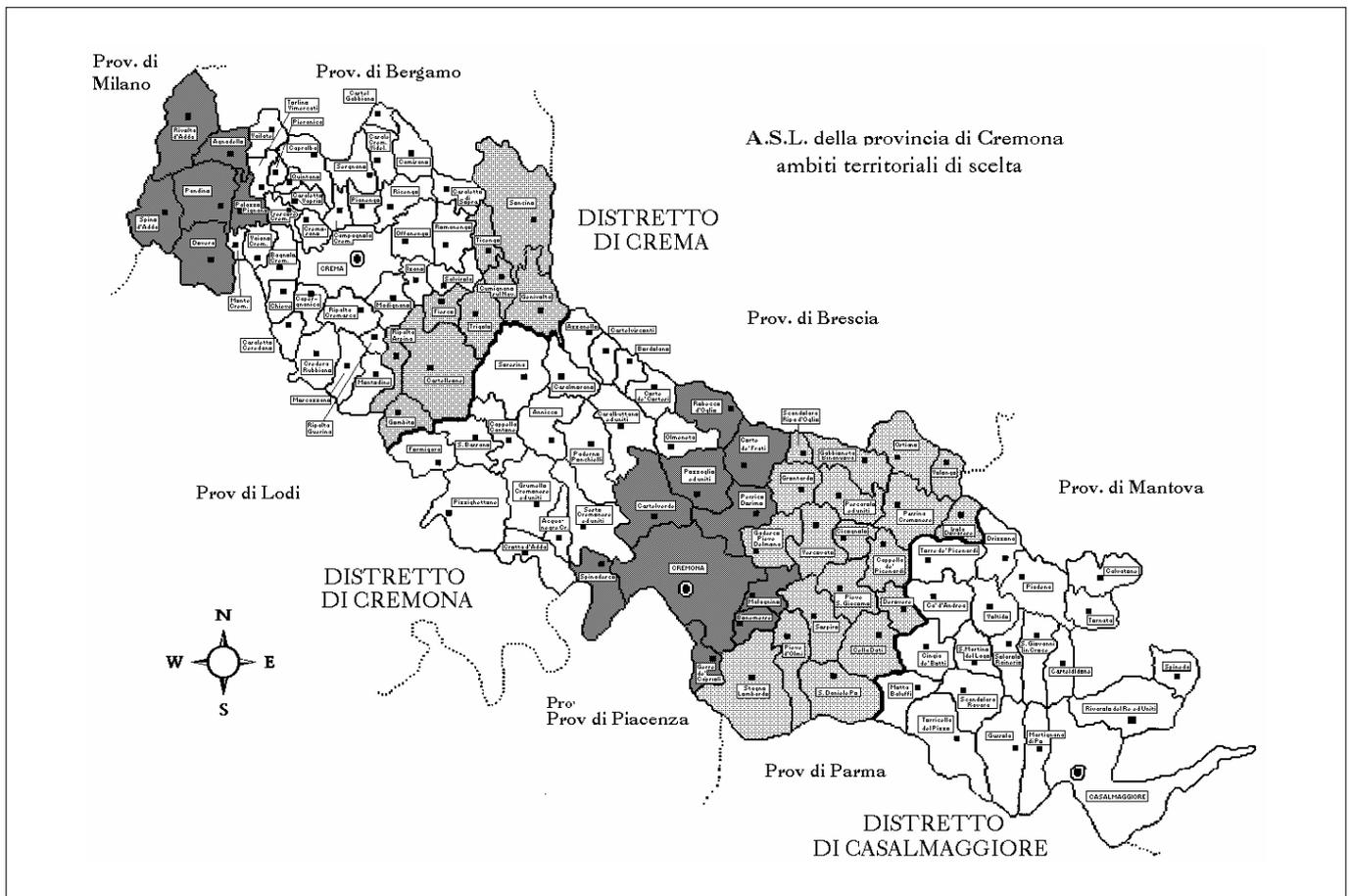
## 3. Scopo e obiettivi dell'indagine

### Scopo

Valutare se la qualità delle cure primarie varia in relazione alla tipologia delle modalità organizzative – ovvero delle forme associative – dei Medici di medicina generale.

### Obiettivi

Stimare, tra gli assistiti di un campione di Mmg della Provincia di Cremona, alcuni indicatori di accessibilità, prevenzione, appropriatezza, consumo ed esito, stratificati per tipologia di forma associativa. Tali indicatori sono utilizzati come surrogati delle rispettive dimensioni dell'assistenza territoriale, che rappresentano peraltro gli stessi



scopi dell'associazionismo nella medicina generale.

1. Prevenzione. *Tasso di adesione ai programmi di screening per il Ca. mammario nelle donne e per il Ca. del colon-retto.*

2. Accessibilità. *Tasso di accesso al Pronto Soccorso presso le aziende ospedaliere dislocate sul territorio provinciale.*

3. Consumo e spesa sanitari. *Spesa per assistito pesato per le seguenti prestazioni:*

- ricoveri;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- prescrizioni farmaceutiche territoriali (inclusa protesica minore e dietetica).

4. Appropriatelyzza:

- ricoveri: *tasso di ricovero per Drg ad alto rischio di inappropriatelyzza;*
- prescrizioni farmaceutiche: *indicazione al trattamento con statine e compliance.*

5. Outcome. *Tasso di ricovero per condizioni prevenibili con adeguata assisten-*

*za territoriale (Ambulatory Care Sensitive Conditions) alias «Prevention Quality Indicators».*

Questa analisi adotta il punto di vista del sistema sanitario e di conseguenza rileva tra gli altri, attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi aziendali, indicatori economici in termini di consumo e spesa tariffata e rimborsata. Non sono stati considerati indicatori economici per prestazioni non risultanti in un onere di spesa per il Sistema sanitario regionale, né dimensioni soggettive (grado di soddisfazione, *utilities* di cittadini o medici) o clinico-diagnostiche che necessitano di un approccio *ad hoc*.

#### 4. Materiali e metodi

*Periodo di studio.* Biennio 2006-2007.

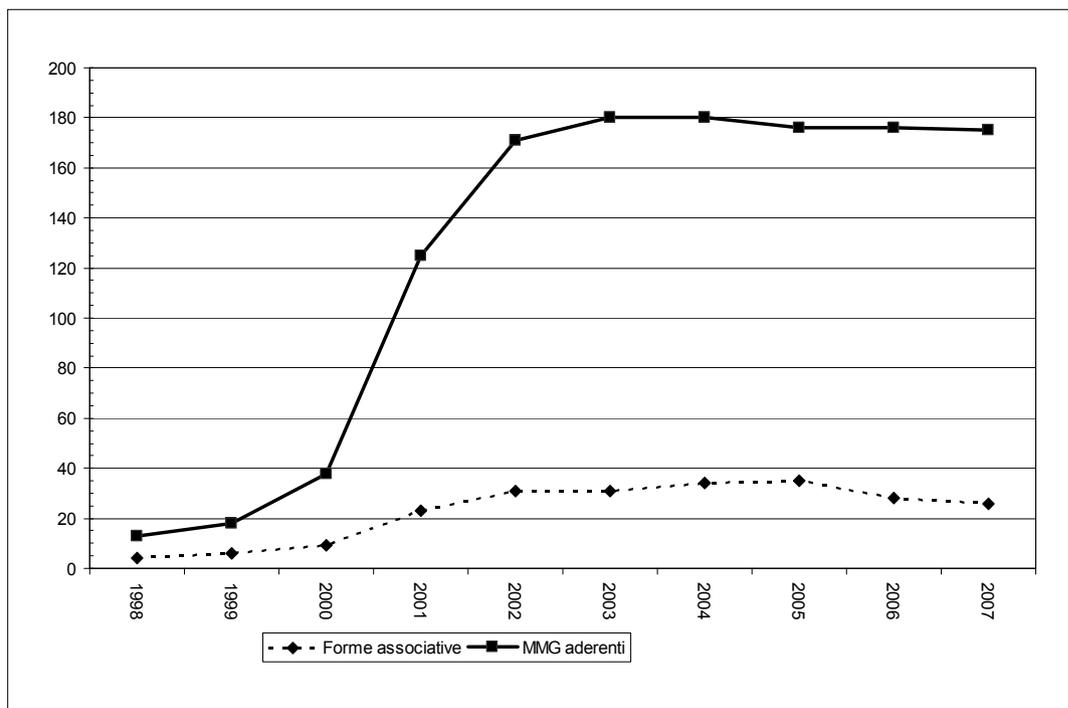
*Eleggibilità.* Mmg aventi la propria sede ambulatoriale nei Comuni di Crema, Cremona e Casalmaggiore.

**Figura 1**

Mapa degli ambiti delle cure primarie nella Provincia di Cremona

**Figura 2**

Andamento dell'associazionismo dei Mmg nella Provincia di Cremona, 1998-2007

**Tabella 2**

Distribuzione degli assistiti per forma associativa dei Mmg al 31 dicembre 2007, per Distretto \*

Forme associative	Crema		Cremona		Casalmaggiore		Totale Asl	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Singolo	31.821	23,3	26.549	18,9	3.288	9,7	61.658	19,8
Associazione	12.404	9,1	19.096	13,6	0	0,0	31.500	10,1
Rete	70.808	51,8	57.376	40,8	12.512	36,9	140.696	45,2
Gruppo	21.596	15,8	37.677	26,8	18.101	53,4	77.374	24,9
<b>Totale</b>	<b>136.629</b>	<b>100,0</b>	<b>140.698</b>	<b>100,0</b>	<b>33.901</b>	<b>100,0</b>	<b>311.228</b>	<b>100,0</b>

\* Non sono considerate le forme «miste», ma solo quelle univocamente classificate secondo l'ACN.

*Esclusione.* Transizione del Mmg da una tipologia di forma associativa all'altra durante il periodo di studio.

*Fonti di dati.* Azienda sanitaria locale della Provincia di Cremona: anagrafe dei Mmg e degli iscritti, schede di dimissione ospedaliera, consumi specialistica e farmaci (inclusa la distribuzione diretta), *database screening*. Azienda ospedaliera di Cremona e Azienda ospedaliera di Crema: file degli accessi al Pronto soccorso.

*Definizione della coorte.* I pazienti assistiti dai Mmg inclusi nell'analisi sono stati classificati (in base alla tipologia di forma associativa del proprio medico curante du-

rante il periodo di studio) in quattro categorie:

- singolo;
- associazione;
- rete;
- gruppo.

#### 4.1. Definizione e analisi degli endpoint

##### Prevenzione

*Tasso di adesione al programma di screening per il Ca. mammario nelle donne e per il Ca. del colon-retto.*

Sono stati identificate e incluse nell'analisi le persone invitate a partecipare allo screening di primo livello nel *round* 2006-2007 e (tra questi) i rispondenti, riconducibili alla nostra coorte.

Sono stati stimati i tassi di adesione agli *screening* – stratificati per forma associativa – con relativi Intervalli di confidenza al 95% (IC), nonché gli *Odds Ratio* (OR) e relativi IC per valutare l'associazione tra forma associativa e tasso di adesione, usando il Mmg singolo come riferimento.

#### Accessibilità

*Tasso di accesso al Pronto soccorso (Ps) presso le aziende ospedaliere dislocate sul territorio provinciale.*

Sono stati identificati e analizzati tutti gli accessi riconducibili alla nostra coorte registrati nel *file* del Ps delle aziende ospedaliere (Aa.Oo.) di Crema e Cremona durante il periodo di studio, con i rispettivi codici di *triage* (rosso, giallo, verde, bianco, altro) all'ammissione e alla dimissione.

Sono stati stimati i tassi di accesso al Ps grezzi e standardizzati per età, stratificati per forma associativa del Mmg e codice di *triage* alla dimissione (analisi primaria) e all'ammissione; sono stati altresì stimati i rapporti tra tassi (RR) aggiustati per età e relativi IC, per valutare l'associazione tra forma associativa e accesso al PS, usando il Mmg singolo come riferimento.

#### Consumo/spesa sanitaria

Spesa per assistito pesato per i seguenti consumi sanitari:

- a) ricoveri;
- b) prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- c) prescrizioni farmaceutiche territoriali e protesica minore.

Sono stati identificati e analizzati tutti i consumi riconducibili alla nostra coorte per prestazioni o prescrizioni rimborsate dall'Asl nel periodo di studio, sulla base dei rispettivi flussi informativi di ritorno all'Asl dalla Direzione generale sanità (DGS) della Regione Lombardia, a prescindere dalla prescrizione diretta da parte del Mmg. Va precisato che

per la corretta attribuzione delle prescrizioni o prestazioni al paziente è necessario il riconoscimento positivo dell'assistito al *record-linkage* tra le varie fonti; pertanto questi risultati non includono i consumi che non è stato possibile attribuire al soggetto o al Mmg.

Per ciascun Mmg sono stati stimati consumo e spesa dei propri assistiti in termini assoluti e per assistito pesato, sulla base dello schema di ponderazione utilizzato dalla DGS in Lombardia per la valutazione comparativa dei consumi sanitari (Circolare R.L. 2000). La ponderazione prevede, in ciascuna classe d'età rappresentata nella **tabella 3**, la moltiplicazione degli assistiti per il rispettivo coefficiente di ponderazione per ottenere il numero degli assistiti ponderati. Oltre che a rispondere a una logica di coerenza con la prassi in atto a livello regionale e di efficienza (almeno in questa analisi), la scelta è confortata dal fatto che una valutazione dei sistemi di ponderazione da noi condotta ad altro scopo (ma sempre in un'ottica di confronto di spesa) ha confermato che, seppur empirico, il metodo ha un'ottima resa, con risultati del tutto sovrapponibili a quelli ottenuti con modelli più complessi di standardizzazione.

È stata stimata la spesa per assistito pesato (o ponderato) con relativi IC, stratificata per forma associativa e fonte di consumo, nonché i rapporti tra valori di spesa (RR) e relativi IC, per valutare l'associazione tra forma associativa e consumi, usando il Mmg singolo come riferimento.

Per le prestazioni farmaceutiche è stata condotta un'analisi separata sulle prescrizioni emesse dai Mmg, oltre che sul consumo dei propri assistiti, per tracciarne con maggiore livello di dettaglio analitico il profilo

Classi d'età (anni)	Coefficiente di ponderazione
0	2,5
1-4	1,8
5-14	0,5
15-44 maschi	0,6
15-44 femmine	0,9
45-64	1,2
65-74	2,2
75 e +	3,2

**Tabella 3**  
Coefficiente di ponderazione degli assistiti per classi d'età e genere

prescrittivo. A tal fine, sono state utilizzate come *proxy* di consumo le Dosi definite giornaliere (DDD) prescritte; queste sono state calcolate sulla base del numero di confezioni prescritte, della dose cumulativa di principio attivo contenuta in ciascuna confezione e della DDD definita a livello internazionale per l'indicazione tipica di quel principio attivo. Anche se utilizzati nella valutazione e interpretazione del quadro complessivo di performance del nostro studio, tuttavia – per ragioni di brevità – i risultati di dettaglio delle analisi di prescrizione non sono presentati in questo articolo.

### Appropriatezza

#### a) Ricoveri. Tasso di ricovero ordinario per DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

Sono stati identificati e analizzati tutti i ricoveri ordinari riconducibili alla nostra coorte con dimissione nel periodo 2006-2007 e attribuzione di uno dei 43 DRG considerati «ad alto rischio di inappropriatezza», secondo l'Allegato C del DPCM del 29.11.2001 (DPCM, 2001).

Sono stati stimati i tassi di ricovero grezzi e standardizzati per età, con relativi IC, stratificati per forma associativa; sono stati inoltre stimati i rapporti tra tassi (RR) aggiustati per età (e relativi IC) per valutare l'associazione tra forma associativa e tasso di ricovero, usando il Mmg singolo come riferimento.

#### b) Prescrizioni farmaceutiche.

È stato usato come *proxy* di appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche il trattamento con statine. Sono state definite due dimensioni per valutarla:

#### 1) Appropriatezza dell'indicazione al trattamento in prevenzione I e II

– Prevenzione primaria. Come previsto dalla Nota 13 dell'AIFA, viene utilizzata come riferimento per l'indicazione alla prevenzione primaria la Carta del rischio cardio-cerebrovascolare, sulla base della rilevazione di alcuni fattori di rischio: età, genere, fumo, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia. Si considera appropriata la prescrizione di statine in pazienti classificati con un rischio a 10 anni di classe V (20-30%) e VI (>30%).

Attraverso l'uso dei sistemi informativi aziendali come traccianti di patologie o

fattori di rischio, è possibile (seppure con qualche approssimazione) sia escludere l'indicazione primaria (es. pregressi ricoveri per infarto o ictus, esenzione per dislipidemia), sia di definire l'assenza di fattori di rischio quali il diabete e l'ipertensione (file di prescrizione farmaceutica, esenzione, ricovero) che hanno un peso rilevante nell'attribuzione della classe di rischio.

È possibile pertanto stimare (in termini di DDD e spesa) il consumo di statine potenzialmente inappropriato («implausibile») nel periodo di studio.

Sono state stimate la frazione di prescrizioni *implausibili* e la relativa spesa per ciascun paziente; le stime sono state aggregate per ciascun Mmg e quindi stratificate per forma associativa, con relativi IC. Sono stati altresì stimati gli OR (e relativi IC), per valutare l'associazione tra forma associativa e inappropriatezza prescrittiva, usando il Mmg singolo come riferimento.

– Prevenzione secondaria. L'appropriatezza in prevenzione secondaria è stata definita stimando (tra persone precedentemente non trattate con statine) la frazione di soggetti riconducibili alla nostra coorte che hanno ricevuto una prima prescrizione di statine, tra tutti quelli ricoverati per la prima volta e dimessi tra il 1/7/2006 e il 31/12/2007 con diagnosi di infarto del miocardio, ictus, malattia aterosclerotica (codici ICD-9-CM 410-414, 430-438, 440); queste sono infatti tutte condizioni di indicazione alla prevenzione secondaria con statine secondo la Nota 13.

Le stime delle percentuali di trattamento con statine a 6 mesi dalla dimissione (e relativi IC) sono state stratificate per forma associativa. Sono stati inoltre stimati gli OR e relativi IC, per valutare l'associazione tra forma associativa e proporzione di soggetti trattati, usando il Mmg singolo come riferimento.

#### 2) Compliance al trattamento

La *compliance* al trattamento con statine è stata valutata stimando uno degli indicatori più utilizzati in letteratura, la «persistenza» ovvero l'uso continuativo, che se limitata vanifica l'efficacia del trattamento.

L'analisi è stata condotta nella nostra coorte stimando, tra coloro che hanno iniziato per la prima volta il trattamento con statine dal 1 luglio 2006 al 30 giugno 2007, la fra-

zione di coloro che a un anno di distanza erano ancora in terapia continuativa.

I pazienti sono stati seguiti dalla prima prescrizione sino al decesso o alla fine del periodo di studio; durante il periodo di *follow-up* la durata del trattamento e l'uso continuativo sono stati definiti sulla base del numero di compresse prescritte più una finestra di 60 giorni.

Dal momento che la *compliance* varia in relazione all'indicazione, le stime di persistenza a 12 mesi (e relativi IC) sono state stratificate per forma associativa e indicazione (prevenzione primaria o secondaria); a tal fine, l'indicazione per prevenzione secondaria è stata definita sulla base della presenza di una dimissione dopo ricovero per le patologie cardiovascolari previste dalla Nota 13 (vedi sopra) entro 90 giorni dalla prima prescrizione di statine. Sono stati stimati anche gli OR e relativi IC, aggiustati per tipo di prevenzione, per valutare l'associazione tra forma associativa e persistenza al trattamento, usando il Mmg singolo come riferimento.

## Outcome

*Tasso di ricovero per condizioni «sensibili» all'assistenza territoriale* (Ambulatory Care Sensitive Conditions alias Prevention Quality Indicators)

L'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) degli Stati Uniti ha definito 14 indicatori basati sull'incidenza di ricoveri potenzialmente prevenibili attraverso un'adeguata assistenza territoriale, definiti «Ambulatory Care Sensitive Conditions» (ACSC) o «Prevention Quality Indicators» (PQI). La stima di questi indicatori è possibile attraverso l'utilizzo dei flussi delle Sdo, applicando specifici algoritmi definiti dalla stessa AHRQ ([www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)); esperienze applicative in Italia di questo modello sono state condotte nell'ambito di progetti di ricerca finalizzata (ASSR, 2005).

Sono stati stimati – per gli assistiti di età superiore ai 15 anni dai Mmg inclusi nell'analisi – i tassi di ricovero grezzi e standardizzati per età (con relativi IC) nel biennio 2006-2007 per le patologie indicate in **tabella 4**, stratificati per forma associativa e presentati sia per singole cause, che

per aggregazioni in aree di patologie omogenee.

Per gli indicatori PQI 2 e PQI 9, poiché esprimono frazioni, l'associazione tra forma associativa e indicatore è stata valutata attraverso gli OR, mentre per tutti gli altri indicatori sono stati calcolati i rapporti tra tassi (RR) aggiustati per età; in entrambi i metodi è stata definita come riferimento la categoria del Mmg singolo.

## 5. Risultati

### 5.1. Descrizione della coorte dei Mmg e degli assistiti

Sono stati inclusi nell'analisi 71 Mmg operanti nei Comuni di Crema, Cremona e Casalmaggiore che non hanno cambiato *status* associativo nel biennio 2006-2007; il 18% operava in forma singola e il resto in forme associative, per lo più in rete (39%). Le forme associative più strutturate erano più diffuse a Casalmaggiore e meno a Crema, in linea peraltro con il quadro provinciale relativo ai distretti (**tabella 5**).

In totale, oltre 95.500 persone sono state incluse nella coorte di studio, oltre la metà delle quali (56%) a Cremona. La distribuzione degli assistiti riflette in buona parte la distribuzione dei propri Mmg, con una sensibile sovra rappresentazione della quota in carico a Mmg associati in rete o in gruppo, che rappresentano il 72% degli assistiti nei

**Tabella 4**  
Diagnosi di ricoveri potenzialmente evitabili con assistenza territoriale

Codice	Patologia
PQI 1	Complicanze a breve termine del diabete
PQI 2	Appendice perforata
PQI 3	Complicanze a lungo termine del diabete
PQI 5	BPCO
PQI 7	Iperensione
PQI 8	Scompenso cardiaco congestizio
PQI 9	Basso peso alla nascita
PQI 10	Disidratazione
PQI 11	Polmonite batterica
PQI 12	Infezione delle vie urinarie
PQI 13	Angina senza procedure cardiache
PQI 14	Diabete non controllato
PQI 15	Asma nell'adulto
PQI 16	Amputazione di arto inferiore in paziente diabetico

**Tabella 5**

Distribuzione dei Mmg per forma associativa, per Comune

Forme associative	Casalmaggiore		Crema		Cremona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Singolo	0	0,0	3	16,7	10	23,3	13	18,3
Associazione	0	0,0	3	16,7	7	16,3	10	14,1
Rete	2	20,0	12	66,7	14	32,6	28	39,4
Gruppo	8	80,0	0	0,0	12	27,9	20	28,2
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 6**

Distribuzione degli assistiti per forma associativa del proprio Mmg, per Comune

Forme associative	Casalmaggiore		Crema		Cremona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Singolo	0	0	4.620	17	8.467	16	13.087	14
Associazione	0	0	3.908	15	9.779	18	13.687	14
Rete	2.978	19	18.156	68	19.452	36	40.585	42
Gruppo	12.477	81	0	0	15.720	29	28.197	30
<b>Totale *</b>	<b>15.455</b>	<b>16,2</b>	<b>26.684</b>	<b>27,9</b>	<b>53.418</b>	<b>55,9</b>	<b>95.556</b>	<b>100</b>

\* % totali di riga.

tre comuni considerati a fronte del 67% dei medici (**tabella 6**).

Per quanto riguarda la distribuzione per età degli assistiti, si riscontra una sensibile sovra-rappresentazione degli anziani nelle forme associative più strutturate, come si evince dalla **tabella 7** nella quale si rileva anche che il rapporto assistiti/Mmg cresce dai 935 per i medici singoli, ai circa 1500 per la rete e i gruppi.

Il quadro demografico della coorte si riflette anche nella distribuzione delle patologie croniche nell'anno precedente il periodo di studio, secondo il modello Banca Dati Assistiti (BDA) della Regione Lombardia (Nota DGS, 2005), come riportato in **tabella 8**. L'analisi, puramente descrittiva, evidenzia una distribuzione piuttosto omogenea tra le forme associative, ad eccezione delle cardiovasculopatie (e in misura minore delle gastroenteropatie e delle malattie endocrino-metaboliche) a maggiore prevalenza tra gli assistiti da medici in rete e in gruppo.

## 5.2. Analisi degli indicatori

Come già anticipato, sono stati stimati indicatori nelle 5 dimensioni della prevenzio-

ne, accessibilità, consumo/spesa, appropriatezza e *outcome*.

### Indicatori di prevenzione

*Adesione al programma di screening per il Ca. mammario nelle donne e per il Ca. del colon-retto.* Oltre 11.000 dei circa 28.000 cittadini tra i 50 e i 75 anni invitati a Crema, Cremona e Casalmaggiore, hanno aderito alla campagna promossa dall'Asl nel biennio 2006-2007 (39.6%, **tabella 9**). Sono state stimate variazioni tra Mmg singoli e in gruppo, con tassi di adesione allo *screening* rispettivamente del 38,7% e del 41,4%, corrispondenti ad un incremento del 12% (OR = 1,12) statisticamente significativo (l'IC 95% non comprende il valore nullo 1).

*Adesione allo screening per il Ca. della mammella nella donna*

Anche in questo caso, l'adesione allo *screening* nel periodo 2006-2007 è stata più elevata nei Mmg in gruppo rispetto ai singoli, con un incremento statisticamente significativo del 13% (OR = 1,13); da sottolineare anche l'analogo incremento del 9% degli assistiti da Mmg in rete, pur se con significatività borderline (**tabella 10**).

Forma associativa	Medici		Assistiti		Assistiti ponderati		Assistiti per Mmg
	N.	%	N.	%	N.	%	
Singolo	14	19,7	13.087	13,7	17.349	13,3	935
Associazione	11	15,5	13.687	14,3	17.685	13,5	1.244
Rete	27	38,0	40.585	42,5	56.626	43,4	1.503
Gruppo	19	26,8	28.197	29,5	38.904	29,8	1.484
<b>Totale</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>	<b>95.556</b>	<b>100,0</b>	<b>130.564</b>	<b>100,0</b>	<b>1.346</b>

**Tabella 7**  
Distribuzione di Mmg, assistiti ed assistiti ponderati per forma associativa

Patologia	Singolo	Associazione	Rete	Gruppo	Totale	Asl
Deceduti	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9
Trapianto	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1
Insufficienza renale cronica	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
HIV+ e AIDS conclamato	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3
Neoplasie	4.1	3.9	4.9	4.3	4.5	4.1
Diabete	4.2	4.4	4.7	4.0	4.4	4.6
Cardiovasculopatia	19.5	19.9	23.4	22.0	22.0	21.8
Broncopneumopatia	2.8	2.8	3.0	3.0	3.0	3.0
Gastroenteropatia	4.0	3.2	5.0	4.2	4.4	4.3
Neuropatia	3.3	3.3	2.9	3.0	3.0	3.0
Malattie autoimmuni	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4
Malattie endocrine e metaboliche	6.1	4.7	6.8	8.0	6.8	6.2
Altro (parto)	1.2	1.1	0.9	0.9	1.0	0.9
Altro (purché consumatore)	56.2	58.0	52.3	53.1	53.8	53.7
Altro (non consumatore)	30.3	28.1	21.7	24.3	24.4	22.8

**Tabella 8**  
Prevalenza di patologie o categorie di consumo sanitario per forma associativa, 2005

Forma associativa	Invitati	Partecipanti	Adesione (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	3.899	1.507	38,7% (37,1 - 40,2)	1,00
Associazione	4.452	1.665	37,4% (36,0-38,8)	0,95 (0,87-1,04)
Rete	14.050	5.589	39,8% (39,0-40,6)	1,05 (0,98-1,13)
Gruppo	5.746	2.381	41,4% (40,2-42,7)	1,12 (1,03-1,22)
<b>Totale</b>	<b>28.147</b>	<b>11.142</b>	<b>39,6%</b> <b>(39,0-40,2)</b>	

**Tabella 9**  
Tasso di adesione allo screening del colon-retto, round 2006-2007

#### Indicatori di accessibilità

*Accessi al Ps.* Nel biennio 2006-2007 la coorte di studio ha generato 61.610 accessi in Pronto soccorso, il 9% dei quali dimessi con codice di priorità (*triage*) rosso o giallo.

Il 15% degli accessi è attribuito ad assistiti da Mmg singoli, per un tasso standardizzato pari a 345 per 1000 assistiti a fronte dei 309 e 308 accessi per 1000 rispettivamente per i Mmg in rete e gruppo, con una riduzione

**Tabella 10**

Tasso di adesione allo screening del ca. mammario, *round* 2006-2007

Forma associativa	Invitati	Partecipanti	Adesione (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	1.861	698	37,5% (35,3-39,8)	1,00
Associazione	2.015	756	37,5% (35,4-39,7)	1,00 (0,88-1,14)
Rete	6.532	2582	39,5% (38,3-40,7)	1,09 (0,98-1,21)
Gruppo	4.088	1.655	40,5% (39,0-42,0)	1,13 (1,01-1,27)
<b>Totale</b>	<b>14.496</b>	<b>5.691</b>	<b>39,3%</b> <b>(38,5-40,1)</b>	

	Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Altro	Tasso totale grezzo	Tasso totale standardizzato (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	2,2	30	223	53	37	347	345 (335-355)	1,00
Associazione	3,6	34	228	60	41	365	366 (349-363)	1,06 (1,03-1,10)
Rete	2,4	26	215	41	25	309	309 (304-315)	0,89 (0,87-0,92)
Gruppo	2,0	24	180	62	41	310	308 (301-314)	0,89 (0,87-0,91)
<b>Totale</b>	<b>2,3</b>	<b>27</b>	<b>208</b>	<b>52</b>	<b>34</b>	<b>322</b>		

\* Tasso per mille assistiti per anno.

**Tabella 11**

Tasso di accesso al Ps per forma associativa e codice di *triage* alla dimissione\*

statisticamente significativa per questi ultimi dell' 11% (OR = 0,89, **tabella 11**).

#### *Indicatori di consumo e spesa*

Spesa per consumi sanitari per assistito pesato.

##### – Ricoveri

La spesa complessiva di ricoveri generati nel biennio 2006-2007 dalla nostra coorte è stata di oltre 113,5 milioni di euro, con una media annua per assistito «pesato» di 435 euro e una differenza di circa 48 euro tra assistiti da medicina di gruppo rispetto ai Mmg singoli.

##### – Specialistica ambulatoriale

Sono state consumate prestazioni specialistiche ambulatoriali (per lo più di tipo laboratoristico) per un totale di 49,4 milioni di euro, corrispondenti a circa 190 euro per assistito pesato; le differenze di spesa procapi-

te pesata tra assistiti da Mmg in gruppo o in rete rispetto ai Mmg singoli sono marginali.

##### – Farmaceutica e protesica minore

La coorte ha generato nel periodo di studio una spesa farmaceutica territoriale complessiva di 46,4 milioni di euro, corrispondente ad una spesa annua per assistito pesato pari a circa 178 euro, con un *range* tra i circa 165 euro dei Mmg singoli o in associazione e gli oltre 189 euro della medicina in rete.

##### – Spesa complessiva

In sintesi, la spesa totale generata dalla coorte nel biennio 2006-2007 per tutti i consumi sanitari considerati è stata di oltre 209 milioni di euro, equivalenti ad una spesa per assistito pesato di 802 euro (**tabella 12**); il 54% è rappresentato dai ricoveri, il 24% da prestazioni specialistiche ambulatoriali e il 22% da farmaci, ausili e prodotti dietetici.

La spesa procapite pesata varia da 757,54 euro dei medici singoli a € 811,57 dei Mmg in rete e 815,22 euro dei Mmg in gruppo,

corrispondenti per questi ultimi ad incrementi rispettivamente del 5% e 7% per questi ultimi (OR = 1,05 e 1,07 al limite della significatività statistica).

Si rileva infine che l'assistenza domiciliare – non inclusa in questa analisi in quanto ad oggi stimata solo per il 2007 – contribuisce in modo marginale al quadro complessivo, incidendo solo per una spesa pro-assistito pesato di 11,34 euro (da 9,62 euro dei Mmg singoli a 12,24 euro dei Mmg in rete) ma confermando la tendenza a un lieve eccesso di spesa per gli assistiti da Mmg in forme associative più complesse.

#### Indicatori di appropriatezza

*Ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria.* Nel biennio 2006-2007 i soggetti arruolati nello studio hanno generato circa 3.600 ricoveri in degenza ordinaria con Drg «a rischio di inappropriatezza».

corrispondenti a circa 19.000 giornate di degenza per una spesa complessiva di 4.5 milioni di euro.

Dopo standardizzazione, il tasso di ricoveri degli assistiti da Mmg singoli è sostanzialmente in linea con quello delle medicine di gruppo o in rete, per le quali si osserva una riduzione del 2-4% (OR = 0,98 e 0,96), marginale nella sostanza e non statisticamente significativa. Del resto, su questo indicatore pesa fortemente la modulazione dell'offerta da parte delle strutture ospedaliere, pertanto l'azione dei Mmg può determinarne l'andamento solo se questi riescono a esprimere una forte capacità di governo clinico.

#### Farmaci: prescrizione di statine

I proxy di appropriatezza prescrittiva definiti per il trattamento con farmaci riguardano la prescrizione di statine, area rilevante in termini sia economici (contributo alla spesa

**Tabella 12**  
Spesa per consumi sanitari

	Ricoveri		Specialistica		Farmaci		Totale		
	k€	€/ass pesato	k€	€/ass pesato	k€	€/ass pesato	k€	€/ass pesato	OR (IC 95%)
Singolo	14.142	407,57	6.421	185,05	5.722	164,92	26.284	757,54	1
Associazione	15.244	431,00	6.715	189,85	5.845	165,24	27.804	786,09	1,02 (0,94-1,11)
Rete	48.747	430,43	21.698	191,59	21.467	189,55	91.912	811,57	1,05 (0,98-1,12)
Gruppo	35.460	455,75	14.560	187,13	13.410	172,34	63.430	815,22	1,07 (1,00-1,15)
<b>Totale</b>	<b>113.593</b>	<b>435,01</b>	<b>49.394</b>	<b>189,16</b>	<b>46.443</b>	<b>177,86</b>	<b>209.430</b>	<b>802,03</b>	

Forma associativa	Ricoveri	Tasso grezzo	Tasso standardizzato (IC 95%)	RR (IC 95%)
Singolo	484	18,49	18,97 (17,27-20,67)	1
Associazione	549	20,06	20,82 (19,07-22,57)	1,10 (0,98-1,25)
Rete	1.509	18,59	18,27 (17,35-19,19)	0,96 (0,87-1,07)
Gruppo	1.064	18,87	18,69 (17,56-19,82)	0,98 (0,88-1,10)
<b>Totale</b>	<b>3.606</b>	<b>18,87</b>		

**Tabella 13**  
Tasso grezzo, standardizzato e RR di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza \*

\* Tasso per 1000 assistiti-anno.

sanitaria) che di salute pubblica, per l'elevato numero di persone trattate. Sono stati stimati indicatori per valutare da una parte l'appropriatezza rispetto all'indicazione al trattamento in prevenzione primaria e secondaria, dall'altra la *compliance* dei pazienti alla terapia.

a) Indicazione al trattamento

– *Prevenzione primaria: spesa potenzialmente inappropriata.* Nel biennio 2006-2007, i 71 Mmg della coorte hanno erogato circa 8.000 prescrizioni, per una spesa di oltre € 3.8 milioni, con frazioni *potenzialmente inappropriata* medie corrispondenti rispettivamente al 14% della quantità e al 10% della spesa. Per quanto riguarda quest'ultima, è stata stimata per i Mmg in rete rispetto ai singoli una riduzione della spesa inappropriata

del 25% (OR = 0,75), anche se non statisticamente significativa (**tabella 14**).

– *Prevenzione secondaria: prescrizione dopo ricovero per eventi cardio-cerebrovascolari.* Circa 700 pazienti della nostra coorte, precedentemente non trattati con statine, sono stati dimessi tra il 1 luglio 2006 e il 31 dicembre 2007 dopo un primo ricovero con una diagnosi di dimissione per patologia cardiovascolare, che (Nota 13 dell'AIFA) rappresenta un'indicazione per la prevenzione secondaria con statine. Solo il 19% dei pazienti dimessi ha ricevuto a 6 mesi una prescrizione per statine, la maggior parte dei quali nei primi 60 giorni; i Mmg in associazione e in rete hanno prescritto rispettivamente il 145% (OR = 2,45 statisticamente significativo) e il 36% (OR = 1,36 ns) in più rispetto ai medici singoli (**tabella 15**).

**Tabella 14**

Spesa per prescrizioni potenzialmente inappropriate di statine

	Appropriata		Potenzialmente inappropriata		Totale	OR (IC 95%)
	€	%	€	%	€	
Singolo	€ 433.877	89%	€ 54.132	11%	€ 488.009	1
Associazione	€ 328.822	90%	€ 37.495	10%	€ 366.317	0,91 (0,53-1,56)
Rete	€ 1.589.010	91%	€ 149.311	9%	€ 1.738.321	0,75 (0,50-1,12)
Gruppo	€ 1.092.207	89%	€ 129.500	11%	€ 1.221.707	0,95 (0,63-1,43)
<b>Totale</b>	<b>€ 3.443.916</b>	<b>90%</b>	<b>€ 370.438</b>	<b>10%</b>	<b>€ 3.814.354</b>	

**Tabella 15**

Prescrizione di statine in prevenzione secondaria dopo ricovero cardiovascolare

Forma associativa	Ricoverati	Trattati a 3 mesi		Trattati a 6 mesi		
	N.	N.	%	N.	% (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	87	12	14	14	16 (9-26)	1,00
Associazione	75	23	31	24	32 (22-44)	2,45 (1,16-5,19)
Rete	315	64	20	65	21 (16-26)	1,36 (0,72-2,56)
Gruppo	222	32	14	33	15 (10-20)	0,91 (0,46-1,80)
<b>Totale</b>	<b>699</b>	<b>131</b>	<b>19</b>	<b>136</b>	<b>19 (17-23)</b>	

b) *Compliance*

– *Persistenza a un anno.* Solo il 30% dei 1.440 assistiti che hanno iniziato per la prima volta un trattamento con statine nel periodo 1/7/2006-31/12/2007 era ancora in trattamento a 12 mesi, con variazioni sostanziali dal 25,4% al 62,6% per l'utilizzo rispettivamente in prevenzione primaria o secondaria. Per i Mmg in gruppo e rete la persistenza –aggiustata per età e tipo di prevenzione – era superiore del 97% e del 57% (OR=1,96 e 1,57 statisticamente significativi) rispetto ai medici singoli (**tabella 16**).

*Indicatori di outcome*

*Ricoveri per cause potenzialmente prevenibili:* Ambulatory Care Sensitive Conditions. La **tabella 17** illustra i rapporti tra i tassi di ricovero (RR) per 14 condizioni considerate prevenibili in relazione all'assistenza ambulatoriale territoriale – secondo il modello proposto dall'AHRQ – riferiti al periodo 2006-2007.

I risultati di confronto tra i singoli strati associativi sono di difficile interpretazione, in ragione della casistica ridotta e (forse in misura minore) di potenziali effetti di selezione; si segnalano tuttavia tassi di ricovero complessivamente più bassi per i Mmg in rete e più elevati per i Mmg in gruppo rispetto ai Mmg singoli. Di particolare interesse, la possibile riduzione dei ricoveri da complicanze a breve termine del diabete tra i medici nelle forme associative più strutturate.

**6. Discussione**

In sintesi, nelle varie dimensioni considerate in questo studio per la valutazione di performance dei Mmg, l'analisi di confronto tra i Mmg in forme associative e quelli che operano in forma individuale ha messo in evidenza quanto segue:

1) *Prevenzione* - i tassi di adesione allo *screening* del Ca. mammario nelle donne e del Ca. del colon-retto sono maggiori per gli assistiti da Mmg in gruppo o rete;

2) *Accessibilità* - il tasso di accessi al Ps è inferiore per gli assistiti da Mmg in gruppo o rete;

3) *Consumi* - i consumi sanitari per assistito pesato sono superiori per gli assistiti da Mmg in rete o gruppo;

4) *Appropriatezza:*

– *Ricoveri* - Il tasso di ricoveri con Drg ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria è maggiore per gli assistiti da Mmg in associazione e sostanzialmente invariato (anche se sensibilmente inferiore) per i medici in gruppo o in rete;

– *Farmaci:*

a) la prescrizione potenzialmente inappropriata di statine in prevenzione primaria è sensibilmente inferiore per i Mmg in rete e in associazione;

b) l'appropriatezza della prescrizione di statine in prevenzione secondaria è maggiore per i Mmg in associazione e in rete, ma sensibilmente inferiore per i Mmg in gruppo;

c) la *compliance* al trattamento con statine è migliore tra gli assistiti da Mmg in gruppo, in rete e in associazione;

Forma associativa	Prevenzione I		Prevenzione II		Totale		
	N.	% persistenti	N.	% persistenti	N.	% persistenti	OR (IC 95%)
Singolo	190	17,9	24	50,0	214	21,5	1,00
Associazione	168	25,0	20	45,0	188	27,1	1,41 (0,88-2,27)
Rete	504	24,6	78	69,2	582	30,6	1,57 (1,07-2,31)
Gruppo	404	30,2	52	65,4	456	34,2	1,96 (1,32-2,90)
<b>Totale</b>	<b>1266</b>	<b>25,4</b>	<b>174</b>	<b>62,6</b>	<b>1440</b>	<b>29,9</b>	

**Tabella 16**  
Persistenza del trattamento con statine a 1 anno

Causa di ricovero	Singolo		Associazione		Rete		Gruppo	
	N.	RR * (IC 95%)	N.	RR * (IC 95%)	N.	RR * (IC 95%)	N.	RR * (IC 95%)
Complicanze a breve termine del diabete	4	1	0	0	6	0,46	9	1,01
Diabete non controllato	13	1	17	1,29	28	0,63	13	0,43 (0,20-0,92)
<i>Subtotale complicanze diabete a breve</i>		<i>1</i>		<i>0,98</i>		<i>0,59</i>		<i>0,56</i>
Complicanze a lungo termine del diabete	11	1	12	0,94	31	0,81	24	1,08
Amputazione di arto inferiore in paziente diabetico	1	1	3	2,90	18	5,10	5	2,13
<i>Subtotale complicanze diabete a lungo</i>		<i>1</i>		<i>1,23</i>		<i>1,17</i>		<i>1,04</i>
Iperensione	5	1	3	0,60	8	0,47	12	1,04
Scompenso cardiaco congestizio	96	1	99	1,08	332	1,01	305	1,31 (1,05-1,65)
Angina senza procedure cardiache	42	1	29	0,67	127	0,86	75	0,76
<i>Subtotale cardiovascolari</i>		<i>1</i>		<i>0,94</i>		<i>0,95</i>		<i>1,14</i>
BPCO	39	1	49	1,31	121	0,91	88	0,94
Asma nell'adulto	4	1	1	0,24	4	0,32	11	1,29
Polmonite batterica	25	1	28	1,14	98	1,16	83	1,40
<i>Subtotale polmonari</i>		<i>1</i>		<i>1,18</i>		<i>0,97</i>		<i>1,13</i>
Infezione delle vie urinarie	13	1	11	0,85	38	0,88	37	1,24
Disidratazione	0	1	2	n.a.	3	n.a.	3	n.a.
Basso peso alla nascita	15	1	18	1,42	50	1,63	28	1,28
Appendice perforata **	8	1	4	0,83	15	0,51	16	0,71

\* Intervallo di confidenza al 95% riportato solo se non comprende il valore nullo.

\*\* Stimata come la frazione % sul totale dei ricoveri per appendicite.

### Tabella 17

Ricoveri per condizioni potenzialmente prevenibili sul territorio

5) *Outcome* - il tasso di ricoveri per condizioni potenzialmente prevenibili con assistenza territoriale è generalmente più elevato per gli assistiti da Mmg in gruppo e più basso per gli assistiti da Mmg in rete, anche se i risultati sono di difficile interpretazione.

La **tabella 18** sintetizza questi risultati, evidenziando complessivamente un quadro di performance più favorevole per i medici in rete (e in misura minore per i Mmg in gruppo), in modo più o meno sfumato nelle varie aree e con la sola eccezione dei profili di consumo.

Va peraltro sottolineato che l'analisi dei dati di prescrizione farmaceutica ha messo in evidenza come – pur non essendo stato questo previsto tra gli indicatori di accessibilità e come tale non riportato nella presentazione dei risultati – il rapporto tra assistiti trattati e assistiti in carico ai Mmg sia significativamente più elevato nei gruppi rispetto ai

medici singoli, anche dopo aver tenuto conto delle differenze per età (**tabella 17**).

Tale riscontro, in linea peraltro con l'andamento delle stime di prevalenza di «non consumatori» riportate in tabella 8, può essere interpretato come un'evidenza ulteriore di una maggiore accessibilità (e pertanto migliore capacità d'offerta) delle forme più organizzate per i cittadini.

#### 6.1. Punti di forza

Questo studio rappresenta uno tra i primi tentativi in Italia di affrontare in modo organico, con un approccio multidimensionale (epidemiologico ed economico), il tema della valutazione dell'assistenza dei Mmg in relazione alle tipologie associative.

Tra i principali meriti del lavoro, va sottolineata innanzitutto la presentazione di risultati a vari livelli dell'assistenza sanitaria e la scelta di non limitare l'analisi alla dimen-

sione strettamente quantitativa dei volumi di consumo e di spesa.

Questo è stato possibile attraverso la costruzione di un modello valutativo articolato, che facendo tesoro di metodologie consolidate sia nella definizione degli *endpoint* (es. DDD, classi di patologia BDA, Drg ad alto rischio di inappropriata, indicatori PQI dell'AHRQ) che nelle modalità di analisi dei dati (es. persistenza), le ha integrate con contributi e approfondimenti specifici e in parte innovativi; è il caso dell'appropriatezza della prescrizione di statine, rappresentata in modo qualitativo e dettagliato con un tentativo di approfondimento anche nell'indicazione in prevenzione primaria.

Altro punto di forza del lavoro è relativo alla disponibilità di sistemi informativi strutturati non solo in relazione ai flussi regionali routinari (*database* Sdo, specialistica, farmaceutica), ma anche integrati con altri database (es. Pronto Soccorso, screening, assistenza domiciliare) che non sempre in Asl sono utilizzati a scopo di ricerca.

Per quanto riguarda la stratificazione dei Mmg per tipologia associativa, al fine di ottimizzare la validità dello studio si è deciso di limitare l'analisi ai Mmg che nel corso del biennio 2006-2007 non avevano cambiato tipologia di forma associativa. Questo ha comportato una riduzione in termini numerici del campione di Mmg (e relativi pazienti) per l'analisi, ma ha ridotto la misclassificazione e la complessità nell'interpretare le stime, prevenendo a monte la possibilità di una variazione di strato associativo durante il periodo di studio.

Analogamente, sempre allo scopo di massimizzare la validità interna dello studio, l'eleggibilità dei Mmg è stata ristretta ai tre grandi Comuni della provincia (Crema, Cremona, Casalmaggiore); ciò è stato deciso principalmente sulla base di due valutazioni:

- in grandi comuni l'adesione a una tipologia associativa è frutto di una libera scelta del Mmg e non è forzata da motivazioni di dislocazione geografica (es. piccoli comuni, massimali di comune e per ambiti);

- questi tre Comuni sono dotati di presidi ospedalieri con Pronto soccorso; pertanto le opportunità «a priori» di accesso dei cittadini a prestazioni ospedaliere e Ps (che influenzano fortemente la stima di alcuni indicatori)

Dimensioni	Singolo	Associazione	Rete	Gruppo
Prevenzione	-	-	+	+
Accessibilità	-	-	+	+
Consumi	+	+	-	-
Appropriatezza ricoveri	±	-	±	±
Appropriatezza farmaci	-	+	+	±
Outcome	±	±	+	-

\* Legenda: (+) = performance positiva; (-) performance negativa; (±) = nessuna indicazione di rilievo.

sono omogenee e non influenzate dall'urbanizzazione e dalle distanze rispetto alle strutture sanitarie.

## 6.2. Limiti interpretativi

Questo studio presenta dei limiti interpretativi, legati per lo più alla natura dei dati utilizzati e alle caratteristiche del campione e degli indicatori.

Un primo aspetto riguarda la definizione delle forme associative, e in particolare il fatto che non è stata considerata l'eventuale associazione dei Mmg in forme cosiddette «miste»; tuttavia nel nostro campione vi rientrano solo 3 medici in associazione e 3 medici in rete, un numero del tutto marginale ai fini di un eventuale impatto sui risultati.

In merito alla scelta degli indicatori, si potrebbe obiettare che per alcuni di questi la capacità di governo del Mmg non sia direttamente (quanto meno sufficientemente) in grado di determinare o influenzare gli accessi o i percorsi dei propri assistiti e che pertanto questi indicatori non siano sufficientemente sensibili o rappresentino solo parzialmente la performance dei Mmg; in tal caso, i nostri risultati sarebbero da considerare «conservativi». Si può tuttavia sostenere plausibilmente che per tutti gli indicatori considerati in questa analisi (in misura minore forse solo per i ricoveri ad alto rischio di inappropriata) il Mmg possa avere un'effettiva capacità d'impatto, tanto maggiore quanto più le modalità organizzative e assistenziali della sua attività consentono una migliore capacità di governo clinico.

Di particolare interesse è il risultato relativo alla spesa per consumi sanitari, più elevata nelle forme più strutturate rispetto ai medici singoli o in associazione semplice.

**Tabella 18**  
Griglia sintetica di valutazione, per tipologia associativa e area considerata \*

Questo non solo non è un riscontro poi così inatteso, ma è anche un dato che deve fare riflettere sull'importanza data alla spesa e ai consumi come traccianti di governo clinico e di cosiddetta «appropriatezza» (soprattutto se una riduzione viene conseguita a spese dell'offerta di servizi o prestazioni necessari). Non è sorprendente un eccesso di spesa in strutture associative più complesse, dal momento che queste sono più organizzate e possono offrire orari di apertura più ampi; alla maggiore accessibilità per i cittadini corrisponde una maggiore potenzialità di offerta prescrittiva. Questa maggiore disponibilità di sistema potrebbe peraltro rappresentare una delle possibili chiavi interpretative al risultato di migliore *compliance* al trattamento con statine per gli assistiti in medicine di gruppo e in rete.

In merito ai consumi farmaceutici (e alla relativa spesa), va comunque ribadito che una quota degli scostamenti stimati è riconducibile alla diversa percentuale di successo al *record-linkage* tra prescrittore e farmaco prescritto tra i Mmg o in associazione e le reti e i gruppi. Quando si elaborano i dati in una prospettiva di «consumo», la capacità di collegare con successo i *database* determina l'attribuzione corretta della prescrizione al prescrittore; nel nostro campione la frazione attribuibile era del 95% per i gruppi e le reti, del 93% per le associazioni e del 90% per i singoli. Alcune simulazioni di correzione sono state condotte per valutare l'impatto sui risultati; c'è un sensibile avvicinamento delle stime di spesa tra le varie fasce, ma il risultato finale relativo all'indicatore (sfavorevole per reti e gruppi) non cambia, anche perché l'aggiustamento di alcuni euro per la sola componente farmaceutica incide in modo marginale sulla spesa complessiva.

Per quanto riguarda le sensibili differenze tra le forme associative nella distribuzione per età degli assistiti, si è provveduto a standardizzare per età gli indicatori quando necessario; nel caso delle stime di consumo e di prescrizione, si è preferito utilizzare la pesatura degli assistiti secondo la prassi adottata per la reportistica regionale in Lombardia.

Tuttavia, i presidi metodologici adottati e i risultati presentati non ci consentono ancora di escludere che le performance possano avere spiegazioni alternative alle modalità

di lavoro legate alle tipologie associative, in particolare:

1) il profilo clinico della casistica di ciascun medico;

2) fenomeni di autoselezione a monte di Mmg con particolari caratteristiche e qualità positive nelle forme associative più complesse (es. i più «bravi» sarebbero più portati ad accettare la sfida di coprire ruoli professionali più complessi);

3) il *modus operandi* proprio del medico, che non viene modificato dall'associarsi;

4) intensità delle relazioni professionali e sociali che si sviluppano non dipendendo esclusivamente dalla sola struttura organizzativa di lavoro ambulatoriale.

In merito al potenziale «confondimento» nel confronto tra le forme associative legato al profilo clinico degli assistiti, sembra improbabile un effetto distorsivo sulle stime presentate, dal momento che l'analisi di prevalenza al 2005 secondo il modello BDA ha evidenziato scostamenti marginali tra le forme associative nella frequenza delle principali classi di patologie croniche, con l'unica eccezione delle malattie cardiovascolari, più frequenti tra gli assistiti di Mmg in rete e gruppo. Al riguardo va peraltro considerato che il modello BDA produce stime surrogate di frequenza di patologia basate sui consumi; si deve pertanto adottare grande cautela nel suo utilizzo per evitare avvistamenti logici ed errori interpretativi.

Quella postulata al secondo punto è un'ipotesi plausibile, ma esattamente tanto quanto l'ipotesi contraria (soprattutto se si tiene conto di una possibile «autoreferenzialità» di alcuni medici) che i medici più bravi (o quelli con maggiore autostima) preferirebbero lavorare da soli e che quelli meno *self-confident* sentirebbero il bisogno di associarsi in forme molto strutturate. Qualunque sia la direzione dell'ipotesi, tuttavia, c'è da dire che l'evidenza dei fatti descrive un quadro piuttosto differenziato a livello territoriale; infatti in alcune aree (es. nel casalasco) le forme associative più complesse hanno raccolto l'adesione di quasi tutti i Mmg del territorio, mentre in altre (es. nel cremasco) le forme associative complesse sembrano avere un minore gradimento. Sembra pertanto improbabile che questo tipo di scelta sia legata

strettamente a caratteristiche tecnico-professionali o alla predisposizione culturale dei singoli, quanto piuttosto ad altri determinanti di tipo sindacale o ai meccanismi sociali stratificati di rappresentanza professionale e politica.

Al riguardo, un'indagine svolta negli anni scorsi in Emilia-Romagna ha documentato che i fattori che spingono all'associazionismo sono soprattutto legati al bisogno di uscire dall'isolamento professionale, mentre altri elementi (per es. l'incentivazione economica) hanno un peso minore. Nella scelta del livello di complessità, le associazioni semplici sono considerate il primo livello di riferimento per evolvere verso quelle più strutturate, ma spesso entrano in gioco limiti logistici e strutturali che fanno propendere la scelta in direzione diversa da quella desiderata. In questo caso, la rete sembra essere una scelta dei medici più tecnologizzati che possono accedere ad un livello di integrazione e condivisione senza vincoli strutturali (Giarelli, 2006). In merito a questo aspetto, quindi, per i Mmg i determinanti dell'associazionismo nelle varie tipologie sono probabilmente molteplici; certamente nel cremonese sembrano andare in direzione opposta in contesti territoriali e culturali diversi, a prescindere – apparentemente – dalle qualità tecnico-professionali individuali.

Queste considerazioni ci portano a valutare il terzo elemento, e cioè (semplicemente) il modo di lavorare «radicato» e «proprio» di ciascun medico: la performance misurata non sarebbe l'effetto del cambiamento culturale e delle modalità organizzative indotto dall'associazionismo, quanto piuttosto delle modalità clinico-assistenziali con cui i singoli medici – in qualunque forma associativa si posizionino – sono abituati ad operare e che difficilmente cambiano nel breve periodo nell'arco della professione.

Per valutare queste ultime due interpretazioni alternative all'attribuzione all'associazionismo delle stime di performance sensibilmente migliori nelle reti e (in misura minore) nei gruppi, è in atto un'analisi di verifica della quale sono di seguito sinteticamente riportati alcuni risultati preliminari.

È stata condotta un'analisi *pre-post* sui 71 Mmg inclusi nello studio, per misurare nel biennio 2001-2002 gli stessi indicatori stimati nel biennio 2006-2007, mantenendo la

stessa aggregazione dei Mmg per tipologia associativa utilizzata per quest'ultimo periodo. L'obiettivo era valutare se le differenze tra forme associative rilevate nel nostro studio erano presenti o meno nella stessa misura nel periodo 2001-2002, considerando questo periodo come *baseline*. Infatti, le forme associative si sono consolidate a Cremona proprio nel 2002, e pertanto gli indicatori stimati nel biennio di *baseline* sarebbero riconducibili esclusivamente a caratteristiche dei Mmg e non alle loro modalità organizzative. Peraltro il 2001 è anche il primo anno in cui la disponibilità e qualità dei sistemi informativi consente analisi confrontabili con quelle relative agli ultimi anni.

In questa analisi, a seconda del tipo di indicatore utilizzato, sono stati utilizzati modelli di regressione logistica o di Poisson (Strickland, 2003).

Ad esempio, per un generico indicatore  $p$  che rappresenta una proporzione, è stato interpolato il modello:

$$\text{logit}(p) = \alpha - \beta_1 \cdot X - \beta_2 \cdot t - \delta \cdot X \cdot t$$

dove  $X$  rappresenta il tipo di forma associativa (ad esempio,  $X = 1$  per i gruppi,  $X = 0$  per i Mmg singoli) e  $t$  rappresenta il tempo ( $t = 0$  è il *baseline*,  $t = 1$  il tempo dopo il cambiamento di modalità organizzativa). In questo modello, il coefficiente  $\beta_1$  rappresenta il *log-odds ratio* tra Mmg organizzati in gruppo e Mmg singoli al *baseline*, mentre il *log-odds ratio* che confronta l'indicatore prima e dopo il cambiamento è dato da  $\beta_2$  tra i Mmg singoli e da  $\beta_2 + \delta$  tra i Mmg organizzati in gruppo;  $\delta$  misura così l'effetto del cambiamento di modalità organizzativa.

**Tabella 19**

Rapporto Assistenti trattati / Assistenti ponderati in carico (x 100)

Forma associativa	Trattati (IC 95%)	RR (IC 95%)
Singolo	52,8 (48,3 – 57,3)	1,00
Associazione	54,4 (49,2 – 59,6)	1,03 (0,94 – 1,13)
Rete	53,2 (51,4 – 55,1)	1,01 (0,93 – 1,09)
Gruppo	62,1 (59,8 – 64,3)	1,18 (1,09 – 1,27)
<b>Totale</b>	<b>56,0</b> <b>(54,3 – 57,6)</b>	

Lo stesso approccio è stato utilizzato per i tassi, dove al posto del modello logistico è stato utilizzato il modello di Poisson.

Le **tabelle 20-27** riportano le stime di associazione tra forma associativa e indicatore

nel periodo di studio 2006-2007 e nel biennio *baseline* 2001-2002; nella colonna *pre-post* sono riportate delle stime (OR o RR, con i relativi IC) che possono essere interpretate come l'effetto dell'intervento «associazionismo» tra il biennio di *baseline* e quello di studio, per l'indicatore di volta in volta considerato.

È stata stimata una variazione *pre-post* (dal 2001-2002 al 2006-2007) statisticamente significativa o di significatività *borderline* rispetto ai Mmg singoli, nei seguenti casi:

- riduzione di accessi al Ps per associazioni e reti (miglioramento) e viceversa un incremento per i gruppi (peggioramento) rispetto al 2001-2002;
- incremento della spesa per consumi sanitari per le medicine di gruppo;
- incremento della prescrizione di statine in prevenzione secondaria per i Mmg in associazione;
- miglioramento della persistenza al trattamento con statine per i Mmg in gruppo.

Pertanto, tra tutti gli indicatori e per tutte le forme associative considerate, un miglioramento della performance nel tempo rispetto ai singoli è stato misurato solo in due casi nelle associazioni, e in uno nelle medicine di rete e di gruppo; per tutti gli altri indicatori, in questa prima analisi, non sono state stimate variazioni significative tra un biennio e l'altro.

In sintesi, questa prima analisi *pre-post* indica che le differenze tra le tipologie associative da noi stimate nel biennio 2006-2007 sono in larga parte sovrapponibili a quelle stimate per gli stessi Mmg – distribuiti nelle stesse categorie a confronto – nel biennio 2001-2002 antecedente all'evoluzione matura dell'associazionismo; è difficile pertanto pensare che esse siano attribuibili al cambiamento indotto nella pratica del Mmg dall'associarsi in forme strutturate e complesse. Un'analisi più esaustiva e mirata in questo senso è attualmente in corso e potrà meglio approfondire questi primi risultati.

## 7. Conclusioni

Questo studio ha affrontato il tema della valutazione di performance dei Mmg ponendo

**Tabella 20**

Adesione allo *screening* del Ca. del colon-retto

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	0,95 (0,87 – 1,04)	1,03 (0,74 – 1,44)	0,92 (0,65 – 1,30)
Rete	1,05 (0,98 – 1,13)	0,93 (0,72 – 1,20)	1,13 (0,86 – 1,48)
Gruppo	1,12 (1,03 – 1,22)	1,22 (0,95 – 1,56)	0,92 (0,71 – 1,20)

**Tabella 21**

Adesione allo *screening* del Ca. mammario nelle donne

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	1,00 (0,88 – 1,14)	1,02 (0,85 – 1,22)	0,98 (0,79 – 1,23)
Rete	1,09 (0,98 – 1,21)	1,02 (0,89 – 1,18)	1,07 (0,89 – 1,27)
Gruppo	1,13 (1,01 – 1,27)	1,27 (1,09 – 1,47)	0,89 (0,74 – 1,08)

**Tabella 22**

Accesso al Pronto soccorso

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	RR (IC 95%)	RR (IC 95%)	RR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	1,06 (1,03 – 1,10)	1,13 (1,08 – 1,18)	0,94 (0,89 – 1,00)
Rete	0,89 (0,87 – 0,92)	0,94 (0,90 – 0,97)	0,96 (0,91 – 1,00)
Gruppo	0,89 (0,87 – 0,91)	0,78 (0,75 – 0,82)	1,14 (1,08 – 1,19)

dosi dal punto di vista dell'Asl, definendo la rilevazione di indicatori *proxy* per aspetti clinico-assistenziali e ipotizzando l'utilizzo di strumenti di monitoraggio disponibili nei sistemi informativi aziendali, senza disporre di informazioni reperibili esclusivamente nelle cartelle cliniche dei Mmg.

Analogamente, non sono stati definiti indicatori relativamente alle altre dimensioni quali la soddisfazione del cittadino e dei Mmg, la deburocratizzazione per le aziende sanitarie, la riduzione dei tempi di attesa – che costituiscono elementi significativi di ritorno per il sistema sanitario nell'ottica di una maggiore articolazione e complessità organizzativo-gestionale delle forme associative. Le evidenze presentate in questo articolo indicano che la performance assistenziale delle forme associative di gruppo e soprattutto di rete è complessivamente migliore di quelle meno strutturate e dei medici singoli. Tuttavia non è ancora chiaro se questo scostamento si può spiegare (e in che misura) come l'effetto migliorativo di forme associative più strutturate e responsabilizzate, o se è invece da ricondurre alle caratteristiche intrinseche dei singoli Mmg alla pratica clinico-assistenziale, a prescindere dalla struttura organizzativa in cui lavorano. A tal fine, mentre sono in corso analisi di verifica, i cui primi risultati sembrano indicare che l'associarsi spiega in modo quanto meno marginale gli scostamenti di performance: i Mmg hanno mantenuto stabilmente nel tempo le proprie performance, aggregandosi per *cluster* cultural-professionali.

Di un certo interesse è il dato che un profilo complessivamente migliore di indicatori di performance non corrisponde ad una riduzione della spesa sanitaria, che, anzi, è inferiore nelle tipologie tradizionali rispetto alle forme più complesse. Alle forme più complesse di associazionismo è correlato una maggior estensione del *welfare* socio-sanitario: maggiore accessibilità all'ambulatorio del Mmg, maggior intensità della relazione tra paziente e curante e quindi maggiori consumi socio-sanitari complessivamente indotti, anche se con persistenza controllata. Ciò suggerisce che le valutazioni di qualità dell'assistenza troppo basate su stime di consumo e spesa hanno un valore limitato (e dovrebbero essere adottate in modo mirato e settoriale); sembra peraltro

confermare che il miglioramento dell'offerta e dell'appropriatezza può indurre un incremento di spesa, almeno nel breve termine, come presupposto di un migliore *outcome* di salute dei cittadini (es. statine).

**Tabella 23**

Spesa per consumi sanitari

	2006/2007	2001/2002	Pre-post
Forma associativa	RR (IC 95%)	RR (IC 95%)	RR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	1,02 (0,94-1,11)	1,08 (0,96-1,21)	0,95 (0,82-1,09)
Rete	1,05 (0,98-1,12)	1,02 (0,94-1,12)	1,03 (0,92-1,15)
Gruppo	1,07 (1,00-1,15)	0,98 (0,89-1,08)	1,09 (0,97-1,22)

**Tabella 24**

Ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	RR (IC 95%)	RR (IC 95%)	RR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	1,10 (0,98 – 1,25)	1,07 (0,96 – 1,19)	1,04 (0,88 – 1,22)
Rete	0,96 (0,87 – 1,07)	0,92 (0,85 – 1,01)	1,04 (0,91 – 1,19)
Gruppo	0,98 (0,88 – 1,10)	1,00 (0,91 – 1,09)	0,98 (0,85 – 1,13)

**Tabella 25**

Prescrizioni potenzialmente inappropriate di statine in prevenzione primaria

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	0,91 (0,53 – 1,56)	1,09 (0,70 – 1,70)	0,84 (0,41 – 1,70)
Rete	0,75 (0,50 – 1,12)	1,03 (0,73 – 1,46)	0,73 (0,42 – 1,25)
Gruppo	0,95 (0,63 – 1,43)	1,08 (0,76 – 1,55)	0,88 (0,50 – 1,53)

Tabella 26

Prescrizione di statine in prevenzione secondaria

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	2,45 (1,16 – 5,19)	0,79 (0,32 – 1,98)	3,11 (0,95 – 10,16)
Rete	1,36 (0,72 – 2,56)	1,31 (0,63 – 2,71)	1,04 (0,40 – 2,72)
Gruppo	0,91 (0,46 – 1,80)	1,21 (0,57 – 2,59)	0,75 (0,27 – 2,08)

Tabella 27

Persistenza del trattamento con statine a 1 anno

	2006/2007	2001/2002	Pre-Post
Forma associativa	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Singolo	1,00	1,00	1,00
Associazione	1,41 (0,88 – 2,27)	0,85 (0,49 – 1,46)	1,67 (0,81 – 3,43)
Rete	1,57 (1,07 – 2,31)	1,49 (0,97 – 2,29)	1,08 (0,61 – 1,92)
Gruppo	1,96 (1,32 – 2,90)	1,10 (0,69 – 1,75)	1,83 (1,00 – 3,37)

In conclusione, questa analisi nell'Asl della Provincia di Cremona evidenzia quanto l'evoluzione della Medicina generale, al passo con le aree d'avanguardia del nostro Paese, si sia caratterizzata per la presenza di significative spinte verso il cambiamento e la ricerca di innovative soluzioni organizzative. Il futuro è sempre più indirizzato verso la promozione di forme di associazionismo medico ancora più strutturate, come auspicato tra l'altro dalle indicazioni regionali e nazionali; rientra in quest'ottica la sollecitazione alla creazione dei così definiti Gruppi di cure primarie che in pratica si possono far identificare con le Unità di assistenza primaria (Utap) e le Case della salute. Tale orientamento è confermato dalle linee di indirizzo sottoscritte il 22 dicembre 2008, che guideranno la stesura del nuovo ACN. Da quanto in esse riportato, il Mmg sarà tenuto a partecipare ad «ag-

gregazioni funzionali territoriali» anche al fine di implementare «specifiche Unità complesse delle cure primarie». Tale documento di *pre-intesa* sull'ACN entra ancor più nei dettagli precisando che le «aggregazioni» dovranno avere un numero di medici di norma non inferiore a 20, per una popolazione assistita non superiore a 30.000 unità. Si conferma pertanto l'orientamento di promuovere una sempre maggiore «complessità» delle forme associative della Medicina generale del territorio, caratterizzata da una crescente responsabilizzazione dei medici di Medicina generale. Ciò rappresenta anche un presupposto per la creazione di unità di cura territoriali che garantiscano ai cittadini un'assistenza territoriale 24 ore su 24 attraverso una completa integrazione tra i sanitari che operano sul territorio finalizzata anche alla erogazione nell'ambito di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) delle prestazioni specialistiche più comuni.

Tuttavia, se in alcune regioni questo processo è più avanzato, in altre i tempi di trasformazione del sistema sono più lunghi. L'analisi presentata in questo lavoro può offrire spunti di riflessione: stimolando un approccio più «laico» rispetto ad assiomi a volte troppo acriticamente accettati, o viceversa rafforzando la convinzione che è importante accelerare e sostenere i processi associativi della medicina generale nella direzione di una maggiore strutturazione organizzativa e responsabilizzazione gestionale.

Questo può avere un ritorno non evidenziabile in termini economici (almeno nel breve termine) e può al contrario richiedere investimenti significativi da parte delle Regioni, nei limiti delle rispettive compatibilità economiche; l'importante è che ogni euro in più speso («investito») in questo percorso di crescente qualificazione del ruolo del Mmg sia nel governo della domanda che nella capacità di offerta, si traduca in migliori servizi e più salute per i cittadini.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano, per il prezioso contributo alla raccolta del materiale relativo all'associazionismo nella Provincia di Cremona e all'elaborazione dei dati, i colleghi: Claudia Bianchi, Erminio Ebbli, Francesco Forzani, Giovanni Gilini

# BIBLIOGRAFIA

- ACN del 20/01/2005 recepito dalla Conferenza Stato/Regioni del 23/3/2005.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2003), «Quality Assessment. National Quality Measures Clearinghouse», <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2007), «Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions», Version 3.1 <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
- ANDRADE S.E., KAHLER K.H., FRECH F., CHAN K.A. (2006), «Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases», *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 15, pp. 565-574.
- ASSR (2005), I Supplementi di *Monitor*, Anno IV, Numero 15.
- CIRCOLARE REGIONE LOMBARDIA n. 11997/2000 del 30-5-2000 «Ponderazione della popolazione residente».
- D. LGS 229 del 19/6/1999 «Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale».
- DECRETO DGS REGIONE LOMBARDIA del 11/9/2006 «Adozione linee di indirizzo in merito alle modalità di verifica e controllo dei consumi farmaceutici».
- DPCM 29/11/2001 «Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza», *Gazzetta Ufficiale*, 33 del 8/2/2002.
- DPR 13/8/81, G.U. 246 del 8/9/1981.
- DPR 882 del 16/10/84, suppl. 2 della G.U. 28/12/1984.
- DPR 289 del 8/6/1987, G.U. 168 del 21/7/1987.
- DPR 314 del 28/9/1990, G.U. 260 del 7/11/1990.
- DPR 484 del 22/7/1996, G.U. 220 del 19/9/1996.
- DPR 270 del 28/7/2000.
- GIARELLI G., PATIERNO M. (a cura di) (2006), *Medici in associazione*, Franco Angeli, Milano.
- LEGGE 23 Dicembre 1978, n. 833, «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale», *Gazzetta Ufficiale*, 360, 28/12/1978.
- MISERICORDIA P., LANDRO V., OLIMPI G., SIMONI P. (2005), «Utilizzare gli indicatori di performance per il miglioramento continuo della qualità: il PICENUM Study», *SIMG*, 4, pp. 7-12.
- NOTA del 16/11/2005 della DGS Regione Lombardia, protocollo H1.2005.0051403.
- SIMON G. (2008), «Valutazione e performance in Regione Friuli Venezia Giulia», *Quaderni di Monitor*, «I sistemi di valutazione dei servizi sanitari». Anno VII, Numero 20.
- STRICKLAND P.A., LU S.E. (2003), «Estimates, power and sample size calculations for two-sample ordinal outcomes under before-after study designs», *Stat Med.*, 22(11), pp. 1807-18.
- THE AMERICAN HEALTH QUALITY ASSOCIATION (2000), *A measure of quality. Improving performance in American Health Care*.
- THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (2002), *Policy Statement. Quality Indicators in General Practice*.
- TOZZI V. (2002), «Analisi comparativa delle scelte regionali per la medicina generale in Lombardia, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto», in *Rapporto OASI 2002 «L'aziendalizzazione della sanità in Italia»*, Egea ed, pp. 246-266.

**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**.

# Gli infermieri negli ospedali alla ricerca di autonomia. I risultati di un'indagine nelle aziende sanitarie pubbliche italiane

VERONICA SCARDIGLI, ANTONELLO ZANGRANDI

*The article presents the results of a research project aimed at delineating the real impact of the evolution of the nursing profession in Italy over the last 20 years. The research project involved the administration of a questionnaire (with a 54% response rate) to 295 public health care organizations, which was designed to (i) reveal the characteristics of the role and relative responsibilities connected to the organization's head of nursing service; and (ii) describe the organizational structure delegated to the administration of the professional nursing activities, through the identification of the responsibilities (the contents of the role).*

Keywords: Nursing organization model, nursing management, National Health Service evolution

Parole chiave: modello infermieristico, management infermieristico, evoluzione del Servizio sanitario nazionale

#### Note sugli autori

Veronica Scardigli è dottore di ricerca e cultrice della materia in Economia delle aziende pubbliche, Antonello Zangrandi è professore ordinario in Economia delle aziende pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma - Facoltà di Economia

#### Ringraziamenti

Speciali ringraziamenti vanno alla Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi nella persona della Presidente Annalisa Silvestro, ai Presidenti provinciali dei collegi Ispasvi, e infine ai responsabili aziendali che hanno creduto nella ricerca e hanno dedicato il loro prezioso tempo alla compilazione dei questionari. Senza la loro fiducia e il loro impegno non sarebbe stato possibile mappare i modelli organizzativi dei servizi infermieristici delle aziende pubbliche italiane

## 1. La professione infermieristica e il Sistema sanitario nazionale

Nelle aziende sanitarie pubbliche operano 265.444 infermieri che, se rapportati alla popolazione residente, sono circa 4,5 ogni 1.000 abitanti, a fronte di 2,6 medici, tra Medici di medicina generale e specialistici.<sup>1</sup> L'importanza dell'investire sulla dotazione infermieristica, in termini quantitativi, è evidenziata da numerosi studi che cercano di comprendere la relazione esistente tra la dotazione di personale e gli esiti sui pazienti. La maggior parte delle ricerche ha approfondito la relazione tra quantità di personale e mortalità, durata della degenza e complicanze, arrivando a concludere che, ad un basso livello di personale infermieristico, sono associati esiti negativi sui pazienti (Brugnolli *et al.*, 2006). La letteratura, oltre a rilevare la relazione tra dotazione organica e livelli di efficacia delle cure, approfondisce la relazione con il tema della sostenibilità dei sistemi sanitari. In particolare, la terza edizione della ricerca *Healthcast* colloca l'espansione del ruolo degli infermieri come strategia per il miglioramento della sostenibilità dei sistemi sanitari internazionali, con particolare enfasi sul tema dell'efficienza e della capacità di offerta degli erogatori (Ancona, Alesani, 2005). Questo aspetto risulta ancora più rilevante in considerazione dell'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione e del diffondersi delle patologie croniche.

L'assistenza infermieristica negli ultimi 20 anni nel nostro Paese ha conosciuto profondi cambiamenti:<sup>2</sup> il passaggio più significativo riguarda il riconoscimento della pie-

## SOMMARIO

1. La professione infermieristica e il Sistema sanitario nazionale
2. Il disegno della ricerca
3. Il quadro organizzativo
4. Riflessioni conclusive

na autonomia professionale, avvenuto con l'inserimento dell'infermiere tra le professioni sanitarie, comportando il superamento dell'inclusione nella professione medica.

Le tappe che hanno caratterizzato il percorso evolutivo possono essere sinteticamente rappresentate in tre punti:

– declinazione del profilo dell'infermiere sulla logica della competenza, della pianificazione assistenziale, dell'autonomia e della responsabilità professionale (Silvestro, 2007): dopo oltre venti anni dall'introduzione del mansionario, la professione infermieristica ha ricevuto il riconoscimento di professione sanitaria (legge 42/1999), ottenendo l'abrogazione del suddetto mansionario. Nello stesso anno è stato elaborato il codice deontologico, con cui viene definita la *mission* e delineata l'identità dell'infermiere come responsabile dell'assistenza infermieristica da attuarsi mediante interventi specifici, autonomi, di natura tecnica, relazionale ed educativa;

– introduzione di un percorso formativo di alto livello e di tipo universitario: l'approvazione di diversi decreti ha portato alla costruzione dell'attuale percorso formativo che prevede l'obbligo dell'istruzione universitaria al fine dell'esercizio della professione sanitaria, con l'istituzione di lauree specialistiche e master per l'accesso alle funzioni gestionali e di coordinamento;

– possibile affidamento di incarichi dirigenziali (legge 251/2000) a professionisti e istituzioni nelle organizzazioni sanitarie di servizi dell'assistenza infermieristica e ostetrica con conseguente attribuzione dell'incarico di dirigente dello stesso servizio.

Quindi, se la parte normativa sembra essere arrivata a un importante traguardo che conferisce stabilità alla professione, dal punto di vista organizzativo è però indispensabile che non solo la progettazione organizzativa sia coerente con questo nuovo assetto, ma lo sia anche il reale spazio di autonomia concesso.

Il riconoscimento dell'autonomia professionale ha come conseguenza, infatti, che le modalità organizzative e operative siano governate autonomamente dai professionisti che, così, diventano anche gestori di risorse. Nel contesto delle organizzazioni sanitarie,

il riconoscimento dell'autonomia della professione infermieristica ha comportato il superamento dell'inclusione nella professione medica, attraverso il riconoscimento dell'esistenza di due diverse competenze autonome: quella clinica e quella assistenziale. La professione infermieristica ha raggiunto questo livello di maturità dal punto di vista professionale (in riferimento alla conoscenza e alla pratica specializzata) da rendere sempre più inadeguata la direzione da parte di non membri della professione stessa (Jaques, 1981).

A otto anni dall'approvazione della normativa, che riconosce la necessità di ricongiungere responsabilità professionale con responsabilità gestionale, e alla luce delle esperienze internazionali, la ricerca ha voluto comprendere l'evoluzione della professione infermieristica nel Sistema sanitario nazionale. Con la collaborazione del Comitato centrale della Federazione Ipasvi, si è deciso di indagare le caratteristiche dell'organizzazione del lavoro infermieristico.

## 2. Il disegno della ricerca

La ricerca<sup>3</sup> si configura come una *survey*, in quanto è il risultato di una rilevazione empirica realizzata attraverso la somministrazione di un questionario ai responsabili infermieristici aziendali nelle 295 aziende sanitarie pubbliche (Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Irccs).<sup>4</sup>

Il questionario (si veda **allegato**) è articolato in due parti: la prima è finalizzata a rilevare le caratteristiche del ruolo e delle responsabilità connesse al responsabile del servizio infermieristico aziendale; la seconda è finalizzata a descrivere la struttura organizzativa deputata al governo delle attività professionali infermieristiche, attraverso l'individuazione delle responsabilità (i contenuti del ruolo). Sinteticamente, il questionario fornisce le informazioni necessarie per descrivere l'organigramma dei servizi infermieristici all'interno di ciascuna azienda, con specifica evidenza delle dimensioni verticali (stratificazione della responsabilità) e orizzontali (ampiezza della responsabilità), e con specifica definizione dei contenuti delle responsabilità, in riferimento al personale, allo svolgimento di attività operative, al supporto della direzione aziendale, alla gestione di progetti speciali, ecc.<sup>5</sup>

La **tabella 1** sintetizza le fasi metodologiche della ricerca, mentre la **tabella 2** sintetizza i contenuti del questionario.

Il campione della ricerca è costituito dalle 160 unità che hanno risposto al questionario, corrispondenti a 158 aziende sanitarie,<sup>6</sup> circa il 54% del totale delle aziende pubbliche sanitarie italiane.

### 3. Il quadro organizzativo

Il quadro organizzativo che emerge dalla ricerca è osservato:

– identificando i modelli cui i servizi infermieristici delle aziende sanitarie possono essere ricondotti, in seguito all'analisi delle funzioni e delle relazioni organizzative e ai ruoli organizzativi;

– focalizzando poi l'attenzione sui meccanismi di coordinamento: livello di accentrato, relazioni con altri servizi, soprattutto con la componente professionale medica, ecc.;

– infine, valutando l'autonomia della competenza infermieristica e dell'eventuale connessa responsabilità manageriale.

#### 3.1. I modelli organizzativi

Il principale risultato è l'individuazione di quattro modelli<sup>7</sup> organizzativi prevalenti nelle organizzazioni sanitarie pubbliche:

- 1) modello storico;
- 2) modello manageriale;
- 3) modello dell'autonomia del servizio;
- 4) modello in sviluppo.

<p><b>Fase conoscitiva propedeutica</b></p> <p>Approfondimento bibliografico, finalizzato a verificare in letteratura la disponibilità di rilevazioni sullo stato di evoluzione dei modelli organizzativi aziendali. La ricerca bibliografica non ha portato a conoscenza di esperienze significative che potessero rappresentare un <i>background</i> conoscitivo sul quale innescare nuovi quesiti. Per questa ragione, la presente ricerca rappresenta il punto «zero» in tale ambito.</p>
<p><b>Individuazione del questionario come supporto metodologico alla rilevazione delle informazioni e costruzione dello stesso</b></p> <p>Una volta identificato il questionario come strumento di rilevazione meglio rispondente ai criteri di efficienza ed efficacia, sono state individuate le aree oggetto di indagine e gli <i>item</i> contenuti nel questionario. Il percorso di costruzione del questionario è stato condiviso nell'ambito di un gruppo di lavoro costituito, oltre che da ricercatori esperti nell'ambito delle tecniche di rilevazione, dai membri del Comitato centrale e da esperti nel settore dell'evoluzione della professione infermieristica. Per facilitare la fase di accesso e di inserimento dati, si è scelto di realizzare il questionario in una versione <i>on line</i>, accessibile da un sito internet dedicato (<a href="http://web.adamassoft.it/ipasvi/">http://web.adamassoft.it/ipasvi/</a>).</p>
<p><b>Presentazione della ricerca e formazione dei presidenti dei collegi Ipasvi provinciali</b></p> <p>Il progetto di ricerca, con particolare enfasi sul questionario, è stato presentato nell'ambito di 7 incontri organizzati sul territorio nazionale e rivolto ai Presidenti dei Collegi Ipasvi provinciali. Costoro sono stati sensibilizzati sulle finalità della ricerca e coinvolti nel processo di individuazione dei referenti delle aziende sanitarie ai quali somministrare il questionario.</p>
<p><b>Compilazione dei questionari da parte dei referenti aziendali: affiancamento e supporto</b></p> <p>La compilazione dei questionari è iniziata a maggio del 2008 e si è conclusa a dicembre 2008.</p>
<p><b>Elaborazione dei dati e presentazione dei risultati finali in occasione del XV Congresso nazionale Federazione Ipasvi</b></p> <p>Nei mesi di gennaio e febbraio 2009 si è provveduto all'elaborazione dei dati e alla presentazione dei risultati finali in occasione del Congresso nazionale del 26-28 febbraio 2009.</p>

**Tabella 1**  
Le fasi metodologiche della ricerca

Tabella 2

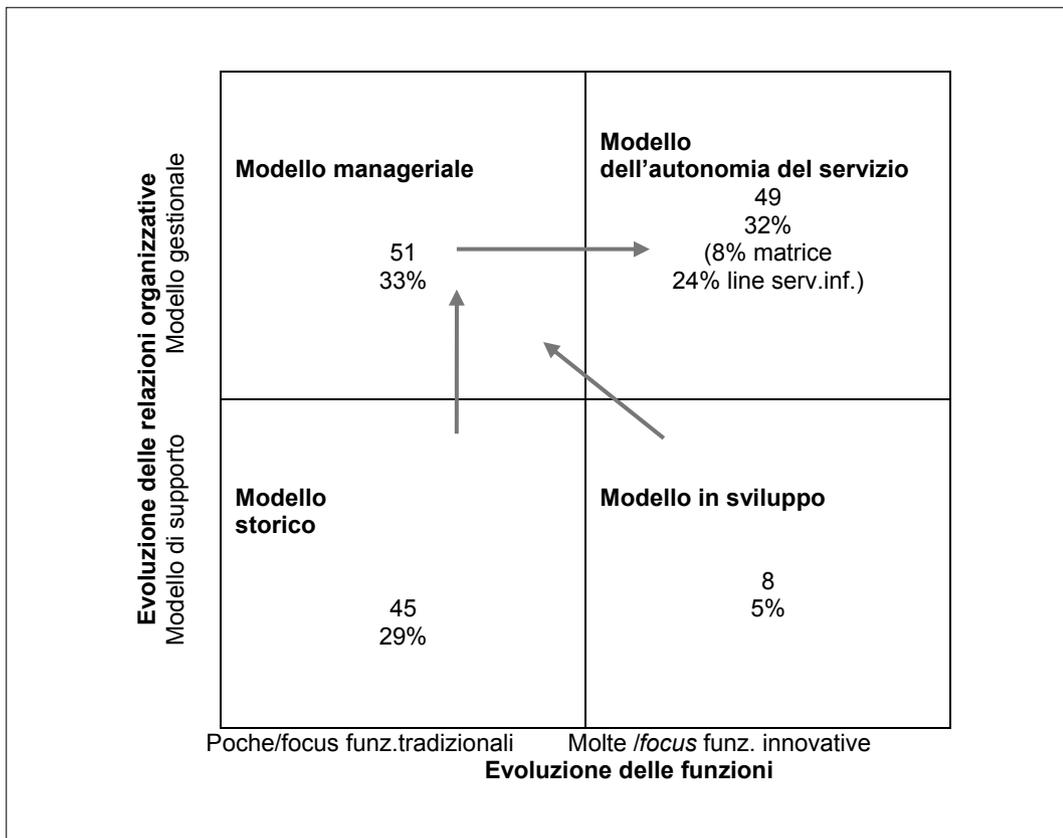
I contenuti del questionario

<b>PARTE I</b>	Finalizzata a rilevare le caratteristiche del ruolo e delle responsabilità connesse al soggetto prescelto per la compilazione del questionario
profilo del referente aziendale (dom. 1 - dom. 7)	Traccia il profilo del compilatore del questionario in riferimento ad alcuni elementi che ne descrivono il percorso di carriera e quello formativo (età, anzianità di servizio, evoluzione della carriera, provenienza, ecc.)
professione e organizzazione (dom. 8 - dom. 12)	Rileva la percezione rispetto ad alcune variabili che fanno riferimento agli aspetti inerenti lo svolgimento della propria professione in riferimento ai contenuti manageriali, il tipo di responsabilità ricoperta e i meccanismi di coordinamento utilizzati. Per ciascuna variabile è richiesto di attribuire un valore, espressivo della rilevanza, all'interno di una scala di valori i cui estremi sono 1 = poco rilevate, 10 = molto rilevante
struttura organizzativa (dom. 13)	Inquadra la struttura organizzativa in cui si colloca il soggetto compilatore, ovvero la parte dell'organizzazione «apicale» rispetto alla professione infermieristica
rapporti gerarchici (dom. 14 - dom. 15) rapporti funzionali (dom. 16 - dom. 18)	Descrive la collocazione della struttura organizzativa rispetto all'articolazione formale (organigramma). In altre parole, sono descritti i rapporti gerarchici e funzionali della struttura organizzativa con le altre parti dell'organizzazione
funzioni e responsabilità (dom. 19 - dom. 20)	Descrive i contenuti di responsabilità collegati al ruolo ricoperto dal compilatore del questionario. Gli <i>item</i> considerati fanno riferimento all'area del personale, all'area delle attività operative, all'area del supporto alla direzione aziendale, all'area della gestione dei progetti speciali
ruoli di responsabilità complessa (dom. 21)	Questa domanda è finalizzata a quantificare nell'azienda sanitaria il numero di ruoli di responsabilità complessa ricoperti da un infermiere, per ciascuno dei quali doveva essere compilata la seconda parte
<b>PARTE II</b>	Da compilare per ciascun ruolo di responsabilità complessa ricoperto da un infermiere
struttura organizzativa (dom. 1 - dom. 2)	Identifica la struttura organizzativa a cui il ruolo di responsabilità è riconducibile
rapporti gerarchici (dom. 3 - dom. 4) rapporti funzionali (dom. 5 - dom. 7)	Descrive la collocazione della struttura organizzativa rispetto all'articolazione formale (organigramma): rapporti gerarchici e funzionali della struttura organizzativa
funzioni e responsabilità (dom. 8 - dom. 9)	Descrive i contenuti di responsabilità collegati al ruolo ricoperto dal compilatore del questionario

I modelli sono stati delineati facendo riferimento all'evoluzione delle relazioni organizzative (professione infermieristica come professione di supporto *vs* professione infermieristica come professione autonoma) e all'evoluzione dell'attribuzione delle funzioni (poche funzioni con *focus* sulle funzioni tradizionali *vs* molte funzioni con *focus* sulle funzioni innovative). La matrice interpretativa rileva il posizionamento di tali modelli in riferimento ai due aspetti sottolineati. Si

veda **figura 1**. Sull'asse delle ascisse è riportata l'evoluzione del servizio infermieristico attraverso l'analisi dell'attribuzione delle funzioni, tenendo distinta la situazione che vede una scarsa attribuzione di funzioni o l'attribuzione di sole funzioni tradizionali, dall'attribuzione di molte funzioni soprattutto innovative.<sup>8</sup>

Sull'asse delle ordinate è riportata l'evoluzione del servizio infermieristico, ipotizzando due condizioni tra loro estreme:<sup>9</sup>



**Figura 1**  
Matrice interpretativa dell'evoluzione della professione infermieristica nelle aziende sanitarie pubbliche

1) servizio infermieristico come staff delle direzioni (tipicamente sanitarie) con funzioni di supporto. Il servizio infermieristico ha un ruolo di supporto, in quanto non è stata realizzata la distinzione tra linea clinica e linea assistenziale, e non è articolato come struttura organizzativa; in questo modo la professione infermieristica è inclusa in quella medica con la conseguenza che l'integrazione professionale si realizza nella figura del medico e, quindi, nell'unità operativa;

2) servizio infermieristico pienamente responsabile del personale e delle relative politiche di servizio. Il servizio infermieristico ha un ruolo gestionale, in quanto governa la *line* di tutto il personale afferente alla struttura, con una netta distinzione a livello organizzativo della linea clinica da quella assistenziale. Conseguentemente, il coordinamento si attua sul paziente, nel caso in cui il servizio infermieristico gestisce tutta la *line*, o a livello di dipartimento/presidio/territorio, nei modelli cosiddetti a matrice in cui il ruolo infermieristico di responsabilità complessa ha una connotazione gestionale (es.:

il Responsabile assistenziale/infermieristico di dipartimento – Rad – ha un ruolo gerarchico verso i caposala) e un rapporto funzionale con il servizio infermieristico (in quanto, per esempio, il Rad gerarchicamente dipende dal Direttore medico di dipartimento).

I modelli sono descritti sulla base delle seguenti variabili: livello di autonomia, meccanismi di coordinamento, articolazione delle responsabilità e attribuzione delle funzioni innovative, come schematizzato in **tabella 3**.

Il *modello storico* è caratterizzato da una forte stabilità delle relazioni organizzative. Si svolgono tipicamente funzioni di mero supporto, con una conseguente scarsa articolazione. Sono riconducibili a questo modello 45 «servizi infermieristici» che corrispondono al 29% delle aziende sanitarie pubbliche mappate. In questa tipologia di «servizi infermieristici» non vi è autonomia, in quanto la professione infermieristica è interpretata ancora come professione fortemente inclusa in quella medica. Quindi, il

Tabella 3

I modelli di «servizi infermieristici» nelle aziende sanitarie pubbliche

	Autonomia	Coordinamento	Articolazione della responsabilità	Funzioni innovative
Modello 1 storico	Non vi è autonomia (inclusione nella professione medica)	A livello di U.O. Centralità del Medico	Nulla o scarsa articolazione delle responsabilità	Poche funzioni tradizionali Nessuna funzione innovativa
Modello 2 manageriale	Autonomia focalizzata sulla gestione del personale	Interno del servizio infermieristico Line/matrice	Progressivo decentramento responsabilità	Focus su funzioni tradizionali (area del personale, programmazione, formazione)
Modello 3 dell'autonomia del servizio	Autonomia focalizzata sull'autoregolazione organizzativa e professionale	Interno del servizio infermieristico Line/matrice	Articolazione e decentramento responsabilità gestionali e funzionali	Attribuzione di molte funzioni innovative (budget, CdG, definizione strategia)
Modello 4 in sviluppo	Autonomia sulle funzioni innovative	A livello di U.O. Centralità del Medico	Articolazione e decentramento responsabilità gestionali e funzionali	Attribuzione di funzioni innovative

coordinamento organizzativo è decentrato a livello di unità operativa con una forte centralità del profilo medico. In questi modelli organizzativi l'articolazione delle responsabilità è nulla o scarsa. Vale la pena sottolineare come rientrino in questa fattispecie sia le realtà in cui il servizio infermieristico non è strutturato (infermiere con responsabilità complessa in Direzione sanitaria) sia quelle in cui, nonostante sia stato intrapreso il percorso di strutturazione, il ruolo del servizio infermieristico è di supporto. I «servizi infermieristici» riconducibili al modello storico vedono l'attribuzione di poche funzioni tradizionali e di scarse funzioni innovative.

Il *modello manageriale*, vede il servizio infermieristico svolgere un ruolo gestionale, attraverso un modello decentrato, con la conseguente graduale attribuzione di funzioni. Sono riconducibili a questo modello 51 «servizi infermieristici», che corrispondono al 33% delle aziende sanitarie pubbliche mappate. Nei «servizi infermieristici» riconducibili a questo modello è evidente una progressiva affermazione dell'autonomia della professione infermieristica rispetto a quella medica, con conseguente distinzione della linea clinica da quella assistenziale. In questo modello l'autonomia è soprattutto focalizzata sulla gestione del personale e il coordinamento è a livello di dipartimento o di presidio,

nella versione del servizio infermieristico in cui la *line* arriva sino al caposala attraverso articolazioni intermedie oppure nella versione a matrice. Questi servizi infermieristici sono, pertanto, caratterizzati da uno spiccato decentramento e dal conseguente riconoscimento di ruoli di responsabilità complessa ai vari livelli dell'organizzazione, con una forte enfasi sulla connotazione gestionale. In tale modello si assiste a un progressivo spostamento delle funzioni al servizio infermieristico, a partire dall'area della gestione del personale, della programmazione, della formazione.

Il *modello dell'autonomia del servizio* esprime una maturità dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista dell'attribuzione delle funzioni. Questo modello, cui sono riconducibili 49 aziende sanitarie pubbliche (32%), rappresenta la versione forse maggiormente evoluta dell'organizzazione della professione infermieristica nelle aziende sanitarie pubbliche. Si tratta di un modello affermatosi nelle aziende sanitarie nella versione a matrice nell'8% delle realtà e nella versione in *line* al servizio infermieristico nel 24% delle realtà. Il modello a matrice vede una articolazione delle responsabilità tra una funzione centrale aziendale e la attribuzione di competenze ai dipartimenti, mentre il modello *line* vede un forte ruolo di coordinamento a livello aziendale con una

responsabilità diretta fino alle singole unità organizzative.

Nei «servizi infermieristici» riconducibili a questo modello, l'autonomia è focalizzata sull'autoregolazione organizzativa e professionale e il coordinamento è interno al servizio infermieristico, nelle due versioni della *line* (sino all'unità operativa) o della matrice. Questi modelli sono, quindi, caratterizzati da un elevato decentramento sia delle responsabilità gestionali, sia delle responsabilità funzionali; infatti, si è attuato un progressivo spostamento di funzioni tipicamente attribuite ad altre unità organizzative: si tratta di funzioni innovative, di supporto alla direzione aziendale, come ad esempio la gestione del *budget*, il controllo di gestione, l'attività di ricerca, sino ad arrivare alla partecipazione del processo di definizione della strategia, funzione discriminante dei servizi infermieristici in cui il responsabile dipende gerarchicamente dal Direttore generale.

Il *modello in sviluppo* è caratterizzato dalla responsabilità su numerose funzioni. Il livello di accentramento a livello aziendale di queste funzioni è però molto elevato, con una assenza di articolazione sia di *line* che matriciale. Sono riconducibili a questo modello 8 «servizi infermieristici», il 5% delle aziende sanitarie pubbliche mappate.

Nei «servizi infermieristici» riconducibili a questo modello non è rintracciabile un elevato livello di autonomia. È questo probabilmente un modello di passaggio: si sviluppano funzioni a livello centrale per poi articolare le responsabilità ai vari livelli organizzativi.

L'analisi dei modelli, oltre a fornire una mappatura dell'evoluzione organizzativa dei servizi infermieristici, traccia anche un'evoluzione della organizzazione della professione (si veda figura 1): da professione inclusa in un'altra professione (tipicamente medica) a professione autonoma che determina al proprio interno le modalità organizzative oltre a quelle operative.

È possibile ipotizzare un percorso evolutivo realizzato nelle aziende del servizio sanitario: innanzitutto l'assegnazione alla professione della gestione del personale attraverso un'attività di coordinamento interna al servizio infermieristico stesso (modello manageriale) e, successivamente, l'attribuzione di altre funzioni di supporto, quali la valutazione, la gestione del *budget* e la definizione del-

la strategia, per far sì che tali funzioni siano gestite all'interno della professione stessa, quindi autonomamente (modello dell'autonomia del servizio).

Il modello in sviluppo, apparentemente incoerente rispetto all'evoluzione più tradizionale, rileva una modalità evolutiva diversa, che vede l'attribuzione di funzioni innovative, tipicamente di supporto aziendale prima dell'attribuzione di funzioni relative alla gestione del personale.

Il tema dell'autonomia si afferma a livello organizzativo attraverso il riconoscimento e l'attribuzione di funzioni tipicamente attribuite ad altri profili professionali alla sfera della professione infermieristica (Jaques, 1981). Il percorso verso l'autonomia organizzativa di una professione ha, infatti, un significato che va oltre la competenza operativa e che non può prescindere dal riconoscere funzioni connesse al tema della programmazione degli obiettivi, del monitoraggio e controllo e della valutazione dei risultati. Una professione raggiunge autonomia a livello organizzativo, se al proprio interno vede l'attribuzione di funzioni correlate al ciclo della programmazione e valutazione.

### 3.2. Ruoli organizzativi: come sono strutturati

Il punto di partenza per lo studio è stata l'analisi dell'esistenza di ruoli gestionali all'interno della professione infermieristica e della collocazione organizzativa degli stessi con i relativi rapporti gerarchici e funzionali.

L'analisi della distribuzione delle responsabilità complesse (R.C.) rileva che:

- nel 27% dei casi figurano da 1 a 6 R.C.;<sup>10</sup>
- nel 27% vi sono da 7 a 12 ruoli di R.C.;
- nel 27% ne sono rintracciabili più di 12.

I ruoli di responsabilità complessa mappati sono 1.268, e si riferiscono al 76% delle aziende sanitarie che costituiscono il campione (122 in valore assoluto).

Una prima distinzione sui ruoli di R.C. riguarda la connotazione: gestionale o di supporto. La connotazione gestionale esprime la responsabilità nella gestione delle risorse umane al fine dell'erogazione e della pro-

duzione dell'assistenza. La connotazione di supporto esprime i ruoli di programmazione, controllo e, in genere, di supporto ai processi operativi (qualità, formazione, ecc.).

Nei 1.268 ruoli di R.C. 780 sono ruoli gestionali (62%), e 488 ruoli di supporto (38%).

I 780 ruoli gestionali possono essere ulteriormente articolati sulla base della collocazione in ambito aziendale:

– il 66% (519 ruoli in valore assoluto, nel 67% delle realtà organizzative mappate) è riconducibile al livello dipartimentale: rientrano in questa categoria i ruoli di coordinamento dipartimentali, quali i Responsabili assistenziali di dipartimento (Rad), i Responsabili infermieristici di dipartimento (Rid) e i Coordinatori di dipartimento. La definizione è strettamente legata al contesto territoriale e all'esistenza di indicazioni specifiche contenute in atti normativi regionali, in atti aziendali o altri documenti di articolazione organizzativa. Questi ruoli gestiscono mediamente 144 persone;

– il 17% (130 ruoli in valore assoluto, nel 39% delle realtà organizzative mappate) dei ruoli di R.C. è riconducibile a livello territoriale: rientrano in questa categoria i ruoli di coordinamento distrettuale, ovvero i Responsabili assistenziali/infermieristici di distretto e i Coordinatori di distretto, i quali assumono un ruolo gestionale rispetto all'erogazione dell'assistenza territoriale coerente con l'organizzazione distrettuale delle Asl. Questi ruoli gestiscono mediamente 97 persone;

– il 10% (78 ruoli in valore assoluto, nel 23% delle realtà organizzative mappate) dei ruoli di R.C. è riconducibile a livello di presidio: l'esistenza di tali ruoli gestionali a livello di presidio è correlata all'allocazione e quindi alla gestione del personale non a livello di dipartimento, bensì di presidio. Questi ruoli gestiscono mediamente 426 persone;

– il 5% (39 ruoli in valore assoluto, nel 13% delle realtà organizzative mappate) dei ruoli di R.C. è riconducibile ad articolazioni intermedie che determinano l'«allungamento» della «linea» esistente tra la struttura organizzativa apicale rispetto al «servizio infermieristico» e il ruolo di responsabilità gestionale superiore al caposala. In altre parole, tale responsabilità è connessa all'esistenza di ulteriori ruoli gestionali intermedi tra il

«servizio infermieristico» e il responsabile/coordinatore infermieristico di dipartimento, oppure di distretto o di presidio. Questi ruoli gestiscono mediamente 8 risorse umane;

– il 2% (14 ruoli in valore assoluto, nel 5% delle realtà organizzative mappate) dei ruoli di R.C. è riconducibile a livello di zona/comprendorio, con riferimento sia alla componente ospedaliera che territoriale. Questi ruoli gestiscono mediamente 306 persone.

I 488 ruoli di supporto possono essere distinti in ruoli legati ad una specifica area dell'organizzazione e in ruoli legati a una specifica funzione dell'organizzazione: in particolare, rientrano tra i primi 256 ruoli con R.C. suddivisi tra il livello dipartimentale (155), il livello di presidio (56) e il livello territoriale (45). Mentre 232 ruoli fanno riferimento a specifiche funzioni organizzative. Tra questi ultimi rientrano i ruoli di responsabilità che non si riferiscono a specifiche aree di competenza infermieristica in senso stretto, ma che in qualche modo hanno un raggio di azione più ampio e un impatto organizzativo trasversale. I ruoli di supporto riconducibili a funzioni aziendali si riferiscono in particolare alla formazione,<sup>11</sup> alla qualità, ricerca e accreditamento,<sup>12</sup> e poi altre funzioni quali la logistica e i servizi alberghieri, l'implementazione di nuovi modelli organizzativi.

Sulla base dell'esistenza dei ruoli di R.C. gestionali è possibile identificare il livello di accentramento delle funzioni e delle responsabilità. Tali ruoli possono configurarsi come ruoli di responsabilità collocati a livello dipartimentale, oppure a livello di presidio e, nel caso di aziende sanitarie territoriali, anche a livello di territorio/distretto. In alcune limitate realtà, i ruoli di responsabilità gestionale sono collocati a livello di zona/comprendorio e si riferiscono sia alla gestione del personale del presidio che del territorio.

Si configura una responsabilità della gestione delle risorse decentrata a livello di dipartimento, quando un responsabile infermieristico è responsabilizzato sulla gestione delle risorse umane e si pone come punto intermedio tra servizio aziendale e unità organizzativa (caposala). Tali responsabili infermieristici, che a seconda del contesto territoriale assumono la denominazione di responsabili infermieristici di dipartimento

(Rid), responsabili assistenziali di dipartimento (Rad), coordinatori di dipartimento ecc., hanno funzione di responsabilità nei confronti dei caposala delle unità operative afferenti allo stesso dipartimento.

In riferimento al modello che pone l'enfasi sul livello di presidio, si configura un modello organizzativo che prevede l'allocazione e la gestione delle risorse a livello di presidio. Questo modello organizzativo è tipico delle aziende sanitarie articolate in più presidi ospedalieri, intesi in senso di sedi distaccate, di piccole dimensioni, che non giustificano la creazione di dipartimenti strutturali. In alcuni casi vengono creati dei dipartimenti funzionali trasversali, pertanto non focalizzati sugli aspetti gestionali, che prevedono anche un coordinamento infermieristico che si connota quindi come supporto di area.

In riferimento all'attività territoriale, è molto tipico delle aziende sanitarie locali l'attribuzione di un ruolo di R.C. gestionale per ciascun distretto del territorio.

Per comprendere le caratteristiche dei modelli organizzativi appare necessario studiare le relazioni che interagiscono fra i vari ruoli. È utile, in particolare, comprendere le relazioni gerarchiche. Questa analisi permette, ad esempio, di comprendere se i ruoli di R.C. siano in «linea» con il servizio infermieristico, anche attraverso varie articolazioni, oppure se abbiano un rapporto funzionale di «staff», in quanto gerarchicamente dipendenti dal Direttore clinico del dipartimento o dal Direttore del presidio o, nel caso di ruoli di responsabilità territoriali, dal Direttore del distretto.

Quindi, sulla base della collocazione dei ruoli di R.C. e sulla base delle relazioni organizzative degli stessi, è possibile delineare i modelli di articolazione organizzativa sintetizzati nella **tabella 4**.

Le variabili rilevanti sono:

- decentramento/accentrato della gestione, presenza/assenza ruoli di R.C. a connotazione gestionale;
- collocazione dei ruoli di: presidio/dipartimento/territorio;
- dipendenza gerarchica dei ruoli di R.C.

L'elaborazione dei modelli organizzativi mette in luce la coesistenza di modelli differenziati dal punto di vista organizzativo. In

alcuni casi, infatti, i modelli organizzativi, come già identificato nel paragrafo precedente, sono caratterizzati da una concezione della professione infermieristica inclusiva nella professione medica; in questi casi cui il «servizio infermieristico» non è strutturato o, nel caso lo sia, svolge unicamente un ruolo di supporto funzionale. In altri casi, il «servizio infermieristico» è strutturato e identificabile ed è connotato dalla divisione della linea assistenziale dalla linea clinica.

### 3.3. Competenza infermieristica e responsabilità manageriale

L'affermazione dell'autonomia a livello organizzativo è stata approfondita attraverso lo studio delle funzioni riconducibili all'ambito di governo della professione infermieristica. Si propone una riflessione delle funzioni affidate ai servizi infermieristici.

Le funzioni attribuite ai servizi infermieristici possono essere raggruppate a seconda del livello di diffusione nelle aziende sanitarie:

- funzioni a larga diffusione, si riscontra una frequenza superiore al 70% del campione. Rientrano nelle funzioni a larga diffusione quelle che riguardano l'area del personale, fatta eccezione per le assunzioni, quindi la programmazione, la valutazione, la definizione del livello formativo e la gestione, oltre ad alcune funzioni di supporto alla direzione aziendale, quali la gestione di progetti speciali, l'organizzazione e progettazione e la formazione. Queste funzioni, dato il grande livello di diffusione, sono tipicamente attribuite al servizio infermieristico, e pertanto rappresentano oggi l'attività specifica;

- funzioni diffuse, si riscontra una frequenza superiore al 50% e inferiore al 70% del campione. Rientrano in questa area l'assunzione del personale e alcune funzioni di supporto alla direzione aziendale, quali la valutazione della qualità, il controllo di gestione e programmazione, la definizione della strategia e la gestione di progetti speciali. In particolare, nell'ambito delle funzioni di supporto alla direzione aziendale rientrano in questa definizione quelle che in un processo di evoluzione dei servizi infermieristici sono le prime a essere attribuite;

	Accentrato/ decentrato	Livello di gestione del personale	Line	Definizione	Peso % distribuzione nel campione
Ruolo gestionale - Struttura organizzativa: Modello tradizionale/autoregolazione	Decentrato	Dipartim.	Servizio infermieristico	Modello servizio infermieristico decentrato con ruoli di responsabilità complessa gestionale a livello dipartimentale, in <i>line</i> con il servizio infermieristico	33%
	Decentrato	Presidio	Servizio infermieristico	Modello servizio infermieristico decentrato con ruoli di responsabilità complessa gestionale a livello di presidio, in <i>line</i> con il servizio infermieristico	14%
	Decentrato	Dipartim.	Direttore Dipartimento Clinico	Modello servizio infermieristico decentrato con ruoli di responsabilità complessa gestionale a livello dipartimentale, in <i>line</i> con il Direttore clinico di Dipartimento	8%
	Decentrato	Presidio	Direttore di Presidio	Modello servizio infermieristico decentrato con ruoli di responsabilità complessa gestionale a livello di presidio, in <i>line</i> con il Direttore di Presidio	6%
	Accentrato	Centrale	Servizio infermieristico	Modello servizio infermieristico gestionale accentrato senza ruoli di responsabilità complessa gestionale	10%
Ruolo supporto - Modello storico/ in sviluppo	Decentrato	Unità operativa	Responsabile clinico U.O.	Modello servizio infermieristico di supporto decentrato con ruoli di responsabilità complessa di supporto di area a livelli di dipartimento/presidio, in <i>line</i> con il Direttore medico di U.O.	11%
	Accentrato	Unità operativa	Responsabile clinico U.O.	Modello servizio infermieristico con connotazione di supporto (non gestionale)	14%
	—	Unità operativa	Responsabile clinico U.O.	Modello servizio infermieristico non strutturato, con infermiere referente per la professione collocato nella Direzione sanitaria	3%

**Tabella 4**

Distribuzione dei modelli organizzativi nel campione

– funzioni residuali, in quanto diffuse con una frequenza inferiore al 50% del campione, pertanto qualificanti rispetto all'evoluzione del servizio infermieristico. Si tratta di certificazione e accreditamento dei servizi, gestione del *budget* e attività di ricerca. Queste funzioni di supporto alla direzione aziendale sono probabilmente le ultime a essere attribuite, in un processo di evoluzione del servizio infermieristico.

Al fine di delinearne sinteticamente il profilo dei «servizi infermieristici» in relazione

al contenuto delle funzioni a esso attribuite, queste ultime sono state distinte in tradizionali e innovative. Sono state ricondotte alla definizione di funzioni «tradizionali» quelle riconducibili all'area della gestione del personale, a eccezione delle assunzioni, oltre alla gestione dei progetti di miglioramento continuo, la formazione, la certificazione e accreditamento la valutazione della qualità e l'organizzazione e progettazione. Sono state ricondotte alla definizione di funzioni innovative le restanti funzioni riconducibili all'area di supporto della direzione aziendale

(controllo di gestione e programmazione, definizione della strategia, gestione del *budget*, attività di ricerca) e anche, nell'ambito della gestione del personale, la gestione del percorso di reclutamento. Queste scelte sono state condotte dall'analisi dell'associazione tra attribuzione di funzioni e modelli accentrati (che non prevedono l'articolazione in ruoli di R.C.) vs modelli decentrati (che prevedono l'articolazione in ruoli di R.C.).

A tal fine, i modelli organizzativi delineati in questo studio sulla base delle relazioni organizzative (tabella 4) sono messi in relazione con i profili delineati sulla base delle funzioni attribuite al servizio infermieristico.

La **tabella 5** successiva mette in relazione, per ciascun modello organizzativo delineato sulla base delle relazioni organizzative, il profilo del servizio infermieristico delineato sulla base dell'attribuzione delle funzioni innovative. È evidente come i modelli di sviluppo e manageriali siano anche quelli interessati all'attribuzione di maggiori funzioni innovative. Questo riguarda i modelli organizzativi gestionali decentrati sia in *line* che a matrice (Modello dell'autonomia del servizio). Il modello di servizio infermieristico gestionale accentrato risulta essere fortemente focalizzato sulle funzioni tradizionali (Modello manageriale), solo in pochi casi vede l'attribuzione di poche funzioni (Modello storico). I modelli definiti di supporto, non evoluti dal punto di vista orga-

nizzativo e che vedono ancora la professione infermieristica inclusa in quella medica, sono anche caratterizzati da una scarsa attribuzione di funzioni a partire da quelle tradizionali (Modello storico).

È possibile ipotizzare una lettura di evoluzione temporale: i servizi infermieristici si evolvono nel senso indicato nella tabella.

La parte in basso della tabella dice della forte inclusione della professione infermieristica in quella medica, che vede la non strutturazione del servizio infermieristico e la collocazione di un infermiere, in questo caso con attribuzione di R.C., presso la direzione sanitaria, con una scarsa attribuzione di funzioni (Modello storico).

Gradualmente, il servizio infermieristico si struttura come servizio di supporto in cui non si gestisce il personale infermieristico e il caposala è gerarchicamente dipendente dal primario di unità operativa, pur essendo riconoscibile nell'azienda sanitaria che poco per volta inizia a essere interessata in un processo di attribuzione di alcune funzioni tradizionali (Modello storico). Il passaggio successivo, dal punto di vista organizzativo, vede l'attribuzione della gestione del personale e, quindi, il riconoscimento dell'autonomia della professione e il superamento dell'inclusione nella professione medica. Sino a questo salto evolutivo, il servizio infermieristico è ancora accentrato e la responsabilità per le funzioni attribuite ricade solo sul responsabile (Modello manageriale).

Modello organizzativo	Distribuzione serv. inf. focalizzati su funzioni innovative (comp.+ inno.)
Serv. Inf. decentrato con ruoli di R.C. gestionale a livello di presidio, in line con il Direttore di Presidio	63%
Serv. Inf. decentrato con ruoli di R.C. gestionale a livello dipartimentale, in line con il Direttore clinico di Dipartimento	62%
Serv. Inf. decentrato con ruoli di R.C. gestionale a livello dipartimentale, in line con il servizio infermieristico	50%
Serv. Inf. decentrato con ruoli di R.C. gestionale a livello di presidio, in line con il servizio infermieristico	38%
Serv. Inf. di supporto decentrato con ruoli di R.C. di supporto di area a livelli di dipartimento/presidio, in line con il Direttore medico di U.O.	35%
Serv. Inf. gestionale accentrato senza ruoli di R.C. gestionale	19%
Serv. Inf. con connotazione di supporto (non gestionale)	9%
Serv. Inf. non strutturato, con infermiere referente per la professione collocato nella Direzione sanitaria	0%

**Tabella 5**  
Modelli organizzativi dei servizi infermieristici e attribuzione di funzioni

L'ulteriore passaggio prevede una maggiore attribuzione di funzioni tradizionali e il graduale trasferimento di funzioni innovative di supporto alla direzione aziendale, a partire da assunzioni, programmazione e controllo, controllo di gestione, sino ad arrivare alla partecipazione alla definizione della strategia aziendale, peculiarità dei servizi infermieristici gerarchicamente dipendenti dal Direttore generale (Modello dell'autonomia del servizio). Naturalmente, l'attribuzione di funzioni porta come conseguenza una maggiore articolazione del servizio infermieristico attraverso un processo di decentramento delle responsabilità ad altri livelli dell'organizzazione e, pertanto, l'attribuzione di ruoli di responsabilità gestionale e di supporto.

Anche nei modelli non evoluti dal punto di vista organizzativo (quindi strutturati come servizi infermieristici, decentrati, ma con una connotazione di supporto) si riscontrano situazioni di evoluzione orientata prima ad assumere maggiori competenze come supporto (in quanto caratterizzati dall'attribuzione di funzioni innovative) senza che ci sia l'attribuzione di funzioni gestionali legate all'area del personale (Modello in sviluppo).

#### 4. Riflessioni conclusive

L'organizzazione dei servizi infermieristici negli ospedali pubblici è in fortissima evoluzione. Si sono messi in luce modelli differenti che, in modo più o meno marcato, fanno aumentare l'autonomia nella gestione della risorsa professionale infermieristica (e di altre professioni sanitarie).

Tre elementi paiono particolarmente significativi:

– il riconoscimento dell'autonomia professionale promuove una maggiore autonomia dei servizi infermieristici, che articolano in modo sempre più forte la propria capacità di gestione delle risorse professionali. In questo modo, alcune funzioni, prima aziendali, si specializzano, come ad esempio la gestione del personale o la qualità. Lo sviluppo organizzativo necessita di risorse che, oltre a competenze in ambito professionale, abbiano strumenti manageriali. Conseguentemente l'organizzazione dell'ospedale o della azienda sanitaria pubblica risulta modificata. La comparsa di una maggiore auto-

nomia nella gestione della risorsa infermieristica genera ovviamente due conseguenze: una ridefinizione delle funzioni assegnate alle varie unità (sia di *line*, come divisioni e servizi, sia di supporto, come ad esempio la funzione personale, formazione o qualità) e la necessità di promuovere innovativi strumenti di coordinamento per rendere la funzionalità dei servizi garantita con altri strumenti rispetto al tradizionale e ormai vetusto «coordinamento da parte del primario». Così nascono, ad esempio, i Rad (responsabili assistenziali dipartimentali) e meccanismi più complessi, come percorsi e procedure assistenziali, gruppi di lavoro, *équipe* interprofessionali, ecc. Sempre in questa direzione, si rafforzano le competenze manageriali del management aziendale infermieristico come punto di integrazione organizzativa sia verso la professione, sia tra le esigenze organizzative e il ruolo della professione;

– lo sviluppo di questi nuovi modelli organizzativi appare significativo nel centro-nord, mentre nel sud il modello tradizionale appare ancora forte e in lento movimento (ovviamente non mancano eccezioni).<sup>13</sup> Nel sud del Paese il modello storico con una professione infermieristica inclusiva è il prevalente. Nelle aziende del centro-nord è evidente la tendenza di riconoscere che il servizio infermieristico è fondante per l'organizzazione dell'ospedale. Questo può essere letto attraverso differenti modelli interpretativi. Un primo modello esprime una minore dinamicità organizzativa agli ospedali pubblici del sud e, quindi, un ricorso ai modelli tradizionali di coordinamento basati sul ruolo fondamentale del primario ospedaliero. Ciò, peraltro, è da connettersi alla minore autonomia professionale riconosciuta dall'organizzazione all'infermiere. Probabilmente, questo livello interpretativo dovrebbe essere confermato da altri fattori, come ad esempio le maggiori difficoltà nella realizzazione di dipartimenti ospedalieri, la centralità dei modelli assistenziali basati sul medico, ecc. Un secondo modello interpretativo, più di natura quantitativa, mette in evidenza la maggiore difficoltà degli ospedali del sud nel disporre di personale infermieristico e ancora la grande disponibilità di personale medico. Questo elemento potrebbe consentire, d'altra parte, di premiare la componente professionale medica a scapito della

professionalità infermieristica. Infine, un ultimo modello interpretativo evidenzia come l'elemento fondamentale sia da collegarsi ad aspetti più generali di cultura organizzativa e di stratificazione delle classi sociali. Sta di fatto che per l'evoluzione della struttura organizzativa occorre un *turn around* forte e radicato nei processi organizzativi. Il tema della territorialità nord/sud è molto significativo ed è vissuto dai professionisti come un elemento di messa in discussione del Sistema sanitario nazionale. Ma il tema della territorialità non si esaurisce in questa dimensione di analisi; esiste un'altra dimensione che riguarda la forte regionalizzazione dei modelli per le professioni sanitarie. Infatti, le Regioni hanno assunto posizioni diverse sull'evoluzione delle professioni sanitarie e sul riconoscimento dell'autonomia dal punto di vista organizzativo, e questo risulta piuttosto evidente nell'analisi dei modelli in relazione alla variabile «collocazione territoriale». Importante segnalare che, riconosciuto il ruolo normativo e di indirizzo della Regione, la componente discriminante è il contesto aziendale di riferimento: afferma valori e aspettative che la professione stessa porta con sé. Quasi si fa riferimento, da una parte, alla cultura propria dell'organizzazione e, dall'altra parte, a come tale organizzazione abbia fatto crescere, in termini di competenze professionali e manageriali, le persone che ne fanno parte;

– i percorsi della professione realizzati nell'ambito delle aziende sanitarie sono molto legati al contesto organizzativo e alle caratteristiche personali delle persone che in esso operano. Una condizione che parrebbe molto significativa e che merita di essere messa come *focus* in una prossima ricerca è il ruolo della *leadership*. Sembra emergere che l'aspetto per cui l'evoluzione dei sistemi infermieristici è collegabile al ruolo del management infermieristico e alla sua capacità non solo di proporre soluzioni tecniche apprezzabili, ma anche di sviluppare un consenso sul proprio operato. Se questa ipotesi fosse confermata, si potrebbero proporre espliciti criteri di selezione del management infermieristico, che sarebbero elementi determinanti per ottenere risultati positivi. È, infatti, molto difficile rilevare elementi trasversali che accomunano le esperienze se non la capacità delle persone, che hanno realizza-

to il cambiamento e l'evoluzione organizzativa, di mettersi in gioco, accogliere quella che è ancora vissuta come una sfida e portare un proprio contributo alla crescita e all'autonomia delle professioni sanitarie. Si potrebbe supporre che, in queste realtà, le variabili organizzative abbiano dato la possibilità alle variabili individuali di emergere, affermarsi e incidere sul comportamento organizzativo, a fronte di altre realtà che non hanno lasciato tale spazio di autonomia di azione. I professionisti in questo vanno aiutati e sostenuti, anche attraverso la condivisione di un linguaggio organizzativo che ancora risulta non del tutto diffusa. Dalla ricerca emerge, infatti, una forte difficoltà a condividere uno stesso linguaggio organizzativo,<sup>14</sup> anche in conseguenza della distanza esistente tra il modello formale, descritto nei documenti ufficiali, e il modello reale, o comunque percepito. Questo porta come conseguenza la mancanza di chiarezza, soprattutto in riferimento alle relazioni organizzative (linee gerarchiche e rapporti funzionali) e alle responsabilità e, quindi, un'ambiguità nella comprensione e, in ultima analisi, nella descrizione del modello organizzativo.

Questa ricerca ha offerto, inoltre, l'opportunità di far emergere le esperienze innovative dal punto di vista dell'evoluzione del ruolo e della responsabilità. Alcune di queste realtà (**tabella 6**) sono state oggetto di studio e di approfondimento. La caratteristica principale di tali esperienze è da ricondurre all'aspetto dell'innovazione, intesa come attribuzione alla professione infermieristica di ruoli tipicamente ricoperti da altri profili professionali, in particolare medici, e come implementazione di modelli assistenziali tipicamente sperimentati in altri contesti internazionali.

## Note

1. Il dato è tratto dall'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, anno 2006. I dati si riferiscono al personale dipendente del Ssn e delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (ovvero policlinici universitari, ospedali classificati, Irccs, ecc.).
2. L'evoluzione delle professioni assistenziali non ha riguardato solamente le professioni infermieristiche, ma tutte le professioni sanitarie non mediche. Tutte queste professioni hanno visto riconosce l'autonomia alla professione.
3. La ricerca è stata condotta nell'ambito di un gruppo di lavoro, coordinato da Antonello Zangrandi, costi-

**Tabella 6**

Alcune esperienze significative dal punto di vista della responsabilità organizzativa oggetto di approfondimento e studio

Direttore tecnico-assistenziale come terzo componente della Direzione strategica <b>Asl Alto Adige</b>	Questa esperienza ha come elemento centrale l'inclusione del Direttore tecnico assistenziale nella Direzione strategica aziendale, a partire dall'approvazione della Legge provinciale 9 del 2006 che ha istituito l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.
Dipartimento delle Professioni sanitarie <b>Asl Empoli</b>	Il riconoscimento dell'esistenza di due linee di produzione dei servizi sanitari, quella clinica e quella assistenziale, è l'elemento centrale di questa esperienza. Come conseguenza, il Dipartimento delle Professioni sanitarie è una struttura gestionale dotata di propria autonomia organizzativa in particolare nella gestione delle risorse umane, nella gestione del <i>budget</i> e nella definizione dei criteri di sviluppo della carriera. Il modello organizzativo vede l'articolazione del Dipartimento in undici unità operative, dirette da dirigenti sanitari appartenenti alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie.
Coordinamento infermieristico del Dipartimento chirurgico - enfasi sulla <i>week surgery</i> <b>Asl Biella</b>	L'aspetto caratterizzante di questa esperienza riguarda la realizzazione della <i>week surgery</i> nell'ambito di un progetto di riorganizzazione del Dipartimento chirurgico, molto più ampio, che prevede il superamento del modello basato sull'autonomia del reparto verso la realizzazione di strutture di «supporto» all'attività di ricovero trasversali per il dipartimento, in cui la responsabilità è attribuita ad un coordinatore infermieristico. Questa evoluzione organizzativa ha riguardato l'attività di pre-ricovero, l'attività ambulatoriale e di ricovero con degenza inferiore ai tre giorni.
Coordinamento infermieristico del blocco operatorio con responsabilità di <i>budget</i> <b>AO S. Salvatore (Pu)</b>	Questa esperienza è stata implementata nel 2000 sotto forma di sperimentazione. L'aspetto caratterizzante riguarda l'attribuzione della responsabilità del governo di un'articolazione aziendale strategica e complessa, come il blocco operatorio, ad un infermiere coordinatore, con il conseguente spostamento dell'enfasi dall'aspetto clinico a quello clinico-assistenziale-organizzativo.
<i>Case Management</i> (disabilità e lungodegenza) <b>Asl Piacenza</b>	Elemento centrale di questa esperienza è l'implementazione diffusa del modello organizzativo/gestionale del <i>case management</i> . Tale modello è stato implementato in riferimento a vari percorsi assistenziali (percorso senologico e della lungo degenza, pazienti con gravi lesioni cerebrali) oltre che alla gestione dei presidi e degli ausili. In questo modello la responsabilità per la presa in carico del paziente e la gestione delle risorse è attribuita a personale del ruolo sanitario addetto all'assistenza con particolare riferimento all'infermiere.
Infermiere di ricerca ( <i>Research Nurse</i> ) <b>Istituto ortopedico Rizzoli (Bo)</b>	Esperienza caratterizzata dall'istituzione dell'infermiere di ricerca ( <i>Research Nurse</i> ) e dalla creazione di un nucleo operativo di esperti che si configura come una rete articolata in diversi punti dell'organizzazione e che costituiscono il centro di ricerca del servizio assistenziale.

tuito da Mario Faini, Veronica Scardigli, Paolo Berta (per la parte di analisi statistica). Il gruppo di lavoro si è avvalso inoltre dell'apporto di Claudia Secondi e di Mariangela Marranzano, tirocinante dell'Università degli Studi di Parma.

- Il questionario è stato costruito *ad hoc* per la presente ricerca, è stato validato all'interno di un gruppo di esperti ed è stato somministrato all'universo delle Aziende sanitarie pubbliche italiane (295 unità). Per un approfondimento degli aspetti metodologici si rimanda alla tabella 1.
- L'obiettivo della ricerca è di indagare i servizi infermieristici. In numerose realtà, tale parte dell'organizzazione è responsabile anche per altre professioni sanitarie quali tecnici sanitari, dietiste ostetriche, ecc. Quindi, alcune riflessioni possono anche essere estese alle altre professioni, verso le quali è ravvisabile un «effetto traino» della componente infermieristica. Ma, nonostante questo, preme sottolineare che

la ricerca ha come oggetto di studio la componente infermieristica.

- Nel caso dell'Asl di Belluno e nel caso dell'Asl di Cosenza, non esistendo un unico servizio infermieristico aziendale, il questionario è stato compilato in riferimento ai presidi ospedalieri (3 presidi e 2 presidi), mentre nel caso dell'Asl e dell'Ao di Padova, poiché il servizio infermieristico è interaziendale, è stato compilato un solo questionario in riferimento a due aziende sanitarie.
- Sono definiti modelli in quanto sono il risultato dell'applicazione del metodo induttivo, attraverso l'analisi delle relazioni organizzative e dell'evoluzione delle funzioni.
- Al fine dell'analisi dei servizi infermieristici sulla base dell'attribuzione delle funzioni, sono state elaborate le informazioni desunte dalla domanda 8 del questionario. Si rimanda a § 3.3. per un approfondimento. Sono state ricondotte alla definizione di fun-

- zioni tradizionali quelle riconducibili all'area della gestione del personale, ad eccezione delle assunzioni, oltre alla gestione dei progetti di miglioramento continuo, la formazione, la certificazione e accreditamento, la valutazione della qualità e l'organizzazione e progettazione. Sono state ricondotte alla definizione di funzioni innovative le restanti funzioni riconducibili all'area di supporto della direzione aziendale (controllo di gestione e programmazione, definizione della strategia, gestione del *budget*, attività di ricerca) e le assunzioni. I criteri utilizzati per distinguere il numero di funzioni attribuite, poche o tante, sono i seguenti:
- per le funzioni tradizionali, la soglia è stata considerata in riferimento al 50esimo percentile, corrispondente a 6 funzioni su 9, in quanto il 50% dei servizi infermieristici svolge 6 funzioni tradizionali;
  - per le funzioni innovative, la soglia è stata considerata con lo stesso criterio corrispondente a 2 funzioni su 5.
9. Al fine dell'analisi dell'evoluzione delle relazioni organizzative, sono state elaborate le informazioni desunte dalle domande 4 e 7 della parte I (responsabile del servizio infermieristico) e dalle domande 3, 4, 5 e 7 della parte II (compilata da ciascun infermiere che ricopre un ruolo di responsabilità complessa). Si rimanda a § 3.2. per un approfondimento.
  10. Questi dati non includono il responsabile del servizio.
  11. La formazione è la funzione oggetto di un maggiore livello di decentramento organizzativo e di maggiore attribuzione a ulteriori ruoli di responsabilità complessa; ne sono stati mappati 79 che, in riferimento ai soli ruoli funzionali, hanno un peso del 34%, mentre in riferimento al totale dei ruoli mappati hanno un peso del 6%.
  12. La qualità, ricerca e accreditamento è la seconda funzione maggiormente diffusa a livello decentrato: sono rintracciabili 50 ruoli corrispondenti al 22% rispetto ai ruoli di supporto funzionale e al 4% sul totale dei ruoli di R.C.
  13. Un ulteriore elemento di conclusione concerne l'evidente differenziazione territoriale nel tasso di risposta al questionario, infatti le aziende sanitarie del sud sono decisamente poco rappresentate nella ricerca (le aziende site al nord hanno una rappresentatività del 67% a fronte di quelle al sud che hanno una rappresentatività del 33%) e questo anche in conseguenza del fatto che, in quel contesto territoriale, esistono realtà organizzative in cui il servizio infermieristico non è strutturato. Questi modelli, se fossero rientrati nella ricerca, probabilmente sarebbero stati ricondotti ai modelli di strutture organizzative storiche.
  14. Questo aspetto che ha rappresentato una forte criticità è stato superato con un'azione di supporto rivolta ai responsabili aziendali come sintetizzato nella tabella 1.

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

- ANCONA F., ALESANI D. (2005), «La sostenibilità dei sistemi sanitari: incognite e prospettive dallo studio Health», *Mecosan*, 14(56), pp. 49-63.
- BRUGNOLLI A. *et al.* (2006), «Dotazione di personale e qualità delle cure», *Assistenza infermieristica e ricerca*, 25(1), pp. 51-55.
- CALAMANDREI C., ORLANDI C. (2002), *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, McGraw-Hill, Milano.
- JQUES E. (1981), *Il servizio sanitario Il modello inglese come guida per la riforma sanitaria in Italia*, Etas libri, Milano.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di Ricerca in Economia Aziendale*, Egea, Milano.
- PONTELLO G. (2004), *Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000*, Masson, Milano.
- VACCANI R., DAL PONTE A., ONDOLI C. (1998), *Gli strumenti del management sanitario. Caposala, personale infermieristico e necessità gestionali*, Carocci editore, Roma.
- SILVESTRO A. (2007), «La mappa di un percorso, Relazione introduttiva», Prima conferenza nazionale Le politiche della professione infermieristica, 14/16 marzo 2007, Roma.

## Allegato

### Questionario sulle caratteristiche delle strutture organizzative dirette da infermieri con elevate responsabilità gestionali e funzionali

a cura degli Autori

#### PARTE I

La parte I del questionario si riferisce all'organizzazione sanitaria nel suo complesso, deve essere pertanto compilata a cura del Dirigente aziendale/Responsabile aziendale della struttura organizzativa infermieristica, o comunque dal referente aziendale individuato dal collegio Ipasvi provinciale.

<b>Profilo del referente aziendale</b>
--

#### 1. Anno di nascita

- \_\_\_\_\_

#### 2. Sesso

- M
- F

#### 3. Anzianità di servizio

- Fino a 5 anni
- Da 6 a 10 anni
- Da 11 a 20 anni
- Da 21 a 30 anni
- Oltre 31 anni

#### 4. Anzianità di servizio nel luogo (struttura/organizzazione/azienda sanitaria) in cui lavori attualmente

- Da 0 a 2 anni
- Da 3 a 5 anni
- Da 6 a 10 anni
- Oltre gli 11

#### 5. Quante volte hai cambiato organizzazione (azienda sanitaria) nell'arco della tua attività professionale?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Più di 5 volte

#### 6. Da quanto tempo ricopri la presente posizione di responsabilità nella tua carriera lavorativa?

- Da 0 a 2 anni
- Da 3 a 5 anni
- Da 6 a 10 anni
- Oltre gli 11

#### 7. Indica il percorso formativo e l'anno di conseguimento del titolo

- Laurea/Diploma triennale in infermieristica conseguita nel \_\_\_\_\_
- Laurea specialistica in scienze infermieristiche conseguita nel \_\_\_\_\_
- Master di coordinamento/AFD conseguita nel \_\_\_\_\_
- Altro, specificare (es: master, specializzazione) \_\_\_\_\_  
anno conseguimento altro titolo \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_  
anno conseguimento altro titolo \_\_\_\_\_

**Professione e organizzazione**

**8. Quali sono le maggiori criticità organizzative in termini di rilevanza che ti capita di riscontrare nella tua attività manageriale (1=criticità non rilevante, 10=criticità molto rilevante)**

8.A. Lo scarso livello di coinvolgimento nel processo decisionale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.B. Il problema dei costi dei materiali sanitari/ presidi/farmaci ecc.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.C. Gli scarsi livelli di collaborazione con il personale medico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.D. Gli scarsi livelli di autonomia realmente concessi dall'organizzazione

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. E. La carenza numerica del personale infermieristico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.F. La carenza numerica di altre professionalità sanitarie

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.G. La carenza numerica di Operatori socio sanitari (Oss)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.H. La scarsa organizzazione del lavoro quotidiano

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.I. La scarsa capacità manageriale della direzione aziendale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.L. La difficoltà di collaborazione con colleghi di altre unità organizzative

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.M. I problemi logistici dell'organizzazione

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.N. La scarsa adeguatezza della dotazione tecnologica dell'organizzazione

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.O. Il basso livello di professionalità del personale medico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.P. I bassi livelli di professionalità del personale infermieristico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.Q. L'elevato turn over del personale infermieristico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.R. La scarsa soddisfazione del personale infermieristico

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**9. Qual è la rilevanza dei contenuti della direzione della tua unità organizzativa (direzione infermieristica) ?(1=poca rilevanza; 10=molta rilevanza)**

9.A. Il rapporto con la direzione aziendale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.B. Il rapporto con i colleghi di altre unità organizzative

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.C. L'orientamento al contenimento dei propri costi di produzione

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.D. L'orientamento al contenimento dei costi di produzione di altre unità organizzative

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.E. L'orientamento alla produzione di maggiori quantità di prestazioni

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.F. La valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.G. La valutazione delle performance del personale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.H. Le organizzazioni esterne all'ospedale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.I. La ricerca di fondi aggiuntivi

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.L. I rapporti politici sia locali che regionali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.M. L'innovazione scientifica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. N. La motivazione del personale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.O. La ricerca

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.P. La gestione di progetti speciali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**10. Quali sono gli aspetti rilevanti della responsabilità organizzativa che ricopri?  
(1=poco rilevante; 10= molto rilevante)**

10.A. La competenza tecnico professionale

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.B. La leadership

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.C. L'articolazione del percorso di carriera\*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.D. I percorsi formativi molto qualificati, ad esempio master

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.E. L'anzianità di servizio

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.F. La capacità e la conoscenza di strumenti manageriali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

\* Si intende con articolato un percorso che ha permesso all'intervistato di conoscere i molteplici aspetti professionali e manageriali dell'attività che svolge.

**11. Quanto è importante l'utilizzo dei seguenti meccanismi di coordinamento all'interno della tua attività manageriale? (1=poco importante ; 10= molto importante)**

11.A. I contatti diretti informali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.B. Le norme, le regole, le procedure

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.C. Il ricorso al superiore diretto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.D. Le riunioni ad hoc

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.E. Le riunioni periodiche

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.F. I gruppi di lavoro/task force

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.G. I comitati permanenti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**12. Tra l'elenco sotto riportato qual è il meccanismo di coordinamento più efficace?**

- 12.A. I contatti diretti informali
- 12.B. Le norme regole procedure
- 12.C. Il ricorso al superiore diretto
- 12.D. Le riunioni ad hoc
- 12.E. Le riunioni periodiche
- 12.F. I gruppi di lavoro/task force
- 12.G. I comitati permanenti

### La struttura organizzativa

**13. Indica la denominazione della tua struttura organizzativa**

### I rapporti gerarchici

**14. Indica da chi dipende gerarchicamente la tua struttura organizzativa (rapporto gerarchico ascendente)**

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore di Presidio
- Direttore di Dipartimento clinico
- Direttore di Dipartimento servizi sanitari
- Direttore del Personale
- Direttore del Distretto
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**15. Indica per profilo professionale il numero di personale che dipende gerarchicamente dalla tua struttura organizzativa (numero di persone che hanno un rapporto di tipo gerarchico – 1° livello gerarchico - con la struttura organizzativa)\***

- Numero infermieri (anche inf. generici e ostetriche) \_\_\_\_\_
- Numero altri sanitari (ass, ata, asa, ausiliario ecc.) \_\_\_\_\_
- Numero amministrativi \_\_\_\_\_
- Numero tecnici (di laboratorio, radiologia, riabilitazione etc.) \_\_\_\_\_
- Numero altro personale \_\_\_\_\_

\* Le persone che si rivolgono al responsabile della struttura organizzativa per la divisione del lavoro e la gestione del tempo (ferie)

### I rapporti funzionali

**16. Indica le parti dell'organizzazione con cui la struttura organizzativa ha un rapporto di coordinamento (rapporto funzionale)**

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore di Presidio/i
- Direttore Dipartimento clinico
- Direttore Dipartimento servizi sanitari
- Responsabile del Personale
- Responsabile della Ragioneria
- Responsabile del Controllo di gestione
- Responsabile della Qualità
- Responsabile del Distretto/i
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**17. Indica - tra quelle dell'elenco precedente – le 3 parti dell'organizzazione con cui la struttura organizzativa ha un rapporto di coordinamento più frequente**

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore di Presidio/i
- Responsabile di Dipartimento clinico
- Responsabile di Dipartimento servizi sanitari
- Responsabile del Personale
- Responsabile della Ragioneria
- Responsabile del Controllo di gestione
- Responsabile della Qualità
- Responsabile del Distretto/i
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**18. Indica per profilo professionale il numero di personale coordinato dalla tua struttura organizzativa (numero di persone che hanno un rapporto di tipo funzionale con la struttura organizzativa)**

- Numero infermieri (anche inf. generici e ostetriche) \_\_\_\_\_
- Numero altri sanitari (ass, ata, asa, ausiliario etc) \_\_\_\_\_
- Numero amministrativi \_\_\_\_\_
- Numero tecnici (di laboratorio, radiologia, riabilitazione etc.) \_\_\_\_\_
- Numero altro personale (Medici) \_\_\_\_\_

### Le funzioni e le responsabilità

**19. Indicare in riferimento alle seguenti aree le funzioni che svolge la tua struttura organizzativa**

**19.A AREA Personale**

- Assunzioni
- Valutazioni
- Programmazione
- Gestione (attività operative)
- Definizione del fabbisogno formativo

**19.B. AREA Attività operativa**

- Servizio infermieristico per l'intera azienda
- Servizio infermieristico per l'intero ospedale
- Servizio infermieristico per un dipartimento
- Servizio territoriale
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**19.C. AREA Supporto alla direzione aziendale**

- Gestione di progetti di miglioramento continuo
- Certificazione/accreditamento dei servizi
- Valutazione della qualità
- Formazione
- Controllo di gestione e programmazione
- Organizzazione e progettazione
- Definizione strategia
- Gestione del budget
- Attività di ricerca

**19.D. AREA Gestione di progetti speciali**

- Progetto speciale, specificare \_\_\_\_\_
- Progetto speciale, specificare \_\_\_\_\_
- Progetto speciale, specificare \_\_\_\_\_

**19.E. ALTRO**

- Specificare \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**20. Indica la scala di prevalenza (da 1 più prevalente – 3 meno prevalente) della responsabilità connessa alla direzione della struttura organizzativa****20.A.** Responsabilità sulle persone e sullo sviluppo professionale delle stesse

- prevalenza 1
- prevalenza 2
- prevalenza 3

**20.B.** Responsabilità sul servizio erogato (qualità e costi del servizio)

- prevalenza 1
- prevalenza 2
- prevalenza 3

**20.C.** Responsabilità sulla specifica competenza professionale (responsabilità soprattutto tecnica)

- prevalenza 1
- prevalenza 2
- prevalenza 3

**21. Quante sono nella tua organizzazione (Azienda sanitaria) le strutture organizzative al cui interno è presente un infermiere che ricopre un ruolo di responsabilità complessa, gestionale e/o funzionale (ovvero superiore alla responsabilità di caposala, ad esempio responsabile infermieristico di dipartimento, responsabile funzionale, area qualità, ricerca, formazione, etc.)?**

\_\_\_\_\_

Per ciascuna struttura organizzativa, al cui interno un infermiere ricopre un ruolo di responsabilità complessa, dovrai compilare la Parte II del questionario.

**PARTE II**

Questa parte deve essere compilata dal referente aziendale facendo riferimento a ciascuna struttura organizzativa al cui interno è presente un infermiere che ricopre un ruolo di responsabilità complessa.

<b>La struttura organizzativa</b>
-----------------------------------

**1. Riconduci la struttura organizzativa ad una tra quelle contenute nell'elenco**

- Dipartimento a prevalenza medica
- Dipartimento a prevalenza chirurgica
- Dipartimento diagnostico
- Dipartimento emergenza/urgenza

- Dipartimento psichiatrico
- Dipartimento materno infantile
- Ufficio/servizio aziendale per la formazione infermieristica
- Ufficio/servizio aziendale per la qualità
- Distretto
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**2. Indica la denominazione della struttura organizzativa**

\_\_\_\_\_

<b>I rapporti gerarchici</b>
------------------------------

**3. Indica da chi dipende gerarchicamente la struttura organizzativa (rapporto gerarchico ascendente)**

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore di Presidio
- Direttore di Dipartimento clinico
- Direttore di Dipartimento servizi sanitari (es: Dipartimento diagnostico)
- Direttore del Personale
- Direttore del Distretto
- Servizio Infermieristico Aziendale
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**4. Indica per profilo professionale il numero di personale che dipende gerarchicamente dalla struttura organizzativa (numero di persone che hanno un rapporto di tipo gerarchico –con la struttura organizzativa, nel caso del responsabile di presidio, indicare solo il 1° livello gerarchico (responsabili di dipartimento), nel caso dei Responsabili assistenziali di dipartimento, nel numero infermieri indicare le caposala e gli altri infermieri)\***

- Numero infermieri (anche inf. generici e ostetriche) \_\_\_\_\_
- Numero altri sanitari (ass, ata, asa, ausiliario etc) \_\_\_\_\_
- Numero amministrativi \_\_\_\_\_
- Numero tecnici (di laboratorio, radiologia, riabilitazione etc.) \_\_\_\_\_
- Numero altro personale \_\_\_\_\_

\* Le persone che si rivolgono al responsabile della struttura organizzativa per la divisione del lavoro e la gestione del tempo (ferie)

<b>I rapporti funzionali</b>
------------------------------

**5. Indica le parti dell'organizzazione con cui la struttura organizzativa ha un rapporto di coordinamento (rapporto funzionale)**

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore di Presidio/i
- Responsabile di Dipartimento clinico
- Responsabile di Dipartimento servizi sanitari
- Responsabile del Personale
- Responsabile della Ragioneria
- Responsabile del Controllo di gestione
- Responsabile della Qualità
- Responsabile del Distretto/i
- Servizio infermieristico aziendale
- Altro, specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**6. Indica - tra quelle dell'elenco precedente – le 3 parti dell'organizzazione con cui la struttura organizzativa ha un rapporto di coordinamento più frequente**

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore di Presidio/i
- Responsabile di Dipartimento clinico
- Responsabile di Dipartimento servizi sanitari
- Responsabile del Personale
- Responsabile della Ragioneria
- Responsabile del Controllo di gestione
- Responsabile della Qualità
- Responsabile del Distretto/i
- Servizio infermieristico aziendale
- Altro, specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_
- Altro, specificare \_\_\_\_\_

**7. Indica per profilo professionale il numero di personale coordinato dalla struttura organizzativa (numero di persone che hanno un rapporto di tipo funzionale con la struttura organizzativa)**

- Numero infermieri (anche inf. generici e ostetriche) \_\_\_\_\_
- Numero altri sanitari (ass, ata, asa, ausiliario etc) \_\_\_\_\_
- Numero amministrativi \_\_\_\_\_
- Numero tecnici (di laboratorio, radiologia, riabilitazione etc.) \_\_\_\_\_
- Numero altro personale (Medici) \_\_\_\_\_

**Le funzioni e le responsabilità della struttura organizzativa**

**8. Indicare in riferimento alle seguenti aree le funzioni che svolge la struttura organizzativa (anche più scelte)**

**8.A AREA Personale**

- Assunzioni
- Valutazioni
- Programmazione
- Gestione (attività operative)
- Definizione del fabbisogno formativo

**8.B. AREA Attività operativa**

- Servizio infermieristico per l'intero ospedale
- Servizio infermieristico per un dipartimento
- Servizio territoriale
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**8.C. AREA Supporto alla direzione aziendale**

- Gestione di progetti di miglioramento continuo
- Certificazione/accreditamento dei servizi
- Valutazione della qualità
- Formazione
- Controllo di gestione e programmazione
- Organizzazione e progettazione
- Definizione strategia
- Gestione del budget
- Attività di ricerca

**8.D. AREA Gestione di progetti speciali**

- Progetto speciale \_\_\_\_\_
- Progetto speciale \_\_\_\_\_
- Progetto speciale \_\_\_\_\_

**8.E. ALTRO**

- Specificare \_\_\_\_\_

**9. Indica la scala di prevalenza (da 1 più prevalente – 3 meno prevalente) della responsabilità connessa alla direzione della struttura organizzativa**

- 9.A.** Responsabilità sulle persone e sullo sviluppo professionale delle stesse
  - prevalenza 1
  - prevalenza 2
  - prevalenza 3
- 9.B.** Responsabilità sul servizio erogato (qualità e costi del servizio)
  - prevalenza 1
  - prevalenza 2
  - prevalenza 3
- 9.C.** Responsabilità sulla specifica competenza professionale (responsabilità soprattutto tecnica)
  - prevalenza 1
  - prevalenza 2
  - prevalenza 3

**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**.

# Sviluppi ed evidenze sugli assetti di governance, il finanziamento e l'equità del sistema sanitario messicano

ARMANDO ARREDONDO, EMANUEL OROZCO, ALESSANDRA SUSI

*Greater equity, improved governance and greater financial protection in health are the main axis directing the reform projects in most countries, particularly in Latin America. Three Mexican states were selected as study populations and an evaluative research was conducted during 2004-2006. The data collection techniques were based on in-depth interviews with key personnel (providers, users and community leaders), consensus technique and document analysis. The Mexican health system reform has not modified dependence at the central level; health strategies for equity, governance and financing do not have adequate mechanisms to promote participation from all social actors. Improving this situation is a very important goal in the Mexican health democratization process, in the context of health care reform.*

Keywords: governance, equity, financing in health, less developed countries

Parole chiave: governance, equità, finanziamento della sanità, paesi a medio reddito

## Note sugli autori

Armando Arredondo è professore e ricercatore senior di Politica e sistemi sanitari, presso l'Istituto Nazionale della Sanità Pubblica - Università Autonoma degli Studi di Yucatan. Messico

Emanuel Orozco è ricercatore associato in Analisi qualitativa dei sistemi sanitari e presso l'Istituto Nazionale della Sanità Pubblica, presso l'Universidad Autónoma Metropolitana in Messico

Alessandra Susi è ricercatrice CERGAS - Bocconi

## 1. Introduzione

I recenti cambiamenti nelle politiche sanitarie, contestualmente alla nuova politica economica del Messico, hanno portato ad aggiustamenti nel sistema nuovo sanitario grazie alla Riforma del settore sanitario (SSA, 2008). Il progetto di riforma si pone l'obiettivo di consolidare il sistema sanitario nazionale, individuando così alternative di assistenza sanitaria per l'intera popolazione e tenendo in considerazione sia i livelli di reddito che la domanda di salute. C'è poi un interesse particolare nel garantire che coloro che hanno bisogno di servizi non vengano marginalizzati dal sistema e che ricevano almeno la copertura sanitaria garantita nonché un accesso equo e di qualità all'assistenza sanitaria (Frenk, 2005a).

Il nodo centrale della riforma è rappresentato dalla decentralizzazione, cui sono state accompagnate linee guida in tema di equità, assetti di *governance* e sistemi di finanziamento. Politiche per l'equità, la *governance* ed il finanziamento sono state definite in vista di un obiettivo: esplorare nuovi meccanismi di finanziamento nonché individuare attori sociali che generino alternative finanziarie grazie alla disponibilità di risorse locali per l'erogazione di servizi sanitari (SSA, 2007). È stata fatta una proposta per creare nuovi meccanismi di partecipazione sociale e nuove strategie politiche e di management finanziario che generino maggiore autonomia nella creazione e nel finanziamento di servizi sia a livello locale che statale (Recamán, Arredondo, 2006).

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Risultati sul finanziamento della sanità
3. Risultati relativi all'equità in salute
4. Risultati in materia di *governance* in sanità
5. Risultati dell'analisi di regressione
6. Discussione e conclusioni

In questo contesto, il principale obiettivo di questo articolo è quello di identificare i diversi attori sociali e un *set* di indicatori finalizzati a valutare gli effetti dei cambiamenti nell'equità, nella *governance* e nel finanziamento della sanità a livello nazionale, statale e municipale.

In particolare, si intende dare risposta alle seguenti domande:

– Quali indicatori economici e di equità ci permettono di analizzare gli effetti dei cambiamenti sulle politiche finanziarie dopo la decentralizzazione della sanità in Messico?

– Qual è stato il ruolo dei diversi attori sociali nel sistema sanitario riguardo ai cambiamenti nel finanziamento e nell'equità dopo la decentralizzazione?

– Quali sono stati i risultati in termini di *governance*?

### 1.1. Considerazioni concettuali

Prima di addentrarci nell'analisi, sembra opportuno chiarire i quattro concetti intorno ai quali il lavoro si sviluppa: decentralizzazione, finanziamento, equità e *governance*.

*Decentralizzazione.* La decentralizzazione integra azioni di disaggregazione, delega e devoluzione delle funzioni del sistema sanitario, dal sistema federale a quello statale ed è usata ancora come strategia per l'implementazione dei cambiamenti nel finanziamento e nella produzione di servizi sanitari (O'donnell, Schmitter, 1991; Arredondo, 2008).

*Finanziamento.* Rappresenta in maniera descrittiva l'origine, l'ammontare e il flusso delle risorse finanziarie, dei fondi, l'ammontare di fondi per tipo di finanziatore, i meccanismi di allocazione delle risorse e la destinazione finale delle risorse (Recamán, Arredondo, 2006; Contandriopoulos *et al.*, 2000).

*Equità.* L'equità nell'allocatione di risorse sanitarie è da interpretare come una funzione di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute della popolazione in relazione al suo potere d'acquisto (Franco *et al.*, 2005; Bobadilla, 1998). È l'assenza di disuguaglianze tra i diversi gruppi sociali (Méndez, 2000). Una disuguaglianza in sanità è definita come tale quando è strettamente associata a strutture sociali parziali che ten-

dono a lasciare i maggiori rischi di salute ai gruppi svantaggiati della società. Sono stati usati nella nostra analisi indicatori qualitativi per l'allocatione delle risorse finanziarie e indicatori quantitativi per la spesa sanitaria, come la corresponsabilità finanziaria e indici di disuguaglianza in sanità. (Braveman, Gruskin, 2003; Arredondo, Nájera, 2005).

*Governance.* Si riferisce allo studio degli assetti che spiegano le interazioni tra attori, le dinamiche dei processi e la definizione di regole, formali ed informali, con le quali una società prende delle decisioni e le implementa nella sfera sanitaria, tenendo in considerazione il legame tra salute e democrazia. Tutti i sistemi sanitari riflettono un particolare assetto di accordi politici e sociali tra i suddetti attori, in particolar modo tra Stato e società. Progettare e realizzare strategie di successo per le politiche sanitarie richiederà un ampio consenso tra tutti gli attori politici (Arredondo, 2007).

### 1.2. Considerazioni Metodologiche

Il presente lavoro di ricerca è stato condotto tramite uno studio longitudinale orientato all'analisi di indicatori in grado di cogliere le caratteristiche del sistema di finanziamento, degli assetti di *governance* e dell'equità per la popolazione non assicurata.

La popolazione oggetto di studio include sette Stati messicani selezionati secondo i seguenti criteri:

- 1) differente sviluppo socio-economico, stabilito dall'indice di marginalizzazione;
- 2) attuazione di strategie di riforma sanitaria, con cambiamenti nelle politiche finanziarie per i servizi sanitari;
- 3) esistenza di un *database* con informazioni economiche;
- 4) capacità tecniche nelle politiche di finanziamento in sanità e in decentralizzazione, come pure la gestione di certi indicatori finanziari per supportare la raccolta dei dati e collaborare con il gruppo di ricerca in maniera interdisciplinare;
- 5) impegno tecnico e politico nell'usufruire dei risultati dello studio.

A questo fine, i gruppi di lavoro degli Stati hanno avuto un coinvolgimento per lo più alto, sebbene la partecipazione allo studio

Regione	Indicatore di marginalizzazione (*)	Indicatore di assicurazione pubblica (*)	Scarto epidemiologico (*)	Popolazione indigena (*)
A	Alto	Basso	Alto	Alta
B	Medio	Medio	Medio	Media
C	Basso	Alto	Basso	Bassa

**Tabella 1**  
Caratteristiche degli stati selezionati

Fonte: Consejo Nacional de Población-INEGI-2000-2005. SSA, Anuarios Estadísticos sobre daños a la salud, 1998-2005. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la Rendición de Cuentas, México, 2006

fosse limitata dai cambiamenti nel governo e nell'amministrazione.

Gli Stati selezionati sono situati nel sud, centro e nord del Messico e i loro nomi sono stati omessi al fine di garantire l'anonimato delle fonti. Ai fini dello studio è stata realizzata un'ulteriore regionalizzazione sulla base delle caratteristiche di ogni Stato, tenendo in considerazione i seguenti criteri: reddito *pro capite*, indice di marginalizzazione (livello di sviluppo a livello municipale usando indicatori quali acqua potabile, elettricità, tipo di nucleo familiare, condizioni di vita sovrappollate, analfabetismo, appartenenza all'economia «formale», reddito annuale medio, indice di corresponsabilità finanziaria (determinato dal confronto tra contributi statali e federali) e il profilo epidemiologico (cioè lo scarto epidemiologico basato sui tassi di mortalità degli Stati). Alcune caratteristiche degli Stati selezionati sono riportate nella **tabella 1**. Gli Stati della regione A registrano una maggiore marginalizzazione, indici di assicurazione pubblica più bassi, come pure un maggiore scarto epidemiologico. Questi risultati contrastano con quelli delle regioni B e C, che riportano minori tassi di marginalizzazione, livelli più alti di assicurazione pubblica e un minore scarto epidemiologico.

Sono state svolte 240 interviste approfondite negli Stati selezionati, con il supporto di tre ricercatori esperti nella raccolta dei dati. Sono stati intervistati 60 *decision-maker*, incluso personale medico e amministrativo; 60 erogatori di servizi per i centri sanitari; 60 rappresentanti della società civile, inclusi i rappresentanti dei municipi, e infine 60 membri dei comitati di salute e fruitori dei servizi di cura primaria. Le informazioni sono state raccolte grazie a questionari semi-strutturati e grazie ad una guida tematica comprensiva di domande e richieste d'autorizzazione per il completamento del questionario e la raccolta dei dati.

Gli strumenti d'indagine sono stati progettati per quattro categorie di informatori: *decision-maker*, fornitori, utenti e leader di comunità o di Ong. Questi strumenti avevano domande aperte per ognuna delle dimensioni concettuali del progetto. Riguardo al finanziamento, è stato chiesto ai *decision-maker* e fornitori quali fossero le fonti di finanziamento legate alle politiche di riforma; con i fruitori di servizi e i leader di comunità abbiamo invece indagato i loro sforzi per la raccolta di fondi per il finanziamento del sistema sanitario statale. Per quanto riguarda l'equità, è stato chiesto agli informatori legati al sistema di finanziamento quale fosse l'applicazione dei criteri di distribuzione per l'allocazione delle risorse; in particolare con gli utenti e i leader di comunità abbiamo indagato le spese private e le esperienze di copertura finanziaria. Infine, si è studiato il sistema di *governance* con tutti i gruppi di informatori, chiedendo loro dei processi, dei ruoli e dei meccanismi di partecipazione per l'assistenza sanitaria, come pure delle forme di *accountability* a livello locale.

Le interviste sono state trascritte ed esaminate usando il *software* ATLAS-TI. Le informazioni così raccolte sono state analizzate con una segmentazione tematica e sono stati definiti 12 codici per le griglie d'intervista in base alle domande di ricerca. Una volta codificate le interviste, si è proceduto alla realizzazione dei sommari dei contenuti e si è sviluppata una scala di misurazione basata sul numero totale dei riferimenti ad ogni specifico tema, a seconda della variabile indagata e del tipo di informatore. Tali sommari si sono dimostrati fondamentali nella definizione dell'analisi dei punti di forza e di debolezza della riforma. Successivamente, con il *software* POLICY MAKER, si sono determinati i ruoli degli attori e i loro legami nell'esecuzione delle strategie per le politiche sanitarie.

Infine, con la tecnica Delphi, si è operata la validazione dei dati raccolti e dei risultati, e sono in ognuno degli Stati si sono svolti tre *workshop* con il personale chiave selezionato per la presentazione dei risultati e per la revisione dei documenti relativi alle politiche per l'equità, la *governance* e il finanziamento dopo la riforma della sanità.

## 2. Risultati sul finanziamento della sanità

### 2.1. *Trend*, livelli ed evidenze sulla spesa sanitaria

Per quanto riguarda i contributi federali in Messico, è risaputo che questi mantengono il loro peso relativo alto rispetto alla spesa totale (più del 90%); alla fine del periodo analizzato, il contributo finanziario del livello federale aumenta, contrariamente a quanto ci si sarebbe aspettato visti gli avanzamenti della decentralizzazione del sistema sanitario. Abbiamo rilevato, inoltre, che i contributi del livello statale mostrano un andamento irregolare con aumenti e diminuzioni nei contributi, a seconda dell'anno in analisi. Tuttavia si può comunque notare che nella prima parte del periodo d'osservazione c'è un *trend* in aumento, che si stabilizza durante la seconda parte del periodo.

Nella regione B, riguardo ai *trend* della spesa sanitaria e ai cambiamenti nella sua composizione per la popolazione senza assicurazione, si osserva una tendenza crescente con un notevole decremento nel 1995, ma con una rapida ripresa nel 1996; dal 2002 invece c'è stato un notevole aumento nella spesa sanitaria. Abbiamo poi notato che anche i contributi federali dal 1990 al 2002 mostrano un andamento irregolare. Durante la prima parte del periodo (1990-95), c'è un *trend* decrescente che, dal 1996, tende a seguire l'andamento del *peso*.

I risultati dei *trend* nella spesa sanitaria e nei cambiamenti della sua composizione, sono simili per le regioni A e B se ci si riferisce al tipo di contributo. Nella regione A il *trend* di spesa per la popolazione non assicurata è regolare, aumentando o rimanendo costante, senza cadute significative in nessuno degli anni del periodo di osservazione. In questo Stato, i contributi federali per il finanziamento della sanità sono relativamente alti e

mostrano degli andamenti irregolari. Infatti, mentre nel periodo iniziale il contributo federale rappresentava il 94,7% della spesa totale sanitaria, dal 1994 il livello di partecipazione è sceso all'87,9%, aumentando nuovamente alla fine del periodo di osservazione; nel 2002 questo tipo di contributi rappresentava di nuovo il 94,7% della spesa totale sanitaria.

I contributi a livello statale per la spesa sanitaria hanno, invece, subito profondi cambiamenti. Dal 1990 rappresentavano circa il 2,5% del totale, raggiungendo il picco nel 1994 con il 5,7%, per poi cadere al 3,1% nel 2002. È interessante vedere come non solo questo tipo di contributi siano irregolari nel tempo, ma anche come essi rivestano un peso relativamente inferiore rispetto alla spesa totale. Analogo andamento si riscontra per i contributi municipali. Questi, infatti, partono da un livello di contribuzione molto basso, nel 1999, che non solo non è rimasto costante nel tempo, ma è persino decresciuto, passando dallo 0,5% allo 0,2% rispetto alla spesa totale. Riguardo ai contributi delle famiglie nella spesa sanitaria nella regione A, similmente al resto dei contributi, si osserva *trend* piuttosto irregolari, con un 2,6% iniziale, che raggiunge un 6,9% a metà periodo, cadendo al 2% della spesa totale sanitaria alla fine del 2002.

I risultati relativi ai *trend* di finanziamento e alle variazioni nell'ammontare dei diversi contributi sono riportati nella **tabella 2**. Dei tre Stati presi in esame, la regione C è l'unico ove si registrino *trend* con aumenti costanti e un notevole peso nella spesa sanitaria totale. Riguardo alle variazioni dei contributi federali, osserviamo un *trend* decrescente per peso relativo di tali contributi; questo *trend* rimane costante dal primo all'ultimo anno del periodo in esame, passando dal 95,5% nel 1990 al 59% del 2002.

A differenza dei cambiamenti a livello federale, quelli nel contributo finanziario a livello statale nella regione C mostrano tendenze crescenti. Per il primo anno di studio, 1990, la partecipazione statale è stata pari all'1,5%, mostrando una crescente e costante tendenza fino a raggiungere il 28,7% della spesa sanitaria totale nel 2002. Anche il contributo finanziario per la sanità a livello municipale appare nel 1996 costante e in crescita dallo 0,5 all'1,6% alla fine del

periodo sul totale delle spese sanitarie. Per quanto riguarda il contributo delle famiglie per il finanziamento della sanità, similmente ai contributi statali e municipali, si osserva un'evoluzione costante e crescente dall'inizio alla fine del periodo di studio. In particolare, il contributo delle famiglie va dal 3,0% nel 1990 al 10,7% nel 2002.

## 2.2. Punti di forza nel finanziamento dei sistemi sanitari statali

Le informazioni sul finanziamento analizzate nelle interviste, suggeriscono che i principali punti di forza sono associati alla capacità di negoziazione, alla maggiore capacità di diversificazione per fonte di finanziamento e ad una maggiore flessibilità nei vincoli regolatori per l'allocazione/riallocazione delle risorse.

I punti di forza in materia di finanziamento hanno un peso maggiore quando riguardano la negoziazione, a partire dalle fonti di finanziamento federali fino a quelle statali, lo stesso vale per la presenza di strategie di riforma legate al Sistema di protezione sociale per la salute. Questa attività consiste nel definire nuovi schemi di ripartizione delle risorse e di finanziamento in funzione dei bisogni di salute. Gli Stati della regione C mostrano i migliori risultati confermandosi quelli con più forza in termini di finanziamento, mentre la regione B è quella con il più basso livello di forza in questo settore.

Alcuni punti di forza sono direttamente collegati alla capacità di *governance*, ovvero alla capacità di sviluppare processi con maggiore autonomia per stabilire la destinazione dei fondi, per rafforzare la negoziazione e per ottimizzare la spesa.

## 2.3. Punti di debolezza del finanziamento dei sistemi sanitari statali

I sistemi sanitari statali mostrano scarsa capacità negoziale associata alla dipendenza da alcuni fondi dei contributi federali, in particolare per quanto riguarda gli Stati appartenenti alle regioni A e B. Questa percezione è rafforzata da una decentralizzazione non ben consolidata e dai limitati contributi statali in quanto relativamente ridotti (**tabella 3**).

La diffusa dipendenza dal livello federale è la caratteristica più rilevante. Secondo gli

Punti di forza	Regione		
	A	B	C
Negoziazione delle fonti federali	++	+	++
Negoziazione delle fonti statali	++	-	+++
Diversificazione delle fonti	++	+	+++
Municipalizzazione dei servizi sanitari	-	-	++
Decentralizzazione consolidata	+	+	++
Combinazione dei fondi di finanziamento	+	+	++
Opinione positiva per il pagamento anticipato	++	+	++
Crescita basata sugli obiettivi dei programmi strategici	+	-	++
Introduzione di nuovi schemi e fonti di finanziamento	++	+	+++
Autonomia nella spesa	++	++	++
Ottimizzazione della spesa	+	+	++
Negoziazione comunitaria delle risorse	+	+	++
Capacità locale di negoziazione/ <i>fundraising</i>	+		++
Allocazione di risorse in funzione dei bisogni	+	+	++
Percezione che il finanziamento abbia ampliato la produzione di servizi	+	+	++
Opinione positiva per le tariffe di ricovero	++	++	+++

Alto = +++      Medio = ++      Basso = +      Nullo = -

studi condotti negli Stati della regione A e B, a questa mancanza si aggiunge la scarsa conoscenza delle modalità di raccolta di fondi e delle fonti di finanziamento e l'incerta destinazione delle tariffe di ricovero a seguito dell'introduzione dell'Assicurazione sanitaria popolare, nonché la persistenza di sistemi di contabilità che rendono più difficile la tracciabilità delle risorse e delle responsabilità collegate. Altri fattori di debolezza da segnalare nelle regioni A e B riguardano la mancanza di meccanismi atti a garantire un'efficiente ripartizione delle risorse da parte dello Stato per il sistema sanitario, fattori che provocano una ricentralizzazione amministrativa all'interno degli stessi Stati.

## 3. Risultati relativi all'equità in salute

### 3.1. Indicatori e tendenze nell'allocazione delle risorse

Per quanto riguarda la spesa pubblica in materia di sanità in punti percentuali del Pil, tutti gli Stati inclusi nell'analisi hanno registrato una spesa pubblica al di sopra della media nazionale, sebbene si possa osservare che gli Stati settentrionali assegnano meno risorse pubbliche alla sanità.

**Tabella 2**  
Punti di forza del sistema di finanziamento della sanità

Tabella 3

Punti di debolezza del sistema di finanziamento della sanità

Punti di debolezza	Regione		
	A	B	C
Dipendenza dal livello statale	++	+++	++
Ricentralizzazione amministrativa statale	++	+	++
Negoziazione carente per le risorse finanziarie	++	++	+
Conoscenza ridotta delle fonti e dei fondi di finanziamento	++	++	+
Visione strategica ridotta sui nuovi schemi e fonti di finanziamento federali	+	++	-
Destinazione incerta delle tariffe di ricovero nel SPS ( <i>Social Protection System</i> )	++	++	+
Sistemi di controllo che non consentono un agevole monitoraggio dei fondi	++	++	+
Difficoltà finanziarie dovute alla delega federale di responsabilità	+	++	+
Rigidità normative che limita i trasferimenti finanziari	+	+	-
Contributi statali limitati	+	++	+
Opinione negativa delle tariffe di ricovero	++	++	++

Alto = +++      Medio = ++      Basso = +      Nullo = -

Tabella 4

Punti di forza in equità

Punti di forza	Regione		
	A	B	C
Esistenza di indicatori di equità	-	+	++
Attuazione di strategie per l'ottimizzazione delle risorse	+	+	++
Criteri tecnici nell'allocazione delle risorse orientati a soddisfare i bisogni di salute	+	+	++
Allocazione di risorse per la crescita e l'operatività del sistema sanitario statale	++	-	++
Miglioramento delle opportunità in sanità	+	+	++
Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari	++	++	++
Attuazione di piani e programmi per migliorare l'equità (SPS)	+++	++	+++
Capacità di attuare il SPS	++	+	+++
Attuazione di piani e programmi per migliorare il finanziamento (SPS)	++	++	+++
Esistenza di programmi di copertura sanitaria e di accesso per le popolazioni più vulnerabili (SPS)	+++	+	++
Impatto positivo dei servizi sanitari sulla comunità	++	++	++
Supporto per la municipalizzazione dei servizi sanitari	-	-	++

Alto = +++      Medio = ++      Basso = +      Nullo = -

### 3.2. Punti di forza per l'equità dei sistemi sanitari statali

L'analisi delle informazioni sui sistemi statali dimostra come l'attuazione di piani e programmi focalizzati sulla riduzione delle disuguaglianze nei sistemi sanitari sia un punto di forza in materia di equità. L'Assicurazione sanitaria popolare (Asp) è sicuramente il punto di forza più rilevante (tabella 4).

I risultati mostrano che anche i punti di forza in materia di equità si riferiscono alla creazione di meccanismi per l'assegnazione delle risorse per il funzionamento e la crescita del sistema sanitario statale, così come la capacità di attivare nuove strategie di riforma. La conseguenza immediata di ciò è un miglioramento in materia di accesso ai servizi sanitari richiesti dalla popolazione. Nel caso particolare della regione B, le condizioni generali in materia di equità non sono sufficienti a consolidare la propria azione verso il successo della riforma sanitaria.

### 3.3. I punti di debolezza per l'equità dei sistemi sanitari statali

L'aspetto che mostra maggiore debolezza, dal punto di vista dell'equità, è quello relativo alla ripartizione delle risorse per coprire i bisogni sanitari locali (carenze operative - in particolare il pagamento degli stipendi agli operatori sanitari e a quelli in settori collegati, e la dipendenza dalle risorse provenienti dalle tasche degli utenti) con conseguenti limitazioni per soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

La carenza di equità dipende dallo scarso utilizzo di schemi e di criteri tecnici che ne tengano conto nella gestione delle risorse finanziarie, come pure dalla mancata identificazione delle opportunità nella negoziazione del finanziamento e dalla bassa capacità di identificare sistemi innovativi di finanziamento.

Riguardo all'utilizzo di criteri tecnici, raramente essi si basano sull'equità nella ripartizione finanziaria e nell'assegnazione e utilizzo di risorse economiche; a ciò si può aggiungere la mancata conoscenza e applicazione di formule per l'assegnazione delle risorse, specialmente nella regione B. La debolezza dell'aspetto concernente l'al-

locazione di risorse finanziarie per la salute è aggravata dal fatto che il personale che dovrebbe attuare la riforma rifiuta o oppone resistenza all'introduzione dell'Assicurazione sanitaria popolare, proprio perché non conosce il campo di applicazione del programma (tabella 5).

#### 4. Risultati in materia di *governance* in sanità

##### 4.1. Punti di forza nella *governance* dei sistemi sanitari statali

Sono stati osservati alti livelli di *governance* in tutti gli Stati. Punti di forza sono legati all'individuazione di schemi giuridici e regolamentari, all'orientamento di strategie locali per l'*accountability* e allo spazio dedicato al processo decisionale, altri riguardano le capacità governative per lo sviluppo e il rafforzamento del *fund raising* (tabella 6).

Si osserva inoltre l'esistenza di iniziative di comunità volte a migliorare il benessere, il riconoscimento di spazi per la partecipazione sociale ai programmi governativi come «Oportunidades» e di meccanismi di inclusione dei cittadini esclusivi per il settore sanitario, come nel caso dei comitati della salute.

È importante sottolineare nello specifico l'aspetto relativo alla comunità di sostegno per migliorare le unità sanitarie. In misura minore, il coordinamento intergovernativo e l'esistenza di meccanismi di mediazione a sostegno dei gruppi più vulnerabili sono comunque considerati punti di forza, così come l'*empowerment* degli utenti, con l'introduzione di iniziative come l'Assicurazione sanitaria popolare, che contribuiscono con benefici diretti e specifici e stimolano un maggiore interesse alla partecipazione da parte dei cittadini in tema di sanità.

##### 4.2. Punti di debolezza nella *governance* dei sistemi sanitari statali

Le cause di debolezza si riferiscono alla mancanza di coordinamento tra i livelli di governo e anche al clientelismo che coinvolge la classe politica. Altri aspetti di debolezza sono il centralismo e i limitati canali per promuovere attività di partecipazione nel

**Tabella 5**  
Punti di debolezza in equità

Punti di debolezza	Regione		
	A	B	C
Management carente nell'applicazione dell'equità come criterio di allocazione	++	+++	+
Limiti nell'amministrazione statale delle risorse	++	++	+
Management carente nella definizione di formule di allocazione ed uso delle risorse	++	+++	+
Anacronismo con i nuovi schemi di assistenza sanitaria	-	+	-
Scarsa capacità di attuazione del SPS	+	++	+
Dipendenza dai contributi privati dei cittadini	++	++	++
Dipendenza dai contributi del governo	++	+++	+
Diffusione del contributo privato dei cittadini	++	++	+++
Risorse orientate alla copertura delle spese correnti (pagamento dei salari)	+++	+++	++
Predilezione delle fonti di finanziamento tradizionali	++	++	++
Il personale rifiuta il SPS	+	+	+
Le spese correnti rappresentano un peso finanziario per il sistema	++	++	+
La popolazione non può accedere al programma senza anticipare le spese	+	++	+

Alto = +++    Medio = ++    Basso = +    Nullo = -

finanziamento e nella gestione dei sistemi sanitari.

La maggiore debolezza nella *governance*, con riferimento soprattutto alle regioni A e B, è rappresentata dal corporativismo o dalla difesa di un sistema politico (per favoritismo politico o per motivi ideologici) che ricorre ai programmi sociali quasi esclusivamente per ragioni di consenso elettorale. Ciò è strettamente legato a una limitata partecipazione sociale per il finanziamento del sistema sanitario statale e alla mancanza di opportunità orientate alla promozione della partecipazione sociale nella programmazione e nel *decision-making* strategico. Queste ultime carenze sono state rilevate, anche se in misura minore, nella regione C. Alcune debolezze con implicazioni complesse, come la politicizzazione delle risorse e delle spese sanitarie, hanno come conseguenza una partecipazione sociale in termini esclusivamente formali (tabella 7).

Il centralismo federale è la più esplicita debolezza risultante dall'analisi della regione B. Questa condizione spiega una limitata

Tabella 6

Punti di forza nella *governance*

Punti di forza	Regione		
	A	B	C
Identificazione di schemi giuridici e regolamentari	++	++	+++
Creazione di meccanismi per migliorare il finanziamento	++	+	++
Meccanismi per monitorare l'uso delle risorse	+	+	++
Margine di discrezionalità decisionale locale	++	++	+++
Capacità di implementare il sistema sanitario	++	+	++
Orientamento all' <i>accountability</i>	++	++	+++
Iniziative per la promozione di una più ampia partecipazione	++	+	++
Coordinamento tra i diversi livelli di governo	++	+	+++
Maggiore negoziazione per le risorse di finanziamento	++	+	+++
Partecipazione social nel <i>fund raising</i>	++	+	++
<i>Empowerment</i> dell'utente	+	+	+
Partecipazione nella progettazione e nella fase decisionale del programma	-	-	+
Visione critica del clientelismo nella programmazione e allocazione di risorse	-	+	+
Iniziative comunitarie per l'aumento del benessere	+	+	+
Creazione di spazi per l'intervento della comunità (legati ai programmi governativi)	++	+	+
La popolazione percepisce di essere più informata sull'assistenza sanitaria	+	-	+
Supporto al lavoro della comunità per il miglioramento delle unità sanitarie	++	+	+
Coinvolgimento della comunità nella fase decisionale	-	-	+
Meccanismi di mediazione per il supporto delle popolazioni più vulnerabili	++	+	++

Alto = +++      Medio = ++      Basso = +      Nullo = -

capacità discrezionale locale nei quadri normativi, nonché la loro impossibilità di muoversi verso una riforma del sistema sanitario statale. La mancanza di meccanismi per la produzione di risorse e per il loro monitoraggio, insieme alla mancanza di coordinamento intergovernativo, è la debolezza più evidente della *governance* del sistema sanitario. Nella regione A, il corporativismo politico-elettorale, le influenze e i problemi di efficienza nella produzione dei servizi sanitari sono i punti deboli con maggior peso specifico.

### 5. Risultati dell'analisi di regressione

Come risultato di una semplice analisi di regressione, con il supporto del *software* STATA, è stata effettuata un'analisi multi-

variata con l'obiettivo di confutare i risultati dei dati statistici e di essere in grado di analizzare le relazioni tra le variabili prese in considerazione. L'effetto delle variabili dipendenti è stato confrontato con quello delle variabili indipendenti. Le variabili dipendenti sono: la spesa sanitaria, il comportamento e le tendenze ai cambiamenti nella corresponsabilità finanziaria nel governo statale e federale, relative al periodo di studio.

Due semplici modelli di regressione sono stati utilizzati. Nel modello 1, le variabili dipendenti sono i cambiamenti incrementali del finanziamento in sanità, nel modello 2 sono i cambiamenti nella corresponsabilità finanziaria nel governo statale e federale, per un periodo di 13 anni, le variazioni di corresponsabilità finanziaria da parte dei diversi livelli di governo dopo il decentramento e dopo la riforma sanitaria. Le variabili indipendenti per entrambi i modelli sono: il partito politico al potere a livello statale e comunale (PRI, PRD, PAN, PT, VE); l'equità, che è stata utilizzata per diverse categorie di spesa e nella formula di assegnazione delle risorse di capitale utilizzata dagli Stati; il reddito *pro capite*, in conformità con la classificazione economica del *census* (basso, medio e alto), il livello di emarginazione, in conformità con le categorie del *census* della popolazione nazionale (basso, molto basso, medio, alto, molto alto); la destinazione finale delle risorse da parte del programma e il livello di cura (primaria e secondaria), il tipo di istituto (l'Assicurazione sociale e di assistenza sanitaria pubblica per i non assicurati) e la fase di decentralizzazione; la *governance* in sanità in conformità ai livelli di management stabiliti dalle strategie di riforma (alto, medio, basso e non-esistente).

Per tutti i rapporti tra le variabili dipendenti e indipendenti è stato determinato il Pearson Chi2 e la significatività statistica è stata stabilita con  $p < 0,01$  o  $< 0,05$ .

Per le variazioni incrementali della spesa sanitaria, sono significativamente determinanti le seguenti variabili: livello di spesa sanitaria e di emarginazione (Chi2 27,0,  $p < 0,01$ ); la spesa sanitaria e la fase di decentralizzazione (Chi2 = 29,0;  $p < 0,01$ ); la spesa sanitaria e il reddito pro capite (Chi2 = 35,0;  $p < 0,01$ ).

Per le variazioni di corresponsabilità governative a vari livelli di finanziamento, la

significatività statistica è stata trovata nelle seguenti relazioni:

- cambiamenti nella corresponsabilità finanziaria e dei partiti politici in carica (Chi2 = 29,5, p <0,01);
- variazioni di corresponsabilità finanziaria e il livello di *governance* (Chi2 = 45,0, p <0,01);
- variazioni di corresponsabilità finanziaria e formula di equità (Chi2 = 30,7, p <0,05);
- variazioni di corresponsabilità finanziaria e del reddito pro capite (Chi2 = 45,0, p <0,01).

## 6. Discussione e conclusioni

In questa sezione si discutono i risultati e si presentano le conclusioni sui principali indicatori di impatto e di efficacia del decentramento sul finanziamento, sull'equità e sulla *governance* nei sistemi sanitari statali. Abbiamo individuato i principali punti di forza e di debolezza in modo integrato nonché 10 principali suggerimenti che il team di ricerca e le principali autorità degli Stati intendono proporre sulla base dei risultati dello studio.

Dall'analisi non emergono differenze significative tra gli Stati in merito al sistema di finanziamento e al livello di equità, nonostante nella zona settentrionale sia riscontrata una maggiore partecipazione degli utenti, delle famiglie e delle municipalità.

I risultati dello studio mostrano prove sufficienti per affermare che non vi sono differenze significative per quanto riguarda gli indicatori sul finanziamento e l'equità in sanità. In realtà, i risultati quantitativi e qualitativi dello studio ci permettono di evidenziare le prove di effetti positivi e negativi di decentralizzazione come una strategia di riforma sul finanziamento delle politiche, senza essere in grado di identificare chiaramente un differenziale nella partecipazione sociale o una maggiore omogeneità per le tre regioni. In alcuni Stati vi sono effetti positivi sul finanziamento, nonché sulla produzione di servizi e sulla ridefinizione del ruolo dei diversi attori del sistema sanitario.

Secondo i due modelli di regressione utilizzati, i cambiamenti in materia di sanità dipendono principalmente dalle variazioni di spesa in fase di decentramento, dal gra-

**Tabella 7**  
Punti di debolezza della *governance*

Punti di debolezza	Regione		
	A	B	C
Conoscenza limitata degli schemi di legge e dei suoi scopi	+	++	+
Rigidità degli schemi normativi	+	+	-
Obiettivi di riforma limitati	-	+	-
Centralismo federale	+	+++	+
Capacità locale limitata	-	++	-
Problemi di efficienza nell'erogazione di servizi sanitari	++	++	+
Mancanza di meccanismi per monitorare l'uso di risorse	++	++	+
Mancanza di coordinamento intersettoriale	+	++	+
Clientelismo/favoritismi	++	++	++
Clientelismo politico-elettorale	+++	+	+
Partecipazione sociale in programmi ufficiali (Comitati per la salute)	+	+	+
Pianificazione carente	+	+	-
Mancanza di meccanismi per aumentare la negoziazione di risorse finanziarie	+	+	-
Partecipazione sociale limitata nel finanziamento	+	++	+
Mancanza di opportunità di partecipazione nella programmazione e nella fase decisionale	++	++	+

Alto = +++      Medio = ++      Basso = +      Nullo = -

do di emarginazione e dal reddito pro capite per ogni Stato. D'altro canto, le variazioni in corresponsabilità dei livelli di governo sono determinate da: reddito *pro capite* di ogni Stato, il partito politico al potere, la *governance* e i cambiamenti nel livello di allocazione delle risorse.

Se consideriamo solo le variabili endogene del sistema sanitario come fattori determinanti per l'aumento delle spese sanitarie, la fase di decentramento è la variabile determinante. In caso di cambiamenti nella corresponsabilità finanziaria, ci sono due variabili endogene che sono determinanti: i livelli di governo e la possibilità di modifiche e adeguamenti nella formula di equità.

Anche i cambiamenti nei meccanismi di assegnazione di risorse derivanti da nuovi criteri tecnici hanno determinato un cambiamento nella struttura di finanziamento della salute e nella democratizzazione del sistema sanitario. In materia di finanziamento, così come di equità, segnali indicativi di cambiamento si possono osservare come conseguenza di interventi nei meccanismi di allo-

cazione finanziaria, in particolare per quanto riguarda l'equità grazie ad un'ampia partecipazione sociale. In realtà, i risultati dello studio ci permettono di individuare opportunità e forme di collaborazione che si sviluppano con le capacità dei governi locali, con i leader della comunità, con la società civile, con gli operatori sanitari e i governi centrali, al fine di contribuire ad un più efficace decentramento e di rafforzare l'equità associata a cambiamenti nei criteri di assegnazione delle risorse finanziarie in sanità.

In alcuni Stati gli aumenti nelle somme spese per la sanità sono più elevati e ciò non è strettamente legato alla spesa sanitaria *pro capite* o ai bisogni di salute della popolazione. Questi stessi Stati vantano anche i più alti indici di disuguaglianza e i più negativi indici di corresponsabilità finanziarie e la popolazione non assicurata ha il più alto tasso di spese sanitarie per catastrofi tra i sette Stati analizzati.

Gli effetti del decentramento in materia di progettazione, attuazione e monitoraggio delle politiche per l'equità e delle politiche di finanziamento per la sanità sembrano variare tra gli Stati a seconda dei diversi livelli di *governance* raggiunti. I risultati, infatti, ci permettono di affermare che, di fatto, l'efficacia della realizzazione di riforme in materia di equità e di finanziamento in sanità varia in base ai livelli di *governance* e alla partecipazione sociale dei principali attori politici in campo sanitario.

I rapporti intergovernativi per la buona *governance* e gli accordi tra i diversi livelli di governo dipendono in larga misura dai partiti politici al potere. Tutti gli Stati membri devono coordinare le attività in materia di sanità con il livello federale, dove primeggia lo schieramento di destra. Negli Stati dove la destra governa anche a livello statale, oltre che a quello federale, le relazioni intergovernative sono parte della stessa struttura di potere, dal livello centrale a quello statale sino alle municipalità. Negli Stati membri in cui governa il partito di centro, le relazioni intergovernative sono simili a quelle instauratesi con i governi di destra, sebbene con qualche variazione; infine, negli Stati dove governa la sinistra, i rapporti intergovernativi sono stati ridefiniti a diversi livelli di negoziazione, a seconda delle affinità e delle discrepanze decisionali tra il livello federale e statale.

Infine, si conclude mettendo in evidenza i principali impatti positivi (punti di forza) e negativi (punti di debolezza) per l'avanzamento della riforma sanitaria. Particolare enfasi è posta sulle lezioni apprese in Messico e sulla spendibilità di tali punti di forza e di debolezza come proposte o raccomandazioni per gli altri Paesi a medio reddito impegnati in strategie di riforma, al fine di conseguire equità nella ripartizione delle risorse, nonché buoni livelli di *governance* e maggiore copertura finanziaria in materia di salute.

### 6.1. I principali punti di forza

In alcuni Stati, il decentramento, inteso come una strategia fondante della riforma sanitaria, ha generato considerevoli vantaggi in termini di corresponsabilità finanziaria e di corresponsabilità nella partecipazione e produzione di servizi sanitari.

Dopo la decentralizzazione, sono stati segnalati notevoli progressi nel finanziamento della sanità e, in generale, nei sempre più efficaci meccanismi per il coordinamento dei livelli di governo in sanità. Nella maggior parte degli Stati studiati tali cambiamenti sono avvenuti in coincidenza con i guadagni positivi di alcuni indicatori sociali, quali il miglioramento dei tassi di mortalità infantile e di mortalità e morbilità materna per malattie infettive e croniche.

In materia di equità, è stata creata una nuova formula per l'assegnazione delle risorse e gli Stati hanno svolto un ruolo di primo piano nella sua revisione, adeguamento e applicazione, al fine di rendere le risorse federali assegnate più adeguate, come pure la redistribuzione delle risorse in base al modello di assistenza sanitaria adottato da ogni Stato in funzione delle sue esigenze.

L'attuazione di programmi di priorità sanitaria, diretti ai gruppi più vulnerabili, ha contribuito in modo rilevante a garantire una maggiore sicurezza finanziaria, maggiori possibilità di accesso al sistema e una maggiore copertura per le famiglie emarginate. La strategia finanziaria, in particolare, che prevede la copertura sanitaria per i meno abbienti, ha contribuito a diminuire le spese sanitarie per catastrofi in alcuni Stati e, come conseguenza, ha ridotto anche l'ulteriore impoverimento delle famiglie più vulnerabili.

Vi è evidenza di un miglioramento degli indicatori di performance dei sistemi sanitari che coincide con l'attuazione delle riforme descritte.

L'assicurazione sanitaria popolare (Asp) è una strategia di finanziamento che si fonda sull'equità, per cui la copertura sanitaria segue l'utente che si sposta da uno Stato all'altro. Ciò è particolarmente importante in un Paese in cui la migrazione interna della popolazione, che non appartiene ad un'economia formale, è molto alta.

I diversi attori del sistema sanitario hanno assunto un ruolo più attivo nella fase decisionale. Tra questi soggetti spiccano gli utenti dei servizi offerti dai programmi di priorità sanitaria, le organizzazioni non governative (Ong) e i leader dei comitati per la salute all'interno degli organi legislativi.

## 6.2. I principali punti di debolezza:

Dall'attuazione della decentralizzazione come strategia di riforma, è stato molto difficile raggiungere livelli di efficacia più o meno omogenei in tutti gli Stati in concomitanza con l'attuazione delle riforme sanitarie e dei programmi diretti ai gruppi più vulnerabili.

Non vi è uniformità tra i diversi livelli di governo al momento di attuare le modifiche in materia di finanziamento e di produzione dei servizi sanitari. Il livello municipale sostiene, da un lato, che il potere è ancora accentrato al livello statale, dall'altro, il livello statale sostiene che, in diversi programmi, il livello federale detiene ancora tutto il potere decisionale e, quindi, vi è una difficoltà oggettiva nel fare accordi e nel mantenere gli impegni presi per i programmi sanitari da parte dei governi statali e municipali, in particolare per quanto riguarda le recenti modifiche fatte per far confluire il vecchio programma sanitario nell'Asp.

L'*accountability* a livello federale è limitata nel fornire informazioni circa l'adempimento degli obiettivi in tutti i programmi sostanziali e a supportarli, senza però definire degli indicatori misurabili di efficacia di *accountability*. Anche negli Stati e nelle municipalità non vi è ancora un sistema di *accountability* trasparente nella ripartizione delle risorse. Non è quindi possibile, ad oggi, misurare il peso relativo delle modifiche

in materia di finanziamento, equità e *governance* del sistema sanitario ed il loro effetto sugli indicatori di salute dopo le recenti riforme.

I programmi di priorità sanitaria diretti ai gruppi più vulnerabili hanno una gestione centralizzata a livello federale, con effetti che sono in contrasto con i miglioramenti generati dal decentramento e con effetti limitati sui meccanismi di coordinamento e sui progressi negli indicatori epidemiologici.

Divergenze tra i partiti politici al potere dei governi federali e statali creano bassi livelli di *governance* e una certa difficoltà nella gestione efficace di alcuni programmi. Vi sono scarsi progressi in materia di salute, di democratizzazione e di uniformazione per quanto riguarda il sistema normativo ed i ruoli dei diversi attori del sistema sanitario.

Nonostante il miglioramento della copertura finanziaria, in alcuni Stati gli utenti a basso reddito familiare sono quelli che registrano maggiore spesa sanitaria per catastrofi.

Le misure per migliorare l'allocatione delle risorse di finanziamento per la popolazione non assicurata non sono state in generale sufficienti. Vi sono alti indici di disuguaglianza, in particolare negli Stati oggetto di questo studio che registrano una maggiore emarginazione.

## 6.3. Suggerimenti/raccomandazioni

### *In materia di finanziamento*

1. Gli Stati dovrebbero avere un meccanismo di assegnazione che non si basi solo sui criteri di assegnazione sulla spesa storica, ma che usi e promuova criteri epidemiologici, economici e clinici in tutte le procedure di assegnazione con maggiore intensità e con diverse strategie, così come un uso efficiente delle risorse finanziarie.

2. È necessario promuovere la totale autonomia a livello statale in modo che, sulla base di un piano integrato, sia possibile regolare le negoziazioni e l'uso delle risorse finanziarie, indipendentemente dalla provenienza delle fonti di finanziamento.

3. Si dovrebbe attuare un sistema di contabilità economica per i servizi sanitari che

permetta un'integrazione dei bilanci storici, rendendo consuetudinaria la loro integrazione nel sistema di produttività. (In parallelo c'è il bisogno di regolamentare e aggiornare prontamente il sistema di contabilità di Stato per la sanità in maniera sostanziale e non solo formale).

4. È consigliabile accelerare il processo e stabilire i diritti e le responsabilità degli Stati in maniera più precisa al momento della firma di accordi in materia di riforma e di finanziamento del settore e nella produzione di servizi tra il Sistema di protezione sociale (SPS) nel campo sanitario e IMSS-Oportunidades per l'affiliazione dei membri di quest'ultimo programma all'Assicurazione sanitaria popolare (Asp).

5. Bisogna rivedere e valutare periodicamente i cambiamenti in materia di finanziamento per quanto riguarda l'accordo di decentralizzazione, in maniera coordinata con il livello federale e statale, prenderne i risultati e portarli al Consiglio tecnico per la sanità perché siano discussi.

#### *In materia di equità*

1. Oltre a promuovere dei criteri epidemiologici, organizzativi e economici nella ripartizione delle risorse sanitarie, si devono includere nuovi criteri tecnici nella definizione del bilancio basati sui bisogni specifici di salute, sulla vulnerabilità economica, sulla produttività e sulla complessità dei livelli di assistenza, l'accessibilità e la capacità finanziaria degli Stati.

2. Le politiche pubbliche devono essere regolate sia a livello statale che federale per la progettazione e l'attuazione di una formula per un'equa ripartizione delle risorse, che sia discussa e approvata da un comitato tecnico con la partecipazione, non solo dei livelli di governo municipale, statale e federale, ma anche con la partecipazione di tutti i possibili attori del sistema sanitario ed in generale della società.

3. Bisogna garantire l'assegnazione delle risorse in maniera congrua tra la federazione e gli Stati e fra gli Stati e le municipalità, in funzione dell'emarginazione sociale, del potere d'acquisto degli utenti, del ritardo epidemiologico e della capacità produttiva installata.

4. Sono da stabilire i meccanismi e le strategie che garantiscano l'accessibilità ai servizi sanitari, privilegiando criteri di giustizia sociale e finanziaria e la tutela della salute, soprattutto nei Paesi con un maggiore indice di spesa sanitaria per catastrofi e con peggiori indici di equità.

5. È necessario monitorare e valutare, attraverso un comitato esterno al settore sanitario federale, il sistema di protezione sociale sanitaria e, quindi, rendere prioritari l'affiliazione e il potenziamento della fornitura di servizi (con maggiori risorse e infrastrutture) per la popolazione più vulnerabile.

#### *In materia di governance*

1. Per migliorare il livello di democratizzazione della salute, sarà necessario definire norme, soggetti, ruoli e processi con maggiore chiarezza. La chiarezza e la fattibilità permetteranno al sistema di raggiungere migliori livelli di governo e una maggiore capacità per la gestione efficace delle strategie di riforma.

2. Si dovrà promuovere la legittimazione degli accordi tra le autorità sanitarie, il governo, la società civile, Ong, autorità legislative e partiti politici al fine di attuare le strategie di riforma. Definire gruppi e meccanismi *ad hoc* per il monitoraggio dei processi diretti al miglioramento della *governance*. Questi gruppi devono negoziare l'attuazione di sistemi di *accountability*.

3. Devono essere generati spazi a livello federale, statale e municipale, per favorire meccanismi di *accountability* efficaci e di carattere non trionfalistico, con informazioni accessibili sugli indicatori sanitari, così come sull'efficienza e sull'uso non discrezionale delle risorse. In questo senso, si devono creare dei gruppi a livello federale, statale e comunale (con la partecipazione di tutti gli attori) per una revisione critica dei risultati in materia di *accountability*.

4. Si deve generare, produrre e diffondere un bollettino sulla *governance* in sanità tra tutti gli attori sociali che includa aspetti concettuali, metodologici, politici ed empirici per una buona *governance* nel sistema sanitario pubblico.

5. Si ritiene necessario stabilire meccanismi che prevengano e puniscano l'uso e

la ripartizione discrezionale delle risorse (umane, materiali e finanziarie), e meccanismi che consentano al cittadino di avere una maggiore interazione con le autorità legislative e sanitarie.

#### Attribuzione

L'articolo, nella sua versione originale, è frutto dell'opera congiunta di A. Arredondo e E. Orozco ed è stato scritto in lingua inglese. La traduzione ed adattamento in lingua italiana è a cura di Alessandra Susi

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

- ARREDONDO A., NÁJERA P. (2005), «Who pays more for health services in middle income countries: lessons from Mexico», *Jour. of Public Health*, vol. 119, n. 8, pp. 39-43.
- ARREDONDO A. (2008), «Estudio de caso sobre la reforma de la salud en México», in *Centro Interamericano de Seg. Social. CIES, Introducción a la Economía de la Salud*, pp. 75-81.
- ARREDONDO A. et al. (2007), *Línea de Investigación por Misión: Equidad, Gobernanza y Protección Financiera*, INSP, México, pp. 12-34.
- BOBADILLA J.L. (1998), «Assessment issues. Closing the equity gap. Searching for essential health services in low and middle income countries. A review of recent studies on health priorities», *Interamerican Development Bank*, Washington D.C., n. Soc-106, June, pp. 25-48.
- BRAVEMAN P. GRUSKIN S. (2003), «Poverty, equity, human rights and health», *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7), pp. 539-545.
- CONTANDRIOPOULOS A.P. et al. (2000), *Entendiendo las Transformaciones de los Sistemas de Salud: Una Perspectiva Canadiense*, Universidad de Montreal.
- FRANCO A., GIL D., ÁLVAREZ C. (2005) «Tamaño del Estado (gasto público) y salud en el mundo, 1990-2000», *Rev. ac Sanit.*, Vol. 19(3), pp. 186-92.
- FRENK J. (2005a), *Define presidencia cinco prioridades para fin de sexenio*, El Universal, Ciudad de México, 1 de Diciembre 2005.
- FRENK J. (2005b), Conferencia de Prensa del Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, en el Salón Venustiano Carranza de la residencia oficial de los pinos, 15 Diciembre del 2005.
- MÉNDEZ J.L. (copilador) (2000), *Lecturas básicas de administración y políticas públicas*, El Colegio de México, México.
- MORRIS S. (1999), «Corruption and the Mexican political system: continuity and change», *Third World Quarterly*, June, 20(3), pp. 623-643.
- O'DONNELL G., SCHMITTER P. (1991), *Transiciones desde un gobierno autoritario*, Buenos Aires, Paidós, pp. 21-28.
- RECAMAN A., ARREDONDO A. (2006), «El financiamiento de la Salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector», *Hitos en Ciencias Económico-Administrativas*, vol. 9, n. 23, pp. 9-16.
- SERRANO M., BULMER-THOMAS V. (2008), *La reconstrucción del Estado México después de Salinas*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 23-46.
- SSA (2007), *Estadísticas sobre Recursos y servicios de salud. Sistema Nacional de Salud. Tendencias e indicadores 2006-2007*, Mexico, DF, pp. 142-161.
- SSA (2008), *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud-Instituto Mexicano del Seguro Social-Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado*, México D.F., pp. 26-29.

**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

AA.VV. - Fondazione Farmafactoring

## IL SISTEMA SANITARIO IN CONTROLUCE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2009, € 24,00, PP. 230 - ISBN 13: 9788856807950

*Il sistema della salute e della sanità si è trasformato, negli ultimi decenni, da mondo delle cure e di applicazione dei frutti della ricerca biomedica a gigante sociale ed economico che, oltre a gestire servizi complessi di prevenzione, terapia e riabilitazione, amministra una quota cospicua della ricchezza nazionale e opera importanti transazioni economiche. Soprattutto se lo si guarda al di fuori degli schemi consueti appare come l'intreccio tra vecchio e nuovo renda il sistema particolarmente complesso, e come coesistano in sanità diversi piani di intervento e di governo che non dialogano sempre in maniera adeguata tra loro. L'area economico-finanziaria, forza e al tempo stesso minaccia del sistema, presenta problemi non indifferenti, dai disavanzi, alla cronica crisi di liquidità, ai ritardi nei pagamenti, al problema delle tariffe, a quello della compartecipazione della spesa, alla definizione dei Livelli essenziali e dei loro costi standard. L'area della gestione dei servizi, vero core del sistema, presenta visibili difficoltà a rinnovarsi, nella assistenza ospedaliera come nella medicina del territorio, nella qualità delle prestazioni come nella appropriatezza. L'area degli assetti istituzionali delle relative trasformazioni, dove si gioca una parte notevole e spesso eccessiva delle energie del sistema, è attraversata dalle sfide strategiche e di governo nell'organizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, nei compiti degli Assessorati regionali, nel ruolo dei soggetti centrali di coordinamento e controllo, nel rapporto tra Stato e Regioni, nell'accompagnamento dei Piani di rientro, nei Patti per la salute, nel rapporto con le strutture private.*

**INDICE** INTRODUZIONE. VALORIZZARE LE RESPONSABILITÀ INTERMEDIE, DI GIUSEPPE DE RITA – PARTE I. DOVE VA LA SANITÀ ITALIANA – 1.1. SANITÀ CONTROLUCE – 1.2. TRA VERTICALIZZAZIONE E POLIARCHIA: I MECCANISMI DECISIONALI NELLA SANITÀ LOCALE – 1.3. IL RUOLO DELLE STRUTTURE DI EROGAZIONE E IL LIVELLO DI RISPOSTA ALLE POLITICHE REGIONALI – 1.4. LA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA DEL SISTEMA – 1.5. LE LEVE DELL'INNOVAZIONE FUTURA – PARTE II. I MODELLI DECISIONALI NELLA SANITÀ LOCALE – 2.1. LA DIVERSITÀ CONCRETA DELLE SANITÀ REGIONALI – 2.2. OBIETTIVI, METODOLOGIA E ATTIVITÀ DELLA RICERCA – 2.3. I PRINCIPALI RISULTATI: GERARCHIE, SOGGETTI E STILE DECISIONALE IN SANITÀ – 2.4. QUATTRO MODELLI DI DECISIONE NELLE SANITÀ REGIONALI – 2.5. DUE CASI DI POSITIVA DECISIONALITÀ NELLE UNITÀ OPERATIVE – 2.6. IL CASO DELLA REGIONE LAZIO – 2.7. POLITICA E SANITÀ: UN RAPPORTO CONTROVERSO – PARTE III. IL RUOLO DELLE STRUTTURE DI EROGAZIONE E IL LIVELLO DI RISPOSTA ALLE POLITICHE REGIONALI – 3.1. INTRODUZIONE – 3.2. I SISTEMI TARIFFARI DELLE REGIONI ITALIANE – 3.3. METODOLOGIA DELLA RICERCA – 3.4. RISULTATI DELLA RICERCA: POSIZIONAMENTO DELLE REGIONI IN TERMINI DI GRADO DI INVESTIMENTO E DI UTILIZZO DEI SISTEMI TARIFFARI – 3.5. QUALE IMPATTO DELLE MODIFICHE TARIFFARIE SUL COMPORTAMENTO DEGLI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE? ANALISI DI DUE CASI REGIONALI – 3.6. BIBLIOGRAFIA – 3.7. APPENDICE. ACCORPAMENTO DELLE LINEE PRODUTTIVE – PARTE IV. LA SPESA SANITARIA E IL QUADRO MACROECONOMICO – 4.1. INTRODUZIONE – 4.2. LA FINANZA PUBBLICA – 4.3. LA SPESA SANITARIA E I DISAVANZI REGIONALI: LE STIME ECONOMETRICHE – 4.4. UN'ANALISI DEI PIANI DI RIENTRO – 4.5. CONCLUSIONI – BIBLIOGRAFIA

Luca Benci

**ELEMENTI DI LEGISLAZIONE SANITARIA E DI BIODIRITTO**

MC GRAW-HILL, MILANO, 2009, € 21,00, PP. 244

*Questo volume nasce per contemperare diverse esigenze, in primo luogo, quella di riportare in un unico testo una serie di questioni relative al diritto sanitario e al cosiddetto biodiritto, con il quale si intende il diritto delle questioni legate alle tematiche dell'inizio e della fine della vita. Se i temi relativi alla legislazione sanitaria generale fanno riferimento al dibattito sviluppatosi negli ultimi trent'anni del secolo scorso, quelli inerenti al biodiritto sono esplosi in questi ultimi anni in modo assolutamente rilevante, grazie ai progressi tecnici e all'incontro tra medicina e biologia che hanno aperto scenari impensabili fino a poco tempo fa. Nella legislazione, nella giurisprudenza, nel dibattito dottrinario, professionale e bioetico assistiamo spesso a uno scontro contrapposto tra posizioni di fondo e diverse scuole di pensiero. Per prevenire possibili obiezioni si riportano le posizioni sia della bioetica laica, con il suo richiamo alla «qualità della vita», sia della bioetica cattolica, che privilegia invece la «sacralità della vita», ossia i due grandi modelli teorici di riferimento della nostra società.*

**INDICE** PARTE I – LEGISLAZIONE SANITARIA – 1.1. LA LEGISLAZIONE SANITARIA: ASPETTO STORICO-EVOLUTIVO. DAI PRIMI DEL NOVECENTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – 1.2. ORGANI E COMPETENZE STATALI IN MATERIA DI SANITÀ – 1.3. L'AZIENDALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – 1.4. LA NORMATIVA SUI TRAPIANTI – 1.5. LA NORMATIVA SULLA MALATTIA MENTALE – PARTE II – ELEMENTI DI BIODIRITTO – 2.6. LA CONTRACCEZIONE – 2.7. L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA – 2.8. LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA – 2.9. IL DIBATTITO SULLA RIANIMAZIONE E SULLE CURE INTENSIVE DEI «GRANDI PREMATURI» – 2.10. LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI – 2.11. IL CONSENSO INFORMATO – 2.12. L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO – 2.13. LE DIRETTIVE ANTICIPATE – 14. L'EUTANASIA – PARTE III – ALLEGATI – ALLEGATO 1 – LEGGE 22 MAGGIO 1978, N. 194 «NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA» – ALLEGATO 2 – LEGGE 19 FEBBRAIO 2004, N. 40 «NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA»

Paolo Girolami

**MEDICINA, ETICA E DIRITTO**

CENTRO SCIENTIFICO EDITORE, TORINO, 2009, € 15,00 PP.151 - ISBN 978-88-7640-6218

*Nel testo, tenuto conto dei paradossi cui la professione sanitaria si trova esposta nel nostro tempo, viene affrontata la questione del significato della medicina e della sua possibile integrazione nell'idea di cura. Il concetto di cura, quanto mai fecondo sotto il profilo etico e giuridico, si presta facilmente a delineare una prospettiva valoriale credibile per la medicina del nostro tempo, proprio perché incentrata sulla sofferenza dell'uomo. Attraverso il concetto di cura è possibile definire con maggiore precisione i rapporti della medicina con discipline emergenti, quali la bioetica, stabilire con maggiore chiarezza i contenuti della codificazione deontologica, affrontare in maniera nuova la questione del rispetto della volontà del malato e quindi del consenso al trattamento sanitario. Senza trascurare la sfida più ardua: quella della sua umanizzazione, attraverso una promozione culturale degli operatori, che non può che iniziare nelle aule universitarie.*

**INDICE** INTRODUZIONE. LA MEDICINA E IL SUO PARADOSSO – IL LUOGO DELLA CURA – LA MEDICINA E LA CURA – LA SALUTE E LA CURA – GLI ARCHETIPI DELLA MEDICINA – IL BUON SAMARITANO, L'AUTONOMIA E LA FIDUCIA – LA DEONTOLOGIA MEDICA – LA PROSPETTIVA BIOETICA

Arnold Kling

**LA SANITÀ IN BANCAROTTA**

IBL LIBRI, 2009, TORINO, € 19,00, PP. 154 - ISBN: 8864400001

*La sanità americana e quella dei Paesi europei sembrano molto diverse, ma hanno qualcosa in comune: navigano a vista, verso una probabile bancarotta. A dispetto del diverso bilanciamento fra pubblico e privato, infatti, scontano lo stesso problema, che deriva in buona misura da un grande successo: la moderna scienza medica ha fatto enormi progressi rispetto al passato. Come fare, però, a contenere i costi di trattamenti sempre più avanzati e onerosi? Con un linguaggio semplice e chiaro, Arnold Kling spiega quali siano i problemi dei modelli di assicurazione sanitaria attuali e come sarebbe possibile riformare il sistema della salute, facendo meno affidamento sullo Stato e ricorrendo di più alla partecipazione dei privati alla spesa. L'unica alternativa, in un contesto nel quale le tecniche mediche continuano a migliorare e a divenire più costose, consiste in un razionamento inevitabilmente lesivo della libertà di scelta dei pazienti. «Il problema che ci dobbiamo porre», scrive Giampaolo Galli nella sua prefazione, «è dunque se siano o meno urgenti e necessarie riforme molto incisive volte a responsabilizzare la domanda e a spostare verso il settore privato, profit e no profit, quantomeno una parte del finanziamento del servizio sanitario».*

**INDICE** PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA, GIAMPAOLO GALLI — INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA — RINGRAZIAMENTI — INTRODUZIONE — 1. L'EMERGERE DELLA MEDICINA PREMIUM — 2. TRE IPOTESI SULLA SANITÀ — 3. DOLLARI E DECISIONI — 4. NESSUN SISTEMA SANITARIO È PERFETTO — 5. ASSICURAZIONI ED ESENZIONI AL PAGAMENTO DIRETTO — 6. CONFIGURARE IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO A SECONDA DELLE NECESSITÀ — 7. MERCATO ED EVOLUZIONE — 8. ALCUNE IDEE DI POLICY — CONCLUSIONE — APPENDICE

Giuseppe Magistrali (a cura di)

**LA COMUNICAZIONE CHE CURA**

MAGGIOLI EDITORE, SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA, 2009, € 16,00, PP. 139 - ISBN: 8838748756

*Con fatica e non senza resistenze si sta facendo oggi strada una nuova cultura della salute, che vede nella partecipazione dei cittadini un aspetto cruciale e positivo. È quasi nel senso comune l'idea di una comunicazione e di un coinvolgimento del paziente. Da qui nascono però anche grandi tensioni. Da una parte, infatti, tutti sembrano spontaneamente interessati alla reciprocità orizzontale, a un rapporto paritetico. Dall'altra parte, però, tutti rivolgono aspettative crescenti alla medicina iperspecialistica, il che di per sé spinge a ritornare al vecchio rapporto medico-paziente, tutto sbilanciato tra chi sa e chi non sa. In questa situazione di cambiamento, ancora fluida e immatura, si possono ipotizzare due esiti differenti: si può ritornare a una situazione stabile, in cui la centralità direttiva del medico non viene messa in discussione; oppure si può percorrere la strada dell'innovazione, dell'apertura verso un nuovo sapere delle relazioni. Il volume affronta il tema della comunicazione medico-paziente in un'ottica triangolare e relazionale, come se fosse una danza in cui nessuno dei danzatori è in grado di dirigere il movimento d'insieme. Ciascuno reagisce agli altri non meno di quanto agisca verso gli altri. Ripercorrendo le fasi cruciali di un complesso progetto, promosso da alcune istituzioni della provincia di Piacenza (il Centro servizi per il volontariato, l'Ordine dei medici, il Collegio degli infermieri, l'Azienda Usl e numerose associazioni di volontariato), il volume si configura come un contributo per approfondire le prospettive di umanizzazione e di democratizzazione della cura sulla base di una radicale fiducia nella capacità di benagire di professionisti e strutture sanitarie, delle associazioni di volontariato, dei pazienti e delle loro famiglie.*

**INDICE** 1. COMUNICAZIONE E PROCESSI DI CURA – 2. GOVERNANCE, PARTECIPAZIONE E SUSSIDIARIETÀ. NUOVI PARADIGMI PER LE POLITICHE SOCIO-SANITARIE – 3. LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA GOVERNANCE IN AMBITO SANITARIO – 4. UNA NUOVA RELAZIONE TERAPEUTICA: IL PUNTO DI VISTA DEGLI ATTORI IN GIOCO. I RISULTATI DELLA RICERCA PIACENTINA

Franco Toniolo

**SANITÀ E REGIONI. DALLA RIFORMA «BIS» DEL 1992 AL «NUOVO PATTO PER LA SALUTE 2006-08»**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2009, € 21,00, PP. 279

*Gli ultimi 16 anni per la sanità e il sociale sono stati particolarmente travagliati e importanti: dalle riforme del 1992-93 e 1999, con la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale, alla riforma dell'assistenza sociale del 2000; dal primo tentativo di federalismo fiscale, sempre del 2000, alla riforma del Titolo V della Costituzione; dall'approvazione e attuazione dei Livelli essenziali di assistenza – LEA – del 2001 agli accordi e intese Stato-Regioni del 2000 e del 2001, fino al «Nuovo patto per la salute 2006-08». Il volume analizza tutti questi passaggi, vissuti dal versante regionale, compresa una valutazione dei modelli regionali, in particolare di quello veneto. Un punto di osservazione e di azione ancora poco noto ma utile, perché in fondo sono le Regioni le titolari di questa fondamentale competenza: la sanità. Un diritto inalienabile dell'individuo e un interesse della comunità.*

**INDICE** PRESENTAZIONE, DI LUIGI MAURI – PREFAZIONE, DI VASCO ERRANI – PREFAZIONE, DI GIANCARLO GALAN – RINGRAZIAMENTI – INTRODUZIONE – PARTE I. LA RIFORMA «BIS»: I D.LGS. 502/1992 E 517/1993 – CAPITOLO 1. PREMessa – CAPITOLO 2. I D.LGS. 502/1992 E 517/1993 – CAPITOLO 3. LA REGIONALIZZAZIONE E L'AZIENDALIZZAZIONE – 3.1. LA REGIONALIZZAZIONE – 3.2. L'AZIENDALIZZAZIONE – 3.3. LE OSSERVAZIONI DELLE REGIONI SUL D.LGS. 502/1992 – CAPITOLO 4. IL RUOLO DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI E DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI – 4.1. IL RUOLO DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI – 4.2. IL RUOLO DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI – CAPITOLO 5. IL COORDINAMENTO DELLA SANITÀ E DEL SOCIALE: LA REGIONE VENETO E L'ASSR-AGENAS – 5.1. PREMessa – 5.2. IL COORDINAMENTO DEL VENETO – 5.3. L'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI - PARTE II. LA RIFORMA «TER»: IL D.LGS. 229/1999 – CAPITOLO 6. LE PRINCIPALI INNOVAZIONI RELATIVE AL «RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA» – CAPITOLO 7. COMMENTO SINTETICO – CAPITOLO 8. IL TENTATIVO DI FEDERALISMO FISCALE: IL D.LGS. 56/2000 – 8.1. PREMessa – 8.2. IL D.LGS. 56/2000 – CAPITOLO 9. LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SOCIALE: L. N. 328/2000 – 9.1. IL «DECRETO BASSANINI» – 9.2. LA LEGGE QUADRO – 9.3. IL PIANO SOCIALE NAZIONALE – CAPITOLO 10. LA RIFORMA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE: L. C. N. 3/2001 – 10.1. COMMENTO SINTETICO – 10.2. IL CONTRIBUTO TECNICO DELLE REGIONI PER L'ATTUAZIONE DELLA C.D. «LEGGE LA LOGGIA» – CAPITOLO 11. L'ACCORDO STATO-REGIONI DELL'8 AGOSTO 2001 – 11.1. L'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 3 AGOSTO 2000 – 11.2. L'ACCORDO DELL'8 AGOSTO 2001 – 11.3. SEDE PATTIZIA E GERARCHIA DELLE FONTI – CAPITOLO 12. LEA – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – 12.1. IL PERCORSO CHE HA PORTATO AI LEA – 12.2. I LEPS/LIVEAS - LIVELLI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI – CAPITOLO 13. IL RIPARTO DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE – 13.1. LE «NON-STOP» DELLE REGIONI – 13.2. I PARERI AI DPEF E FINANZIARIE DELLE REGIONI – CAPITOLO 14. L'EVOLUZIONE DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI – 14.1. ISTITUZIONE DELLA CONFERENZA STATO-CITTÀ E DELLA CONFERENZA UNIFICATA – 14.2. L'EVOLUZIONE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DEI COORDINAMENTI; L'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI E IL COORDINAMENTO DELLE REGIONI – PARTE III. I «MODELLI» REGIONALI E IL «MODELLO VENETO». CAPITOLO 15. I «MODELLI» REGIONALI – CAPITOLO 16. IL «MODELLO VENETO» – CAPITOLO 17. LE POLITICHE SANITARIE NELLA REGIONE VENETO – 17.1. PREMessa – 17.2. LA PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA REGIONALE DAL 1994 AL 2006 – CAPITOLO 18. LE POLITICHE SOCIALI E L'INTEGRAZIONE NELLA REGIONE VENETO – 18.1. PREMessa – 18.2. LE POLITICHE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA IN VENETO – 18.3. DAL «WELFARE STATE» AL «WELFARE COMMUNITY» – CAPITOLO 19. IL «NUOVO PATTO PER LA SALUTE», INTESA STATO-REGIONI DEL 5 OTTOBRE 2006 – 19.1. CENNI DI POLITICA SANITARIA DELLE REGIONI DOPO LA RIFORMA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE – 19.2. LA RISPOSTA DELLE REGIONI ALL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE – 19.3. IL «NUOVO PATTO PER LA SALUTE» – CAPITOLO 20. REGIONI «VIRTUOSE», REGIONI «VIZIOSE» E FEDERALISMO FISCALE – 20.1. REGIONI VIRTUOSE E REGIONI VIZIOSE – 20.2. IL FEDERALISMO FISCALE – CONCLUSIONI – POSTFAZIONE, DI MARIO BERTOLISSI – ALLEGATI – SINTESI DELLA LEGISLAZIONE NAZIONALE 1972-1992 – ORGANIZZAZIONE DELLE CONFERENZE DELLE REGIONI – POSIZIONE DELLE REGIONI SUL D.LGS. 56/2000 – I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (LEPS/LIVEAS) – PARERI DELLE REGIONI SUL DPEF E SULLA PROPOSTA DI FINANZIARIA E TABELLE SUL RIPARTO FSN – PARERE SUL D.D.L. DI FEDERALISMO FISCALE – ASSESSORI, PRESIDENTI V COMMISSIONE E SEGRETARI DELLA REGIONE VENETO – PRESIDENTI DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI – BIBLIOGRAFIA

Federico Toth

**LE POLITICHE SANITARIE. MODELLI A CONFRONTO**

EDITORI LATERZA, ROMA-BARI, 2009, € 20,00, PP. 130

*Economico, equo, di buona qualità: ecco l'identikit del sistema sanitario ideale. La pratica però è un'altra cosa, e non solo in Italia. Federico Toth analizza in chiave comparativa i sistemi sanitari di venti Paesi OCSE, ricostruendo i modelli di finanziamento e di erogazione, il percorso storico seguito, le riforme che sono intervenute negli ultimi venti anni.*

**INDICE** 1. MODELLI DI FINANZIAMENTO – 2. DAI MODELLI ALLA REALTÀ: UNA VARIETÀ DI SISTEMI DI FINANZIAMENTO MISTI – 2. LA PRODUZIONE DEI SERVIZI SANITARI – 3. MEDICI E STATO – 4. LE RIFORME SANITARIE DEGLI ANNI NOVANTA E DUEMILA – 5. QUALE SISTEMA SANITARIO È IL MIGLIORE?

**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**.

# SPOGLIO RIVISTE

## MECCANISMI DI MERCATO

LEONARD C., STORDEUR S., ROBERFROID D.  
*Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence*  
Health Policy, 2009, 91(2), pp. 121-134

PESKETT S.  
*The challenges of commissioning health care: a discussion paper*  
International Journal of Health Planning and Management, 2009, 24(2), pp. 95-112

ELDRIDGE C., PALMER N.  
*Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions*  
Health Policy and Planning, 2009, 24(3), pp. 160-166

LIPPI BRUNI M., NOBILIO L., UGOLINI C.  
*Economic incentives in general practice: The impact of pay-for-participation and pay-for-compliance programs on diabetes care*  
Health Policy, 2009, 90(2-3), pp. 140-148

SHIMADA S.L., ZASLAVSKY A.M., ZABORSKI L.B., O'MALLEY A.J., HELLER A., CLEARY P.D.  
*Market and beneficiary characteristics associated with enrolment in Medicare managed care plans and fee-for-service Medical care*, 2009, 47(5), pp. 517-523

PALANGKARAYA A., YONG J., WEBSTER E., DAWKINS P.  
*The income distributive implications of recent private health insurance policy reforms in Australia*  
European Journal of Health Economics, 2009, 10(2), pp. 135-148

## ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

KENNY P., HALL J., KING M., LANCSAR E.  
*Sources of variation in the costs of health care for asthma patients in Australia*  
Journal of Health Services Research & Policy, 2009, 14(3), pp. 133-140

SATO E., FUSHIMI K.  
*What has influenced patient health-care expenditures in Japan? Variables of age, death, length of stay, and medical care*  
Health Economics, 2009, 18(7), pp. 843-853

SUSSEX J., FARRAR S.  
*Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers' experience and expectations*  
European Journal of Health Economics, 2009, 10(2), pp. 197-206

MARTIN B.C., SHI L., WARD R.D.  
*Financial performance and managed care trends of health centers*  
Journal of Health Care Finance, 2009, 35(3), pp. 1-21

VAN OURTI T., VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X.  
*The effect of income growth and inequality on health inequality: theory and empirical evidence from the European Panel*  
Journal of Health Economics, 2009, 28(3), pp. 525-539

SUSSEX J., FARRAR S.  
*Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers' experience and expectation*  
European Journal of Health Economics, 2009, 10(2), pp. 197-206

## ECONOMIA DEL FARMACO

COOK J., HUNTER G., VERNON J.A.  
*The future costs, risks and rewards of drug development*  
Pharmacoeconomics, 2009, 27(5), pp. 355-363

NIEZEN M.G.H., DE BONT A., BUSSCHBACH J.J., COHEN J.P., STOLK E.A.  
*Finding legitimacy for the role of budget impact in drug reimbursement decisions*  
International Journal of Technology Assessment in Health care, 2009, 25(1), pp. 49-55

CLEEMPU I., VAN WILDER P., HUYBRECHTS M., VRIJENS F.  
*Belgian methodological guidelines for pharmacoeconomic evaluations: toward standardization of drug reimbursement requests*  
Value in Health, 2009, 12(4), pp. 441-449

KONG Y.  
*Competition between brand-name and generics - analysis on pricing of brand-name pharmaceutical*  
Health Economics, 2009, 18(5), pp. 591-606

YOUNIS M.Z., YOUNIES H., KISA A., HARTMANN M., HUSSAIN A.A.S., AL-AMRO A.  
*A review of the effect of pharmaceutical firm drug announcements on stock option pricing*  
Journal of Health Care Finance, 2009, 35(3), pp. 35-43

## ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

CHALKIDOU K., TUNIS S., LOPERT R., ROCHAIX L., SAWICKI P.T., NASSER M., XERRI B.

*Comparative Effectiveness Research and Evidence-Based Health Policy: Experience from four countries*  
Milbank Quarterly, 2009, 87(2), pp. 339-367

BÉRARD E., GLOANEC M., MINVIELLE E.

*Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé*  
Journal d'économie médicale, 2009, 27(1-2), pp. 5-20

YIP W., WAGSTAFF A., HSIAO W.C. (GUEST EDITORS)

*Special issue: China's Health Care System*  
Health Economics, 2009, 18(s2), pp. s1-s156

TEDIOSI F., GABRIELE S., LONGO F.

*Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience?*  
Health Policy, 2009, 90(2-3), pp. 303-312

BIERMANS M.C.J., SPREEUWENBERG P., VERHEIJ R.A., DE BAKKER D.H., DE VRIES ROBBÉ P.F., ZIELHUIS G.A.

*Striking trends in the incidence of health problems in the Netherlands (2002-2005). Findings from a new strategy for surveillance in general practice*  
European Journal of Public Health, 2009, 19(3), pp. 290-296

BLANK J.L.T., HULST B.L.V.

*Productive innovations in hospitals: an empirical research on the relation between technology and productivity in the Dutch hospital industry*  
Health Economics, 2009, 18(6), pp. 665-679

## PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

CRAMP D.G., CARSON E.R.

*System thinking, complexity and managerial decision-making: an analytical review*  
Health Services Management Review, 2009, 22(2), pp. 71-80

ARNDT M., BIGELOW B.

*Evidence-based management in health care organizations: a cautionary note*  
Health Care Management Review, 2009, 34(3), pp. 206-213

HOTCHKISS R.B., FOTTLER M.D., UNRUH L.

*Valuing volunteers: the impact of volunteerism on hospital performance*  
Health Care Management Review, 2009, 34(2), pp. 119-128

KOCAKULAH M., WIGGINS L.M., ALBIN M.

*Managing manpower and cutting costs in the health care industry*  
Journal of Health Care Finance, 2009, 35(3), pp. 80-92

FORD R.

*Complex leadership competency in health care: towards framing theory of practice*  
Health Services Management Research, 2009, 22(3), pp. 101-114

## CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

NYLINDER P.

*Tight budgetary control: a study of clinical department managers' perceptions in Swedish hospitals*  
Journal of Health Services Research & Policy, 2009, 14(2), pp. 70-76

TSASIS P., OWEN S.M.

*Using the balanced scorecard in the development of community partnerships*  
Health Services Management Research, 2009, 22(1), pp. 33-38

MILLER E.A., WEST D.M.

*Where's the Revolution? Digital Technology and Health Care in the Internet Age*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 2009, 34(2), pp. 261-284

NARANJO-GIL D.

*Strategic performance in hospitals: the use of the balanced scorecard by nurse managers*  
Health Care Management Review, 2009, 34(2), pp. 161-170

AQIL A., LIPPEVELD T., HOZUMI D.

*PRISM frame work: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems*  
Health policy and Planning, 2009, 28(3), pp. 217-228

SHIH S.C., RIVERS P.A., HSU H.Y.S.

*Strategic information technology alliances for effective health-care supply chain management*  
Health Services Management Research, 2009, 22(3), pp. 140-150

DAVIS K., McEVROY DOTY M., SHEA K., STREMIKIS K.

*Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfactions*  
Health Policy, 2009, 90(2-3), pp. 239-246

## INNOVAZIONE TECNOLOGICA

VIRGILIO G.

*Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. La collaborazione tra pubblico e privato nella regione Emilia-Romagna*  
Politiche sanitarie, 2009, 10(2), pp. 54-68

JAANA M., PARE G., SICOTTE C.

*Information technology capacities assessment tool in hospitals: Instrument development and validation*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2009, 25(1), pp. 97-108

*Special Issue. Health Technology Assessment in Evidence-Based Health Care Reimbursement Decisions Around the World: Lessons*

Value in Health, 2009, 12(s2), pp. s1-s50

BLANK J.L.T., HULST B.L.V.

*Productive innovations in hospitals: an empirical research on the relation between technology and productivity in the Dutch hospital industry*  
Health Economics, 2009, 18(6), pp. 665-679

#### **VALUTAZIONI ECONOMICHE**

GREEN C., GERARD K.

*Exploring the social value of health-care interventions: a stated preference discrete choice experiment*  
Health Economics, 2009, 18(8), pp. 951-976

CONIGLIANI C., TANCREDI A.

*A Bayesian model averaging approach for cost-effectiveness analyses*  
Health Economics, 2009, 18(7), pp. 807-821

NIXON J., RICE S., DRUMMOND M., BOULENGER S., ULMANN P., DE POUVOURVILLE G.

*Guidelines for completing the EURONHEED transferability information checklists*  
European Journal of Health Economics, 2009, 10(2), pp. 157-165

BOJKE L., CLAXTON K., SCULPER M., PALMER S.

*Characterizing structural uncertainty in decision analytic models: a review and application of methods*  
Value in Health, 2009, 12(5), pp. 739-749

BLEICHRODT H., PINTO PRADE J.L.

*New evidence of preference reversals in health utility measurement*  
Health Economics, 2009, 18(6), pp. 713-726

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.